



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**FACTORES DE RIESGO DEL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES, COMAS 2017**

**PRESENTADA POR
PAMELA YULEISI LAINES SANCHEZ**

**ASESORA
MIRTHA ELIZABETH MUÑOZ HIDROGO**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

LIMA – PERÚ

2019



**Reconocimiento - No comercial
CC BY-NC**

La autora permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE
OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS

**FACTORES DE RIESGO DEL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES, COMAS 2017**

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

PRESENTADA POR:

BACH.OBSTA. PAMELA YULEISI LAINES SANCHEZ

ASESORA:

DRA. OBSTA. MIRTHA E. MUÑOZ HIDROGO

LIMA – PERÚ

2019



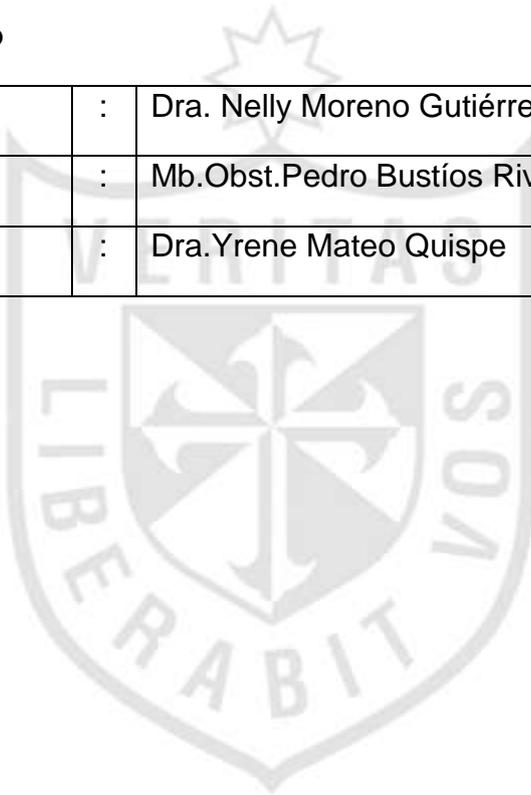
**FACTORES DE RIESGO DEL PARTO PRETÉRMINO EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SERGIO E.
BERNALES, COMAS 2017**

ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

Asesor (a): Dra. Obsta. Mirtha E. Muñoz Hidrogo

Miembros del jurado

Presidente	:	Dra. Nelly Moreno Gutiérrez
Vocal	:	Mb.Obst.Pedro Bustíos Rivera
Secretaria	:	Dra.Yrene Mateo Quispe



DEDICATORIA

Los ideales que iluminan mi camino y una y otra vez me han dado coraje para enfrentar la vida con alegría han sido: la amabilidad, la belleza y la verdad.

Albert Einstein

Le doy gracias Dios por darme salud y fortaleza todos los días de mi vida y estar a mi lado en cada una de mis metas y ayudarme a cumplirlas acompañándome siempre en cada una de ellas.

A mis padres Miguel Laines y Dora Sanchez por estar siempre conmigo, dándome los consejos necesarios para levantarme en cada caída, para darme ánimos cuando siento que ya no puedo, a ellos les debo lo que soy y lo que tengo.

A mi hijo Mateo, por ser esa luz que ilumina mi camino, quien con cada sonrisa y mirada me da fortaleza y ánimos para hacer todo que quiero hacer en la vida; es y será siempre mi mayor motivación.

A mi esposo Juan Medina, por ser mi compañero de alegría y tristezas por estar siempre ahí en los momentos malos donde muchos no quieren estar y en los momentos buenos donde todos quieren estar presentes.

A mi hermana Rosmery por apoyarme en cada paso de mi vida por darme sus motivaciones y aliento en cada peldaño, por su amor incondicional.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres; por todo el esfuerzo brindado durante estos años para llegar hasta aquí, a quienes debo lo que he logrado hasta ahora.

A mi esposo, por acompañarme y motivarme en cada paso que he dado en esta vida.

A mi amiga y compañera la Licenciada Michelly Loyola, quien me ha brindado sin condición alguna su apoyo y aporte para lograr esta presente investigación.

A mi Asesora Dra. Obsta. Mirtha E. Muñoz Hidrogo, por brindarme sus conocimientos, experiencia y ser un pilar para la ejecución de esta presente investigación

A mi Asesora de estadística Obsta. Zulema Bustamante por brindarme su paciencia, sus conocimientos y sus aportes para llevar a cabo esta investigación.

Al Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Sergio E. Bernales, Collique por brindarme las facilidades necesarias para llevar a cabo esta investigación.

A la Universidad San Martín de Porres, mi querida Alma Mater, quien me ha brindado los mejores docentes profesionales, quienes han formado toda mi etapa como estudiante y aun lo sigue haciendo, a ellos le agradezco todo los conocimientos brindados y mi formación para ser una profesional de éxito.

ÍNDICE DE CONTENIDO

TITULO.....	ii
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTOS	v
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT.....	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	7
III. RESULTADOS.....	15
IV. DISCUSIÓN.....	23
V. CONCLUSIONES.....	29
VI. RECOMENDACIONES.....	30
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	31
ANEXOS	35

ÍNDICE DE TABLAS

Nº de la tabla	Nombre de la tabla	Nº de pagina
TABLA 1	FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS	15
TABLA 2	FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICOS	17
TABLA 3	FACTORES DE RIESGO PATOLÓGICOS	20



RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales, Comas 2017

Material y Métodos: Estudio de tipo cuantitativo, no experimental, de diseño analítico de casos y controles, transversal y retrospectivo, con una muestra conformada por 50 casos y 100 controles. Se calcularon los Odds ratio para estimar el riesgo e intervalos de confianza 95%.

Resultados: se obtuvo con mayor asociación de riesgo para parto pretérmino, los factores obstétricos, entre ellos los controles prenatales inadecuados (< 6 controles) 60% para los casos y 25 % para los controles (OR=4,89; IC: [2,36 -10,14]). El grupo caso presentó 56% de antecedente de abortos y el grupo control 32,3% (OR=2,66; IC: [1,32-5,36]). El embarazo múltiple 34 % para los casos y ninguna en los controles (OR=4,03; IC: [2,99-5,41]). El 34% de los casos presentaron periodo intergenésico ≥ 2 años y 14% los controles (OR=3,16; IC: [1,40-7,13]). Entre los factores patológicos fueron la anemia con 72% para los casos y 18% para los controles (OR= 11,71 IC: [5,25 -26,09]), el 68% de los casos presentó infección del tracto urinario y los controles 16% (OR=11,15; IC: [5,02 -24,81]), la ruptura prematura de membranas 56% para los casos y 1% para el grupo control (OR=126; IC: [16,26 -976,26]), el 16% de los casos presentó Polihidramnios y en el grupo control ninguna presentó y la Vaginosis bacteriana con 64% para los casos y 17% para los controles (OR=8,68; IC: [3,98 -18,9]), son factores de riesgo para el parto pretérmino.

Conclusiones: Los factores de riesgo estadísticamente significativos para presentar parto pretérmino fueron los controles prenatales inadecuados, antecedentes de abortos, embarazo múltiple, periodo intergenésico < 2 años, anemia, infección del trato urinario, ruptura prematura de membranas, Polihidramnios y la Vaginosis bacteriana.

Palabra clave: parto pretérmino, factores de riesgo.

ABSTRACT

Objective: To determine the risk factors of preterm birth, in pregnant women treated at the Sergio E. Bernales Hospital, Comas 2017

Material and Methods: A quantitative non-experimental study of analytical case and control design, transversal and retrospective, with a sample consisting of 50 cases and 100 controls. Odds ratios were calculated to estimate risk and 95% confidence intervals.

Results: obstetric factors were observed with a higher percentage of risk association for preterm birth,, among them inadequate prenatal controls 60% for cases and 25% for controls (OR = 4.89, CI: [2,36 - 10,14]). The case group presented 56% of antecedents of abortions and the control group 32.3% (OR = 2.66, CI: [1,32-5,36]). Multiple pregnancy 34% for cases and none in controls (OR = 4.03, CI: [2.99-5.41]). 34% of the cases presented intergenetic period <2 years and 14% for the control group (OR = 3.16, CI: [1,40-7,13]). Among the pathological factors were anemia with 72% for the cases and 18% for the controls (OR = 11.71 IC: [5,25 -26,09]), 68% of the cases presented urinary tract infection and controls 16% (OR = 11.15, CI: [5.02 -24.81]), premature rupture of membranes 56% for cases and 1% for the control group (OR = 126; IC: [16 , 26 -976.26]), 16% of the cases presented Polyhydramnios and in the control group none presented and bacterial Vaginosis with 64% for the cases and 17% for the controls (OR = 8.68; IC: [3.98 -18.9]), are risk factors for preterm birth,

CONCLUSIONS: Statistically significant risk factors for preterm delivery are inadequate prenatal controls, abortion history, multiple pregnancy, intergenic period <2 years, anemia, urinary tract infection, premature rupture of membranes, polyhydramnios and bacterial vaginosis. .

Keyword: preterm birth, risk factors.

I. INTRODUCCIÓN

La prematuridad es a menudo un grave problema para la salud pública por su gran morbilidad y mortalidad que esta genera además de los elevados costos económicos y sociales que ocasiona su atención .¹

Según La Organización Mundial De La Salud (OMS) 2016, se estimó que cada año nacen 15 millones de recién nacidos antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Siendo el parto prematuro una de las principales causas de muertes cada año de aproximadamente un millón de niños prematuros por complicaciones en el parto. De los 65 países que disponen de datos fiables sobre tendencias, todos menos tres (EE.UU, España y Japón) han registrado un aumento en las tasas de nacimientos prematuros en los últimos 20 años, que se encuentran asociados a múltiples factores. Del 60 % de los nacimientos prematuros se producen en África y Asia meridional, por lo cual se ha convertido en un verdadero problema a nivel mundial; siendo los países como la India, China y Nigeria con los de mayor incidencia de partos prematuros, mientras que en América Latina es de 9 %, E.E.U.U 7,4 %, Japón 4 % y Bangladesh 50 %.²

En América Latina y el Caribe según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) 2014, las tasas de partos prematuros oscilan entre el 5 y 14 %³

Zumba J , en su investigación titulada Factores de riesgo relacionados con la presentación de amenaza de parto prematuro realizada en el hospital san Vicente de Paúl del Cantón Pasaje en Ecuador 2017 , obtuvo como

resultados que la incidencia del parto prematuro es de 27,2 %, del grupo etario de las pacientes gestantes más afectadas es entre 15-19 años en 36,26 % y los principales factores de riesgos relacionados con la amenaza de parto prematuro son las infecciones de vías urinarias en 47% y las infecciones vaginales en 25 %.¹⁴

Maidana M, Silvero E, en su investigación titulada Factores sociodemográficos y clínicos en gestantes pretérmino con diagnóstico de rotura prematura de membranas realizado en el hospital Regional de Encarnación Paraguay 2016 , obtuvo como resultados que el 49 % se encontraban entre la edad de 19 a 35 años y que los factores de riesgos fueron el tabaquismo e infecciones urinarias en 65 % en cuanto a la vía del parto el 55 % fueron por cesárea con un Apgar menor de 7 y que solo 72 recién nacidos tuvieron un adecuado peso al nacer y que de estos nacidos en cuanto a la situación del alta el 72 % fue mejorado el 24 % traslado y el 4% óbito.¹⁵

En el Perú, el Ministerio de Salud (MINS) 2015, de los 27 mil nacidos vivos, con una edad gestacional menor de 37 semanas, 4,2% nació inmaduro es decir con menos de 28 semanas de gestación, mientras que 9% nació muy prematuro (entre las 28 a 31 semanas de gestación) y que el mayor porcentaje de recién nacidos pretérmino se encontraron dentro del grupo de los prematuros moderado a tardío (86,8 %) que nacieron entre las 32 a 36 semanas de gestación .⁴

Mamani B, en su investigación titulada Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, Madre de Dios 2014, obtuvo como resultado que la adolescencia, sobrepeso -

obesidad, nulíparidad, multiparidad, presentar infección de tracto urinario (ITU) y rotura prematura de membranas (RPM) son factores de riesgos que se asocian al parto pretérmino.¹⁶

García D, en su investigación titulada Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el hospital de Ventanilla 2017, obtuvo como resultado que los antecedentes de parto pretérmino, los controles prenatales insuficientes y la infección urinaria durante la gestación se asociaron significativamente con el parto pretérmino.¹⁷

Por otro lado, El Instituto Materno Perinatal (INMP) 2015, estimó que en lo que va del año nacieron 16,617 niños y niñas, de los cuales el 9.5% son prematuros, es decir nacieron antes de las 37 semanas de gestación. Del total de prematuros, 285 niños pesaron menos de mil quinientos gramos al nacer y tienen una sobrevida del 69.4%, por su parte los recién nacidos con menos de mil gramos tienen una sobrevida de 44.8%.⁵

La población que acude al hospital de estudio es de nivel socioeconómico y cultural bajo la mayoría de ellas son amas de casa y comerciantes, de estado marital conviviente.

A nivel local, Tolentino L, en su investigación en el Hospital Nacional Sergio. E. Bernales 2014, obtuvo como resultado que la mayor prevalencia de parto prematuro se dio entre las 28-31 semanas de gestación y que en ese mismo año hubo un total de 456 gestantes que presentaron parto pretérmino.⁶

El recién nacido prematuro es susceptible de presentar complicaciones médicas graves en el periodo neonatal, así como complicaciones que persisten toda la vida. Dichas complicaciones son más bien la

consecuencia de órganos inmaduros como resultado de la gestación más corta. Una causa citada con menor frecuencia de la morbilidad y la mortalidad son las malformaciones congénitas que son mucho más frecuentes en productos prematuros.¹⁹

En neonatología algunos denominan pretérmino tardío a que nace entre 34 y 36 semanas, moderado al que nace entre las 28 y 33 semanas y pretérmino extremo al que es menor de 28 semanas. Otros denominan pretérmino severo al que es menor a 32 semanas.¹⁸

Los factores de riesgo del parto prematuro están fuertemente ligados a tres grandes problemas de fondo, ambientales, socioeconómicos y educacionales. Lo ideal es poder controlarlos en la etapa preconcepcional, pero en nuestra región de América Latina una gran proporción de mujeres se embaraza sin cuidados previos.¹⁸

Las causas del nacimiento del producto prematuro incluyen innumerables factores, a menudo interrelacionados, antecedentes y contribuyentes dicha complejidad ha desorientado en grado notorio los intentos de evitar y tratar tal complicación. Esto es en particular evidente en el caso de rotura prematura de membranas y parto prematuro espontáneo que en conjunto representa 70 a 80 % de los nacimientos prematuros (EE. UU ,2009).¹⁹

Este estudio radica más que todo en la gran problemática que representa en sí el parto pretérmino para la salud pública. El comportamiento de estos factores puede llegar a generar en los neonatos complicaciones severas a temprano y largo plazo, con tasas de muertes anuales de recién nacidos y muchas veces el cuidado de estos niños que han superado el periodo neonatal se prologan a la niñez, adolescencia y vida adulta; asimismo

pueden causar diferencias económicas con un índice de carga alta para familia y la sociedad en sí.¹⁹

Frente a este problema, se planteó la siguiente pregunta.

PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los Factores de riesgo del Parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales, Comas 2017?

PROBLEMAS ESPECÍFICOS

¿Los factores sociodemográficos constituyen riesgo para el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales, Comas 2017?

¿Los factores obstétricos constituyen riesgo para el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales, Comas 2017?

¿Los factores patológicos constituyen riesgo para el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales, Comas 2017?

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Determinar los factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales, Comas 2017

Objetivos Específicos

Determinar los factores de riesgo sociodemográficos del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales, Comas 2017.

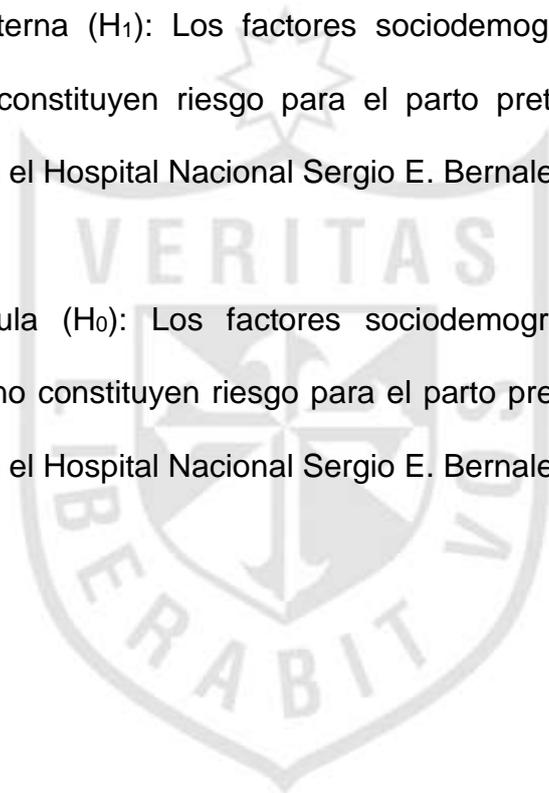
Determinar los factores de riesgo obstétricos del parto pretérmino en gestantes atendidas en el hospital Sergio E. Bernales, Comas, 2017.

Determinar los factores de riesgo patológicos del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales, Comas 2017.

HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Hipótesis Alterna (H_1): Los factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos constituyen riesgo para el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas 2017

Hipótesis Nula (H_0): Los factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos no constituyen riesgo para el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas 2017



II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 DISEÑO METODOLÓGICO

Este estudio es de tipo cuantitativo, no experimental, de diseño analítico de casos y controles, transversal y retrospectivo.

2.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

La población estuvo constituida por todas las historias clínicas de gestantes cuyos partos fueron atendidos en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas 2017 que fueron un total de 3148 partos entre ellos a términos y pretérminos, dato proporcionado por la Oficina de estadística e informática del hospital en estudio.

Muestra

Tamaño de muestra

Para la estimación de la muestra se aplicó la fórmula de la diferencia de proporciones para estudios de casos y controles con un nivel de confianza del 95% y un poder estadístico del 80% y que a continuación se detalla:

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

Dónde:

Z 1- α /2 = 1.96

Z 1- β = 0.84

Odds ratio previsto (w) = 3

Frecuencia de exposición de los casos= $p_1 = 8\% = 0.08$

De esto obtenemos el valor de p_2

$$p_1 = \frac{wP_2}{(1 - P_2) + wP_2} = 0.08 = \frac{3 \times P_2}{(1 - P_2) + 3 \times P_2}$$

De esta ecuación obtenemos el valor de:

$$P_2 = 0.02$$

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

$$p = 0,05$$

Reemplazando en la fórmula:

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

$$n = \frac{[1.96 \sqrt{2(0.05)(1-0.05)} + 0.84 \sqrt{0.08(1-0.08) + 0.02(1-0.02)}]^2}{(0.08 - 0.02)^2}$$

$n = 50$ casos

Para efectos del estudio, se tomó la proporción de 1 caso para cada 2 controles. Por lo tanto, el tamaño de muestra estuvo conformado por 50 casos y 100 controles, que a su vez cumplieron ciertos criterios de selección.

2.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Para ambos grupos:

Criterios de inclusión de los casos

- Historias clínicas de gestantes con edad comprendida entre los 15 a más años, con parto pretérmino espontáneo
- Historias clínicas que registren datos completos.

Criterios de inclusión de los controles

- Historias clínicas de gestantes con edad comprendida entre los 15 a más años.
- Gestante con parto a término
- Historias clínicas que registren datos completos.

Criterios de exclusión de los casos y controles

- Partos productos de un accidente

2.4. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables

- Variable independiente: Factores de riesgo
- Variable dependiente: Parto pretérmino

Operacionalización de variables

2.5 Técnicas de recolección de datos

Para la ejecución de la investigación, se contó con una carta de presentación de la Sra. Decana de la Facultad de Obstetricia y Enfermería

Variable Independiente: FACTORES DE RIESGO

Variable	Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Instrumento
Factores Sociodemográficos	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • Edad extrema (≤ 19 años - ≥ 35 años) • Edad adulta (20-34 años) 	Intervalo	Historia clínica y ficha de recolección de datos
	Nivel de Instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Técnico • Superior 	Ordinal	Historia clínica y ficha de recolección de datos
	Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Conviviente • viuda 	Nominal	Historia clínica y ficha de recolección de datos
	Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Estudiante • trabajo dependiente • trabajo independiente 	Nominal	Historia clínica y ficha de recolección de datos
Factores Obstétricos	Número de controles prenatales	<ul style="list-style-type: none"> • sin CPN y/o inadecuado (0 o menor e igual de 6 controles) • CPN adecuado (mayor de 6 controles) 	Ordinal	Historia clínica y ficha de recolección de datos

	Paridad	<ul style="list-style-type: none"> • Primípara • Multípara-Gran Multípara 	Ordinal	Historia clínica y ficha de recolección de datos
	Número de Abortos	<ul style="list-style-type: none"> • 1-2 / ≥ 3 abortos • Ninguno 	Intervalo	Historia clínica y ficha de recolección de datos
	Embarazo múltiple	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	Historia clínica y ficha de recolección de datos
Factores Patológicos	Periodo intergenésico	<ul style="list-style-type: none"> • < 2 años • 2-4 años/>4 años/ninguno 	Intervalo	Historia clínica y ficha de recolección de datos
	Infecciones de tracto urinario	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	Historia clínica y ficha de recolección de datos
	Rotura prematura de membranas ovulares	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	Historia clínica y ficha de recolección de datos
	Preeclampsia	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	Historia clínica y ficha de recolección de datos

	Diabetes gestacional	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	Historia clínica y ficha de recolección de datos
	Vaginosis bacteriana	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	Historia clínica y ficha de recolección de datos
	Desprendimiento Prematuro de placenta	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	Historia clínica y ficha de recolección de datos
	Anemia	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	Historia clínica y ficha de recolección de datos
	Polihidramnios	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	Historia clínica y ficha de recolección de datos

Variable Dependiente: PARTO PRETÉRMINO

Variable	Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Instrumento
parto pretérmino	Parto pretérmino	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de 28 semanas • 28 a 33 semanas • 34 y 36 semanas 	Intervalo	Historia clínica Y ficha de recolección de datos

solicitando autorización al señor director del hospital en estudio. El Plan de trabajo de investigación fue aprobado por la dirección de docencia e investigación y se dio acceso a las historias clínicas. Posteriormente se coordinó con el responsable del área de Archivo para la selección de las historias clínicas de las gestantes.

El instrumento estuvo compuesto por cuatro partes. La primera la edad gestacional (variable independiente), la segunda sobre los factores sociodemográficos (variable dependiente) que estuvo conformada por 4 ítems; la tercera los factores obstétricos (variable dependiente) que contenía 5 ítems y la cuarta los factores patológicos (variable dependiente) que estuvo conformada por 8 ítems.

Se procedió a realizar el registro de los datos en las fichas de recolección y se supervisó finalmente que los datos recolectados tengan la calidad necesaria para que estos sean veraces y contribuyentes para la investigación.

Se empleó la técnica de análisis documental (observación) que consistió en la revisión de las historias clínicas de las gestantes pertenecientes a la muestra.

2.6 Técnicas para el procesamiento de la información

Una vez recolectados los datos a través de las historias se continuó al ordenamiento y tabulación, la información recabada se digitó en una base de Microsoft Excel 2013 y para el análisis estadístico se empleó el paquete estadístico IBM SPSS versión 23.0. Finalmente, se construyeron variables dicotómicas y se estimó el riesgo, mediante el Odds Ratio (OR) a un nivel de confianza del 95% con sus respectivos intervalos de confianza (IC).

2.7 Aspectos éticos

El plan de investigación fue evaluado por el Comité de Ética e investigación de la Facultad de obstetricia y Enfermería de la Universidad de San Martín de Porres, asimismo por el Comité de Ética del Hospital Sergio E. Bernales quienes dieron recomendaciones para el presente estudio.

Cabe resaltar que el presente estudio de tipo retrospectivo por lo cual no fue necesario el uso del Consentimiento Informado, pero se tomó en cuenta los cuatro principios internacionales de bioética médica.

El primer principio de autonomía a través de los permisos que se otorgó para la realización de esta investigación en el hospital a estudiar.

El segundo y tercer principio de beneficencia y no maleficencia ya que este estudio ayuda a contribuir y enriquecer los conocimientos ya estudiados anteriormente a esta investigación y que es de beneficio tanto para el hospital y de los profesionales de salud que se encuentren interesados en el tema de esta investigación.

El cuarto principio de justicia que se dio a través de la recopilación de los datos de las historias clínicas los cuales serán utilizados para fines de investigaciones y es de confidencialidad por parte de la investigadora.

III. RESULTADOS

FACTORES DE RIESGO DEL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES, COMAS 2017

TABLA I

FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	CASOS		CONTROLES		OR IC al 95%
	N°	%	N°	%	
EDAD MATERNA					
Edad extrema (≤ 19 años - ≥ 35 años)	17	34	31	31	1.14 [0.55-2.36]
Edad adulta (20-34 años)	33	66	69	69	
GRADO DE INSTRUCCIÓN					
Primaria	8	16	8	8	2.19 [0.77-6.23]
Secundaria/Superior/Técnico	42	84	92	92	
ESTADO CIVIL					
No unida (soltera-viuda)	5	10	15	15	0.63 [0.21-1.84]
Unida (casada-conviviente)	45	90	85	85	
Ocupación					
Ama de casa	31	62	70	70	0.69 [0.34-1.42]
Estudiante/ Trabajadora dependiente-	19	38	30	30	
Trabajadora independiente					
TOTAL	50	100	100	100	

Fuente: Ficha de recolección de datos

OR: Razón de probabilidades; IC 95%: Intervalo de confianza

En la Tabla I: observamos lo siguiente

En cuanto edad, se observa con mayor proporción la edad adulta con 66% (33) para los casos, mientras que en los controles fue 69% (69); las edades extremas (adolescentes y añosas); el grupo de casos estuvo representada por 34% (17) y 31% (31) para el grupo control. (OR=1,14; IC: [0,55-2,36]). La variable edad materna no representó ser un factor de riesgo estadísticamente significativo para parto pretérmino

Con relación al grado de instrucción, se obtuvo mayor proporción en el nivel de secundaria/superior/técnico con 84% (42) para los casos mientras que en los controles fue 92% (92) (OR=2,19; IC: [0,77-6,23]). La variable grado de instrucción no representó ser factor estadísticamente significativo de riesgo para parto pretérmino.

Respecto al estado civil, se aprecia mayor proporción en las mujeres unidas con 90% (45) para los casos y 85% (85) para el grupo control (OR=0,63; IC: [0,21-1,84]). La variable estado civil no representó ser un factor de riesgo estadísticamente significativo para parto pretérmino.

En cuanto a la ocupación, se obtuvo que las amas de casa presentaron mayor proporción con 62% (31) para los casos y para los controles 70% (70) (OR= 0,69; IC: [0,34-1,42]) por lo cual la variable ocupación no es factor estadísticamente significativo de riesgo para el parto pretérmino.

**FACTORES DE RIESGO DEL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES, COMAS 2017**

TABLA II

FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO

FACTORES OBSTÉTRICO	CASOS		CONTROLES		OR IC al 95%
	N°	%	N°	%	
CONTROLES PRENATALES					
Inadecuado (< 6 CPN)	31	62	25	25	4.89 [2,36 -10,14]*
Adecuado (>= 6 CPN)	19	38	75	75	
PARIDAD					
Múltipara-Gran Múltipara	29	58	54	54	1.17 [0,59-2,33]
Primípara	21	42	46	46	
NÚMERO DE ABORTOS					
1-2 / ≥ 3 abortos	28	56	32	32.3	2.66 [1,32-5,36]*
Ninguno	22	44	67	67.7	
EMBARAZO MÚLTIPLE					
SI	17	34	-	-	4.03 [2,99-5,41]*
NO	33	66	100	100	
PERIODO INTERGENÉSICO					
< 2 años	17	34	14	14	3.16 [1,40-7,13]*
2-4 años/>4 años/ninguno	33	66	86	86	
TOTAL	50	100	100	100	

Fuente: Ficha de recolección de datos

OR: Razón de probabilidades; IC 95%: Intervalo de confianza

*: Valor significativo

En la Tabla II: observamos lo siguiente

Con relación a los controles prenatales, 62% (31) fueron inadecuados siendo el mayor porcentaje para los casos y 25% (25) para el grupo control. La variable controles prenatales representó ser un factor de riesgo (OR=4.89; IC: [2.36 -10.14]) otorgándole a las gestantes con controles prenatales inadecuados 4 veces el riesgo de presentar parto pretérmino.

En cuanto a la paridad se encontró un mayor número de multíparas-gran multíparas para los casos con 58% (29) y 54% (54) para los controles (OR=1.17; IC: [0.59-2.33]) por lo cual la variable paridad no es un factor de riesgo significativo para el parto pretérmino.

Con respecto al número de abortos se obtuvo con mayor proporción de 1-2 / ≥ 3 abortos para los casos con 56% (28) y 32,3% (32) para el grupo control; viéndose asociado con el parto pretérmino (OR=2.66; IC: [1.32-5.36]), por lo cual es 2 veces mayor el riesgo de presentar parto pretérmino en gestantes con antecedente de abortos.

Se obtuvo que 34% (17) de los casos tuvieron embarazo múltiple mientras que en el grupo control ninguna gestante tuvo embarazo multifetal. La variable embarazo múltiple representó ser un factor de riesgo para parto pretérmino. (OR=4.03; IC: [2.99-5.41]). Es decir, el riesgo de presentar parto pretérmino es 4 veces mayor en gestante con embarazo múltiple.

El período Intergenésico, es decir el tiempo transcurrido entre un embarazo y otro también fue evaluado, se pudo evidenciar que 34% (17) de las mujeres del grupo caso y 14% (14) del grupo control tuvieron un periodo intergenésico < de 2 años. La variable periodo intergenésico representó ser un factor de

riesgo para parto pretérmino (OR=3.16; IC: [1.40-7.13]) es decir el riesgo de presentar parto pretérmino es 3 veces mayor es gestantes con periodo intergenésico < de 2 años.



**FACTORES DE RIESGO DEL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES, COMAS 2017**

TABLA III

FACTORES DE RIESGO PATOLÓGICOS

FACTORES PATOLÓGICOS	CASOS		CONTROLES		OR IC al 95%
	N°	%	N°	%	
ANEMIA EN EL EMBARAZO					
SI	36	72	18	18	11.71[5.25 -26.09]*
NO	14	28	82	82	
INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO					
SI	34	68	16	16	11.15 [5.02 -24.81]*
NO	16	32	84	84	
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS					
SI	28	56	1	1	126 [16.26 -976.26]*
NO	22	44	99	99	
PREECLAMPSIA					
SI	10	20	12	12	1.83[0.73 -4.59]
NO	40	80	88	88	
DIABETES GESTACIONAL					
SI	5	10	14	14	0.68 [0.23 -2.01]
NO	45	90	86	86	
VAGINOSIS BACTERIANA					
SI	32	64	17	17	8.68 [3.98 -18.9]*
NO	18	36	83	83	
POLIHIDRAMNIOS					
SI	9	18	-	-	3.43[2.65-4.45]*
NO	41	82	100	100	
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA					
SI	8	16	6	6	2.98 [0.97 -9.13]
NO	42	84	94	94	
TOTAL	50	100	100	100	

Fuente: Ficha de recolección de datos

OR: Razón de probabilidades; IC 95%: Intervalo de confianza

*: Valor significativo

En la Tabla III: observamos lo siguiente

Se presentó anemia con mayor proporción en 72% (36) de los casos y 18% (18) para el grupo control. La variable anemia representó ser un factor de riesgo para el parto pretérmino (OR= 11.71 IC: [5.25 -26.09]) es decir el riesgo de presentar parto pretérmino es 11 veces mayor en gestantes con anemia.

En infección del tracto urinario las cifras fueron mayores en los casos con 68% (34) y 16% (16) para los controles. (OR=11.15; IC: [5.02 -24.81] por lo cual el riesgo de presentar parto pretérmino es 11 veces mayor en gestantes con infección del tracto urinario.

En ruptura prematura de membranas, el mayor porcentaje de los casos lo presentaron con 56% (56) y 1% (1) para el grupo control (OR=126; IC: [16.26 -976.26] otorgándole a las gestantes con ruptura prematura de membranas 126 veces el riesgo de presentar parto pretérmino.

En relación a la Preeclampsia se presentó 20% (20) para los casos y 12% (12) para los controles (OR=1.83; IC: 0.73-4.59) sin embargo no es estadísticamente significativo como factor de riesgo para parto pretérmino.

En cuanto a la diabetes gestacional se presentó el 10% (5) en los casos y para el grupo control el 14% (14) (OR=0.68; IC: [0.23 -2.01]) a pesar de haberse presentado en los casos no fue un factor de riesgo estadísticamente significativo para el parto pretérmino.

La Vaginosis bacteriana se presentó con mayor proporción en los casos con 64% (32) y 17% (17) para el grupo control (OR=8.68; IC: [3.98 -18.9] es decir el riesgo de presentar parto pretérmino es 8 veces mayor es gestantes con Vaginosis bacteriana.

Se presentó Polihidramnios en el 18% (9) de los casos mientras que en los controles ninguna gestante presentó Polihidramnios (OR=3.43; IC: [2.65-4.45]) por lo cual las gestantes con Polihidramnios tienen 3 veces más riesgo de sufrir parto pretérmino.

Con relación al desprendimiento prematuro de placenta se presentó en los casos el 16% (8) y 6% (6) para el grupo control (OR=2.98; IC: [0.97 -9.13] sin embargo no es un factor de riesgo estadísticamente significativo para parto pretérmino.



IV. DISCUSIÓN

TABLA I Factores de riesgo sociodemográficos del parto pretérmino en gestantes atendidas en el hospital Sergio E. Bernales, Comas 2017

En cuanto a la edad observamos con mayor proporción la edad adulta tanto para los casos con 66% y en los controles con 69%. El grado de instrucción tuvo mayor proporción las gestantes con secundaria/técnico/universitario en los casos con 84% y en los controles fue 92%. Respecto al estado civil las mujeres no unidas presentaron con mayores porcentajes tanto para casos y controles con 90 % y 85% respectivamente. En cuanto a la ocupación las amas de casa estuvieron presentes para ambos grupos 62% para los casos y 70% para los controles.

En el estudio realizado por BARREDA Lina, MANRIQUE Fred y OSPINA Juan ⁹. Obtuvieron en su investigación que prevaleció el parto pretérmino en las gestantes adolescentes con 56,6 %, diferente a los resultados obtenidos en el presente estudio.

A diferencia de CONCHA Hermógenes y PALOMINO Sharmely ¹² quienes obtuvieron datos similares de este estudio mostrando que la edad materna se registró más entre las edades de 20-35 años, siendo similar a lo encontrado en este estudio ya que la edad promedio fue de 20-34 años. Sin embargo, GUADALUPE.S ²²; obtuvo resultados diferentes a este estudio y de otros autores pues encontró que el parto pretérmino se presentó en gestante de 35-50 años de edad.

En el grado de instrucción, según el estudio de Guevara Walter ¹¹. Los datos obtenidos fueron similares a los de este estudio ya que el 40,62 % tuvieron grado

de instrucción secundaria, al igual que GUADALUPE. S ²² que también obtuvo que 73,5% tuvieron grado de instrucción secundaria, siendo las cifras menores a lo encontrado en el presente estudio.

Con respecto al estado civil la mayor parte de los casos y controles son casadas y convivientes lo cual concuerda con el estudio de GUADALUPE. S ²²; ya que gran parte de los casos y controles fueron casadas y convivientes con 62% y 81% respectivamente.

TABLA II Factores de riesgo obstétricos del parto pretérmino en gestantes atendidas en el hospital Sergio E. Bernales, Comas 2017

Se obtuvo que los controles prenatales insuficientes presentaron mayor porcentaje en los casos con 62% mientras que en los controles fueron el 25%, en cuanto a la paridad se encontró con mayor porcentaje a las multigestas-gran multigestas con 58% para los casos y 54% los controles, en el número de abortos tuvo mayor proporción las gestantes que habían tenido de 1-2 / \geq 3 abortos 56% para los casos mientras que para los controles fue 32.3%. Para el embarazo múltiple el 34% lo presentaron y el 66% no lo presentaron para los casos mientras que en los controles ninguna gestante presentó embarazo múltiple. En relación al periodo intergenésico se obtuvo que las mujeres con mayor porcentaje fueron las de periodo intergenésico > 2 años con 66% para los casos y para los controles fue 86%.

En el estudio de GUEVARA Walter ¹¹, se encontraron datos similares al de este estudio, puesto que los controles prenatales insuficientes obtuvieron mayor porcentaje con 52,60%¹¹ de igual manera con el estudio BARREDA Lina,

MANRIQUE Fred Y OSPINA Juan ⁹ obteniendo que el 40% presentaron de 1-3 controles prenatales. Siendo los porcentajes menores a lo encontrado en este estudio.

GUEVARA Walter ¹¹, obtuvo en su estudio que el 62,50% de las gestantes fueron nulíparas tomándolo como factor de riesgo significativo para parto pretérmino¹¹ mientras que Guevara Walter ¹¹ mostro diferencia siendo el 54% multigesta²², dato similar al de este estudio, pero sin riesgo significativo para el parto pretérmino.

GARCÍA.B ²¹, encontró que 73,3 % de las gestantes en estudio con parto pretérmino no tuvieron antecedentes de abortos, datos diferentes a lo observado en el presente estudio ya que el 56% de los casos presentaron aborto y el 32,3 % para los controles.

En cuanto al embarazo múltiple CHIRA Jorge y SOSA Jorge ¹⁰; obtuvo datos diferentes al presente estudio, ya que 12.5 % de los casos presentaron embarazo múltiple y 1.3% para el grupo control, mientras que en este estudio el 34% de los casos presento embarazo múltiple y ninguno para el grupo control; asimismo GUADALUPE. S ²² también obtuvo datos diferentes, ya que 5% de los casos presento embarazo múltiple y 1,5 % para los controles.

En el estudio de CHIRA Jorge y SOSA Jorge ¹⁰ obtuvo que las gestantes con parto pretérmino tuvieron un periodo intergenésico corto o menor de 2 años con 34 % para los casos y 13.1% para el grupo control, datos que concuerdan con el presente estudio ya que la mayor parte de las gestantes con parto pretérmino tuvieron un periodo intergenésico menor de 2 años.

TABLA III Factores de riesgo obstétrico del parto pretérmino en gestantes atendidas en el hospital Sergio E. Bernales, Comas 2017

Se obtuvo que la anemia presentó mayor porcentaje en los casos con 72 % mientras que en los controles fue 18%. En infección del tracto urinario las cifras fueron mayores en los casos con 68% y 16% para el grupo control. En ruptura prematura de membranas el mayor porcentaje de los casos fue 56% y para los controles 18%. En relación a Preeclampsia se presentó el 20% para los casos y 12% para los controles. La diabetes gestacional se presentó el 10% para los casos y 14% para el grupo control. La Vaginosis bacteriana se presentó con mayor porcentaje en los casos con 64%, mientras que en los controles 17 % presentaron vaginosis. Se presentó Polihidramnios 18% para los casos y en el grupo control ninguna presento. Con relación al desprendimiento prematuro de placenta se presentó en el 16% de los casos y 6% para el grupo control.

En cuanto a la anemia las siguientes investigaciones estuvieron relacionados a lo obtenido en este estudio ; CARNERO Yohanna ⁸; obtuvo que 62,7 % tuvieron anemia para los casos mientras que en los controles fue 42,5 % , de igual manera para el estudio de BARREDA Lina, MANRIQUE Fred Y OSPINA Juan ⁹ ; quienes obtuvieron en su estudio que el 83,3% de los casos presentaron anemia ; asimismo en la investigación de CHIRA Jorge y SOSA Jorge ¹⁰ ; la anemia también se presentó como uno de los factores de riesgo con un 41,3 % para sus casos y 28,1% para sus controles. Sin embargo, GUADALUPE. S ²² obtuvo resultados diferentes a lo mencionado con los otros autores ya que en su estudio el 87% de los casos no presentó anemia en el embarazo.

CARNERO Yohanna ⁸ encontró que 58% de los casos presentaron infección del tracto urinario y 18,7% para el grupo control , al igual que CHIRA Jorge y SOSA Jorge ¹⁰ ya que 55% de las gestantes presentaron infección del tracto urinario para los casos y 31,3 % para los controles , GUEVARA Walter ¹¹ obtuvo resultados similares al presente estudio, obteniendo que 63,55% presentaron infección del tracto urinario ; siendo datos similares al presente estudio con 68% para los casos y 25% para los controles.

CHIRA Jorge y SOSA Jorge ¹⁰ obtuvieron resultados similares al presente estudio ya que 32,5 % de los casos presentaron ruptura prematura de membranas y 6,2% para los controles¹⁰; datos similares se obtuvo en el estudio de MAMANI. B¹⁶ quien obtuvo que el 63,9% de las gestantes presentó ruptura prematura de membranas para los casos y 45,86% para el grupo control.

En cuanto a la Preeclampsia según el estudio de BARREDA Lina, MANRIQUE Fred Y OSPINA Juan ⁹ , el 20% presentó Preeclampsia, cifra que fue mayor al presente estudio; sin embargo para la investigación CHIRA Jorge y SOSA Jorge ¹⁰ obtuvo resultados similares a lo observado ya que el 6,2% de las gestantes presentaron Preeclampsia; mientras que para GUEVARA Walter ¹¹ encontró en su estudio que el 44,79% de las gestantes presentaron Preeclampsia y parto pretérmino.

BARREDA Lina, MANRIQUE Fred Y OSPINA Juan ⁹ en su estudio obtuvo que el 26,7% tuvieron Vaginosis bacteriana ; dato similar al de ZUMBA J ¹⁴ obteniendo que 27 % de las gestantes en estudio tuvieron Vaginosis bacteriana, los datos del presente estudio fueron mayores a los de estos autores con 64% para los casos y 17% para el grupo control.

GUADALUPE. S²² encontró en su estudio datos similares a lo observado que el 5.5% de las gestantes presentaron desprendimiento prematuro de placenta con una estimación de riesgo (OR: 2.852 IC 95%: 0.893 – 9.113); mientras que en el presente estudio el 16% de los casos presentaron desprendimiento prematuro de placenta y 6% para el grupo control con una estimación de riesgo (OR=2,98; IC: [0,97 -9,13] no siendo factor de riesgo para parto pretérmino.



V. CONCLUSIONES

- ❖ Los factores sociodemográficos no condicionan el parto pretérmino se encontró mayor número de gestantes adultas (20-34 años), con grado de instrucción secundaria/técnico (universitario/, las gestantes unidas (casada-conviviente) y que son amas de Casa (no fueron estadísticamente significativas).
- ❖ Los factores obstétricos como los controles prenatales inadecuados (< 6 controles), antecedentes de abortos, periodo intergenésico > e igual a 2 años tuvieron una asociación estadísticamente significativa para el parto pretérmino.
- ❖ Entre los factores patológicos la anemia, infección del tracto urinario, ruptura prematura de membranas, embarazo múltiple, Vaginosis bacteriana y Polihidramnios se comportaron como asociación significativa para el parto pretérmino.

VI. RECOMENDACIONES

Al profesional Obstetra:

- ❖ Se sugiere continuar con los programas preventivos del parto pretérmino que permita sensibilizar y concientizar a toda la población gestante, ya sea durante la atención prenatal, sobre la importancia de tener controles prenatales continuos que permitan identificar a tiempo los factores de riesgo del parto pretérmino y disminuir riesgos a futuros tanto para ellas y sus recién nacidos.
- ❖ Ampliar los programas educativos sobre lo factores de riesgo del parto pretérmino haciendo hincapié en la fuerte asociación de las gestantes con anemia, infección del tracto urinario, controles prenatales insuficientes, antecedentes de abortos y periodo intergenésico corto, siendo precursores del parto pretérmino.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1.Mendoza L, Claros D, Mendoza L, Arias M, Peñaranda C, [Revista Médica] Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro.2016, Agosto; pagina 1 [acceso el 1 de agosto del 2018] Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000400012&lng=es&nrm=iso&tlng=es

2.Organización Mundial de la Salud. Nacimientos Prematuros [acceso el 1 de agosto del 2018] Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

3. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Declaración del área de Latinoamérica y Caribe sobre la Hiperglucemia en el embarazo 2014 [acceso el 1 de Agosto del 2018] Disponible en: https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/OurWork/DIP%20Latin%20Americ%20Declaration%20A4%20Spanish_1.pdf

4.Ministerio de Salud. [boletín estadístico] Boletín estadístico de nacimientos Peru:2015 [acceso el 1 d agosto del 2018] Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf

5 Instituto Nacional Materno Perinatal, [Informe Estadístico] Parto Prematuro [acceso el 1 de agosto del 2018] Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/noticia/el-95-de-nacimientos-en-el-inmp-corresponde-a-prematuros>

6. Tolentino L. Factores de riesgo materno perinatal en parto pretérmino en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales,2014. [Tesis] [acceso el 1 de agosto del 2018] Disponible en:

<http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/101>

7. Ministerio de Salud. [Internet]. Embarazo Prematuro. [actualizado el 24 de noviembre del 2016] [acceso el 1 de agosto del 2017] Disponible en:

<http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=22085>

8. Carnero Y. Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo enero-junio del 2015 [Tesis] [acceso el 1 de agosto del 2018] Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4712/Carnero_cy.pdf;jsessionid=6E040F72B6494B637FB9EE1C1362147F?sequence=1

9. Barreda L, Manrique F, Ospina J. [Revista Médica] Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá-Colombia.2016, Agosto; página 216 [acceso el 1 de agosto del 2018] Disponible en:

<http://www.redalyc.org/pdf/1942/194245902013.pdf>

10. Chira J, Sosa J. [Revista Médica] Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del Hospital Provincial Docente Belen de Lambayeque,2015 [acceso el 1 de agosto del 2018] Disponible en:

<http://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/201>

11. Guevara W. Factores de riesgos asociados a parto pretérmino en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro De Guaranda, periodo 2013-2015 [Tesis] [acceso el 1 de agosto del 2018] Disponible en:

<http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/1028/1/TUAMED077-2015.pdf>

12. Concha Palomino S. Los factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino por vía vaginal en el hospital regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2016. [Tesis] [acceso el 1 de agosto del 2018] Disponible en:

<http://repositorio.uandina.edu.pe/handle/UAC/1435>

13. Lozada H. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del Hospital I Nuestra Señora De Las Mercedes De Paita 2017. [Tesis] [acceso el 1 de agosto del 2018] Disponible en:

<http://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1187/CIE-LOZ-ARE-18.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

14. Zumba Factores de riesgo relacionado con la presentación de amenaza de parto prematuro en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Básico San Vicente de Paul del Cantón Pasaje 2017. [Tesis] [acceso el 6 de agosto del 2018] Disponible en:

<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19648/1/Jandry%20Efr%C3%A9n%20Zumba%20Castillo.pdf>

15. Maidana M, Silvero E. Factores sociodemográficos y clínicos en gestantes pretérmino con diagnóstico de rotura prematura de membrana que acuden al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de encarnación 2016. [Tesis] [acceso el 6 de agosto del 2018] Disponible en:

<http://revista.medicinauni.edu.py/index.php/FM-uni/article/view/41>

16. Mamani B. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado 2014. [Tesis] [acceso el 6 de agosto del 2018] Disponible en:

http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2247/905_2016_mamani_pena_by_fac_obstetricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

17. Garcia D. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla 2017. [Tesis] [acceso el 6 de agosto del 2018] Disponible en:

<http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1271/70%20TESIS%20GARCIA%20VARGAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

18.Schwarz R, et al. Parto pretérmino. En: ILHSA S. A, editor. Obstetricia.7 ma edición. Bueno aires, Argentina: El ateneo;2016. p.282-298.

19 Cunningham G, et al. Williams: Obstetricia. 24° ed. México: McGraw-Hill. 2014.

20 Organización Mundial de la Salud. Nacimientos Prematuros [acceso el 1 de agosto del 2018] Disponible en:

http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

21.Garcia B. Edad materna y el número de abortos como factores de riesgo para parto pretérmino en pacientes atendidas en el hospital docente madre niño San Bartolomé. [Tesis] [acceso el 15 de setiembre del 2018] Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4397/Garcia_cb.pdf?sequence=1&isAllowed=y

22.Guadalupe.S. Factores de Riesgo asociado a parto Pre término en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del hospital María Auxiliadora durante el año 2015. [Tesis] [acceso el 15 de setiembre del 2018] Disponible en:

http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/1027/1/Guadalupe%20Huam%C3%A1n%20Shessira%20Miluzka_2017.pdf

Si () No ()

