



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO
EN MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DEL
CALLAO 2017**

PRESENTADA POR
PILAR ESTEFFANY ORTIZ PAUCAR

ASESORA
NELLY IRENE MORENO GUTIÉRREZ

TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

LIMA – PERÚ

2019



**Reconocimiento - Compartir igual
CC BY-SA**

El autor permite a otros transformar (traducir, adaptar o compilar) esta obra incluso para propósitos comerciales, siempre que se reconozca la autoría y licencien las nuevas obras bajo idénticos términos.

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



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE
OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO
EN MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DEL
CALLAO 2017**

**PRESENTADA POR
PILAR ESTEFFANY ORTIZ PAUCAR**

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

LIMA – PERÚ

2019



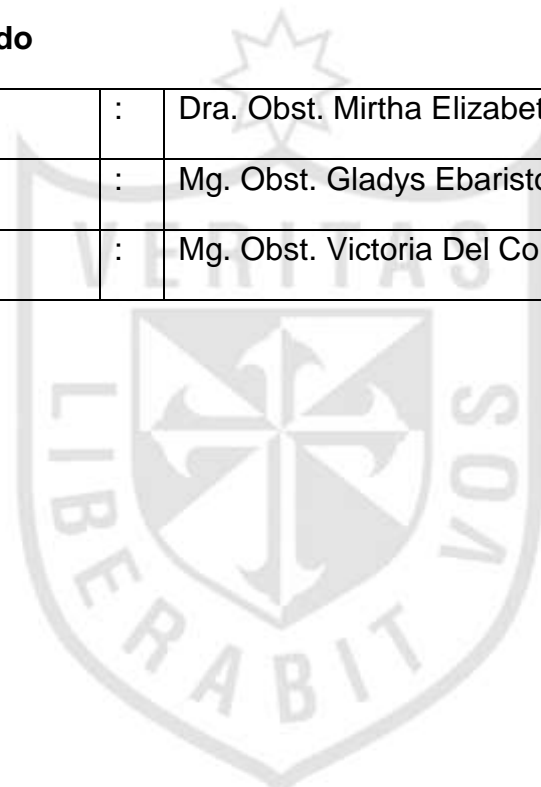
**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO
EN MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DEL
CALLAO 2017**

ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

Asesor (a): Dra. Obst. Nelly Irene Moreno Gutiérrez

Miembros del jurado

Presidente	:	Dra. Obst. Mirtha Elizabeth Muñoz Hidrogo
Vocal	:	Mg. Obst. Gladys Ebaristo Torres
Secretaria	:	Mg. Obst. Victoria Del Consuelo Aliaga Bravo

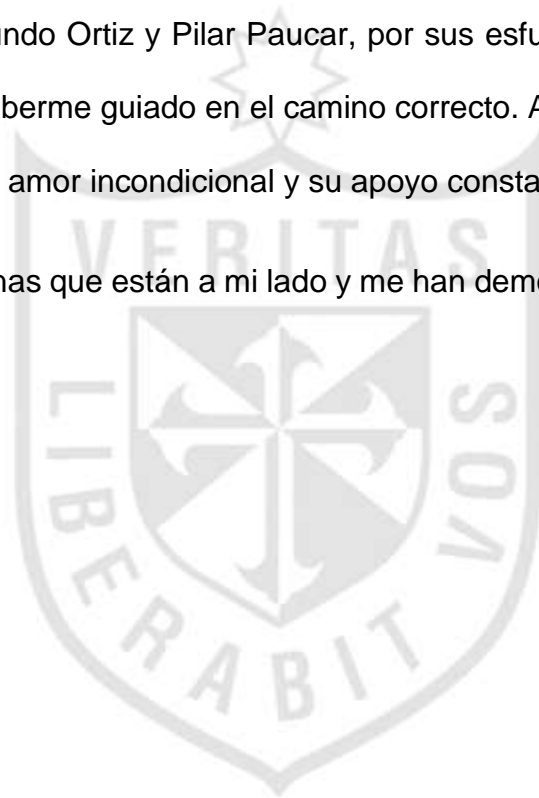


DEDICATORIA

A Dios, por brindarme salud, fortaleza y un pensamiento distinto cada día para poder así concluir con cada uno de mis objetivos.

A mis padres; Segundo Ortiz y Pilar Paucar, por sus esfuerzos impresionantes día tras día y por haberme guiado en el camino correcto. A mí querida hermana, Victoria Ortiz por su amor incondicional y su apoyo constante en este proceso.

Y a todas las personas que están a mi lado y me han demostrado la fortaleza de su amistad.

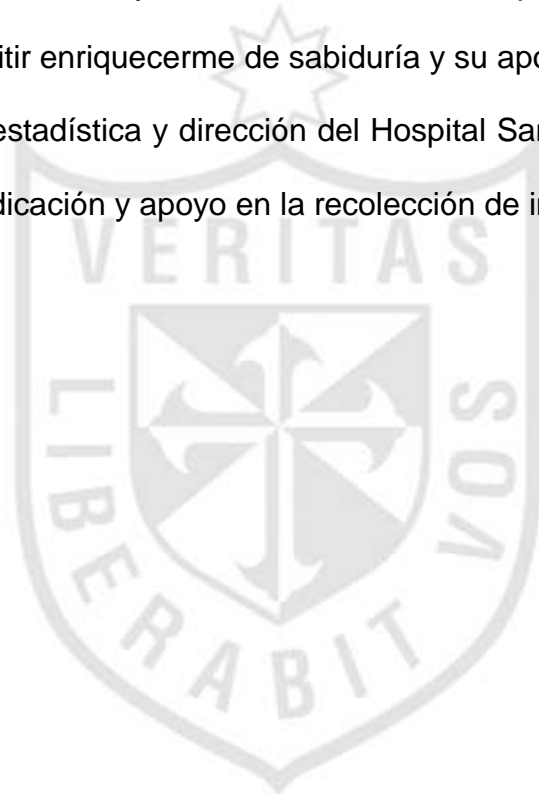


AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio a lo largo de estos años, han sido mi fortaleza para llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy.

A mi asesora Dra. Obst. Nelly Irene Moreno Gutiérrez, por brindarme su vasto conocimiento, permitir enriquecerme de sabiduría y su apoyo absoluto.

A las personas de estadística y dirección del Hospital San José del Callao, por la disponibilidad, indicación y apoyo en la recolección de información.



ÍNDICE DE CONTENIDO

TITULO.....	i
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	v
ÍNDICE DE TABLAS	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT.....	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	5
III. RESULTADOS.....	9
IV. DISCUSIÓN.....	17
V. CONCLUSIONES.....	24
VI. RECOMENDACIONES.....	25
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	26
VII. ANEXOS	31

ÍNDICE DE TABLAS

Nº de la tabla	Nombre de la tabla	Nº de pagina
Tabla 1.	Distribución de partos pretérminos en nacidos vivos según edad gestacional.	9
Tabla 2.	Factores de riesgo sociodemográficos y su asociación al parto pretérmino.	10
Tabla 3a.	Factores de riesgo obstétricos asociados al parto pretérmino.	12
Tabla 3b.	Control prenatal como factor de riesgo obstétrico y su asociación al parto pretérmino.	13
Tabla 4.	Factores de riesgo patológicos más frecuentes asociados al parto pretérmino.	15

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en madres atendidas en el Hospital San José del Callao durante el año 2017.

Metodología: Estudio epidemiológico, de casos y controles. Población conformada por 113 historias clínicas de madres con diagnóstico de parto pretérmino, la muestra la conformaron 80 casos y 80 controles. El instrumento fue una ficha de recolección de datos validado por juicio de expertos.

Resultados: De las 160 historias clínicas, los casos fueron 80% de prematuros tardíos. Factores de riesgo sociodemográficos, 79.4% fueron madres entre los 20 a mayores de 34 años; 85.6% con educación básica (primaria, secundaria); 84.4% con estado civil unidas (conviviente, casada); no significativos. Factores obstétricos, 76.2% con control prenatal [χ^2 4.97 p 0.0258 OR=0.4269 IC 0.1998 - 0.9121] y 58.8% fueron multíparas. Patologías más frecuentes; embarazo múltiple 0.6% de la muestra, diabetes gestacional 1.2%, infección del tracto urinario 35.6% [χ^2 9.84 p 0.002 OR 2.9048 IC 1.4767 - 5.714], preeclampsia 5.6% [χ^2 9.54 p 0.002 OR 8.215 IC 2.1493 - 31.3996], amenaza parto pretérmino 4.4% [χ^2 7.320 p 0.007 OR 7.9919 IC 1.7648 - 36.1915], desprendimiento prematuro de placenta 2.5% [χ^2 4.1 p 0.004 OR 7.6788 IC 1.0615 - 55.5464], anemia 7.5% y rotura prematura de membranas 19.4% [χ^2 4.8 p 0.028 OR 2.4915 IC 1.0876 - 5.7076]. **Conclusiones:** Existen factores de riesgo asociados al parto pretérmino como patologías más frecuentes;

verificando que el control prenatal se comporta como factor protector en la prevención de parto pretérmino.

Palabras claves: Factores de riesgo, Patología, Parto pretérmino.



ABSTRACT

Objective: To determine the risk factors associated with preterm delivery in mothers attended at the San José del Callao Hospital during the year 2017.

Methodology: Epidemiological study of cases and controls. Population consisting of 113 medical records of mothers with a diagnosis of preterm birth, and the sample was made up of 80 cases and 80 controls. The instrument was a data collection form validated by expert judgment. **Results:** Of the 160 clinical

histories, the cases were 80% of late preterm. Sociodemographic risk factors, 79.4% were mothers between the 20 to over 34 years; 85.6% with basic education (primary, secondary); 84.4% with marital status united (cohabiting, married); not significant Obstetric factors, 76.2% with prenatal control [chi² 4.97 p 0.0258 OR = 0.4269

IC 0.1998 - 0.9121] and 58.8% were multiparous. Most frequent pathologies; multiple pregnancy 0.6% of the sample, gestational diabetes 1.2%, urinary tract infection 35.6% [chi² 9.84 p 0.002 OR 2.9048 IC 1.4767 - 5.714], preeclampsia 5.6% [chi² 9.54 p 0.002 OR 8.215 IC 2.1493 - 31.3996], threatened preterm labor 4.4% [chi² 7.320 p 0.007 OR 7.9919 IC 1.7648 - 36.1915], placental abruption 2.5% [chi² 4.1 p 0.004 OR 7.6788 IC 1.0615 - 55.5464], anemia 7.5% and premature rupture of membranes 19.4% [chi² 4.8 p 0.028 OR 2.4915 IC 1.0876 - 5.7076]. **Conclusions:** There are risk factors associated with preterm delivery as

more frequent pathologies; verifying that prenatal control behaves as a protective factor in the prevention of preterm delivery.

Key words: Risk factors, Pathology, Preterm delivery.



I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud reportó que, cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Aproximadamente un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto. A nivel mundial, la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años. En casi todos los países que disponen de datos fiables al respecto, las tasas de nacimientos prematuros están aumentando¹.

A nivel mundial, se estima que la tasa de partos pretérminos es alrededor de 11% (rango de 5% en partes de Europa, 18% en partes de África), y unos 15 millones de niños nacen por parto pretérmino cada año y esa cifra está aumentando. De estos nacimientos el 84% se produjo a las 32 a 36 semanas, el 10% se produjo a las 28 a < 32 semanas y 6% ocurrieron en <28 semanas².

Así, en América Latina nacen cada año unos 12 millones de niños: 400 000 mueren antes de cumplir 5 años; 270 000 en el primer año de vida; 180 000 durante el primer mes y 135 000 por parto prematuro. La situación es aún más grave en los prematuros extremos (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). Por todo lo anterior, además de la pérdida de vidas, el nacimiento prematuro representa costos económicos y emocionales considerables para las familias y las comunidades³.

Se conoce que el parto pretérmino tiene un carácter multifactorial, puesto que en su ocurrencia intervienen enfermedades maternas, embarazos múltiples originados por técnicas de reproducción asistida e inductores de la ovulación, infecciones, estilos de vida y diferentes situaciones sociales; elementos básicos en su génesis⁴.

Balladares F, Chacón V, en el 2016 Ecuador; abordaron esta problemática hallando los siguientes resultados: Se obtuvieron 301 casos, el 38.5% de casos las pacientes entre los 21 a 28 años. Los partos pretérmino moderados a tardíos fueron los más frecuentes 67.4%. En cuanto a los factores de riesgo estudiados, un 33.2% de pacientes presentaron anemia, 39.5% presentaron infección del tracto urinario y un 12.6% presentaron vaginosis bacteriana durante su gestación⁵.

Perú es un país caracterizado por tres regiones geográficas diferentes, en la región de la costa donde se da una mayor concentración poblacional y donde se produce la mayor proporción de nacimientos, encontrándose la menor tasa de mortalidad perinatal de 16.67 por mil nacimientos debe tenerse en cuenta que en esta región está ubicada la ciudad de Lima que tiene la menor tasa de mortalidad perinatal en el Perú. En la tesis realizada por la investigadora Guadalupe S, en el año 2015 Perú, halló los siguientes resultados: la edad, el estado civil, el control prenatal inadecuado, el número de paridad, la

preeclampsia, la infección del tracto urinario, y la rotura prematura de membrana tienen valor estadísticamente significativo ($p < 0.5$) además de ser factores de riesgo para parto pretérmino (OR: 2.579)⁹.

El Perú no es ajeno a esta realidad problemática, solo en el 2015, el total de nacidos vivos a término (37 a 42 semanas) fue el 93.5%, por el contrario, los pretérmino (< 37 semanas) fue del 6.5%. De los 27 mil partos pretérminos durante el año 2015, con una gestación menor a 37 semanas, el 4.2% fue prematuro extremo, 9% muy prematuro y 86.8% prematuro tardío⁷.

En el Instituto Nacional Materno Perinatal⁸ el parto pretérmino está considerado como un problema de salud pública, ya que constituye una de las tres principales causas de muerte infantil y causa elevados índices de enfermedades en el país. En el año 2015 en el Instituto Nacional Materno Perinatal hubo 16.617 partos de los cuales el 9.5% fueron partos pretérminos, es decir fue antes de las 37 semanas de gestación.

Es en la región Callao, donde se encuentra el Hospital San José, que, en el año 2016, según la Oficina de Estadística, se reportó de la totalidad de partos atendidos, el 7.5% correspondió a partos pretérmino⁶.

Las consecuencias del parto pretérmino, son de gran trascendencia tanto para las familias, la sociedad, las instituciones y los gobiernos. A pesar del aspecto multifactorial de las causas del parto pretérmino, se han identificado varios factores de riesgo que de alguna forma u otra se han asociado al parto pretérmino sin resultados estadísticos contundentes. Sin embargo, ha representado la oportunidad de esta tesis de continuar estudiándolos con el

propósito de identificar los factores de riesgo que permitan prevenir, anticiparse y dar manejo oportunamente, con la mayor certeza, los casos que tendrán como fin un parto pretérmino poniendo en peligro, no solo a la madre sino al niño por nacer¹⁵.

Motivo por el cual se planteó la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en madres atendidas en el Hospital San José del Callao durante el año 2017?, con el objetivo general de determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en madres atendidas en el Hospital San José del Callao durante el año 2017. Planteándose como hipótesis alternativa, existen factores de riesgo asociados al parto pretérmino en madres atendidas en el hospital San José del Callao durante el año 2017 y como hipótesis nula que no existen factores de riesgo asociados al parto pretérmino en madres atendidas en el hospital San José del Callao durante el año 2017. Los aspectos fundamentales producto de la presente investigación fueron el hallazgo de la existencia de factores de riesgo asociadas al parto pretérmino, teniendo una significatividad según la prueba de χ^2 . Por lo que se requiere que los profesionales obstetras eduquen a toda gestante sobre la importancia y trascendencia de la asistencia puntual a su control prenatal que permita hacer seguimiento del desarrollo de su embarazo a fin de detectar cuales son los factores de riesgo que induciría a que la gestación culmine en un parto pretérmino.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Diseño metodológico

Estudio epidemiológico tipo casos y controles, analítico, retrospectivo, transversal.

2.2. Diseño muestral

2.2.1. Población: Se conformó con todas las historias clínicas de las madres con diagnóstico de parto pretérmino atendidos en el Hospital San José del Callao, durante el año 2017 que, según la Oficina de Estadística de la Institución, corresponde a 113 madres.

2.2.2. Muestra: Para la obtención de la muestra representativa, se utilizó la siguiente fórmula cálculo del tamaño muestral en estudios de casos y controles, y así obtener el tamaño muestral:

$$n = z_{1-\alpha/2}^2 \frac{1/[P_1(1-P_1)] + 1/[P_2(1-P_2)]}{\ln^2(1-\epsilon)}$$

Donde:

Frecuencia de exposición entre los casos	0.38 (*)
Frecuencia de exposición entre los controles	0.60
Odds ratio a detectar	1.00
Nivel de seguridad	0.95
Potencia	0.80

(*) Incidencia de parto prematuro en el Hospital San José del Callao

Tamaño muestral mínimo

Casos	80
Controles	80

Así, se sustituyó la fórmula y se obtuvo $n = 80$ individuos en cada grupo, 80 casos (parto pretérmino) y 80 controles (parto a término), los cuales fueron seleccionados mediante homogenización de la muestra: por hora siguiente y fecha del evento (parto) de madres atendidas en el Hospital San José del Callao durante el año 2017, que además cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

2.3. Criterios de selección

2.3.1. Criterios de inclusión casos y controles

La conformaron todas las historias clínicas de las madres atendidas, con atención del parto en el Hospital San José del Callao con diagnóstico de parto pretérmino – parto a término, confirmado con fecha de última menstruación y ecografía durante el año 2017.

2.3.2. Criterios de exclusión

Historias clínicas de las madres con diagnóstico de parto pretérmino inicialmente, y posterior a la evaluación clínica y de ayudas diagnósticas se constató era diferente (RCIU, etc.)

2.4. Técnica de recolección de datos

Técnica: Se utilizó el análisis documental de fuentes de observación secundaria, las cuales fueron las historias clínicas de las madres que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Instrumento: Se elaboró una ficha de recolección de datos que permitió el cumplimiento de los objetivos planteado en esta investigación. Esta ficha, constó de 3 partes; la primera, identificó los antecedentes sociodemográficos maternas; la segunda, identificó los antecedentes obstétricos y la tercera, identificó las patologías asociadas durante la gestación.

2.5. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Se utilizó estadísticos descriptivos, como las frecuencias y porcentajes, las que fueron presentadas en tablas univariadas y bivariadas de contingencia (2x2). Para las inferencias estadísticas se aplicó la prueba de χ^2 Pearson, la cual determinó la asociación entre las variables a un nivel de confianza del 95%. Se aceptó la Hipótesis de trabajo cuando el valor de "p" sea menor a 0.05; y se rechazó la misma, hipótesis nula, si el valor de "p" es mayor a 0.05.

2.6. Aspectos éticos

El proyecto fue puesto a evaluación por el Comité de Ética e Investigación de la USMP-FOE y por el Comité Institucional de Ética e Investigación del Hospital San José del Callao para su debida evaluación y autorización para la ejecución del proyecto.

Para el desarrollo de esta investigación se tuvo en cuenta los principios básicos de la ética; Beneficencia y no maleficencia, ya que no existen riesgos físicos y/o psicológicos, riesgo de muerte y/o de alteración de la calidad de vida de los participantes porque nos basaremos en los datos existentes en las historias clínicas de las madres; Principio de Justicia, porque se resguardará de manera adecuada los derechos fundamentales, por lo que no se cometerá algún acto que signifique atropello a los mismos.

Asimismo, en razón a que nuestro deber como Obstetra, es promover y velar por la salud de las gestantes, para la investigación se tuvo en cuenta los aspectos éticos según la declaración de Helsinki adoptado por la 18^{va} Asamblea Médica Mundial y enmendada en Tokio (1975), Venecia (1983) y Hong Kong (1989). En relación al Principio de Autonomía, no se ha considerado un consentimiento de la madre porque no se las entrevistó personalmente, sin embargo, existió el compromiso de proteger y tomar las precauciones para resguardar en todo momento la intimidad y la confidencialidad de la información personal que obtuvimos mediante la revisión de las historias, que fue utilizada sólo para los fines de esta investigación.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de partos pretérminos en nacidos vivos según edad gestacional.

CLASIFICACIÓN	EDAD GESTACIONAL	TOTAL	
		Nº	%
Prematuros extremos	22 a < 28 semanas	6	7.5
Muy prematuros	28 a < 31.6 semanas	9	11.3
Prematuros moderados	32 a < 33.6 semanas	1	1.3
Prematuros tardíos	34 a < 36.6 semanas	64	80
TOTAL		80	100

Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla 1**, se evidencia la muestra del estudio, donde el grupo CASOS se presentó en mayor cantidad los prematuros tardíos 80%.

Tabla 2. Factores de riesgo sociodemográficos y su asociación al parto pretérmino.

FACTORES	CASOS		CONTROLES		TOTAL		chi ² gl = 1 p = 0.05	OR IC
	N°	%	N°	%	N°	%		
EDAD								
< 20 años	16	20.0	17	21.3	33	20.6	0.038	0.9265
20 a > 34 años	64	80.0	63	78.7	127	79.4	0.845	0.4306 - 1.9935
NIVEL DE INSTRUCCIÓN								
Básica (primaria, secundaria)	67	88.8	66	82.5	133	85.6	0.045	1.0932
Superior (técnica, universitaria)	13	11.2	14	17.5	27	14.4	0.833	0.4777 - 2.5018
ESTADO								
No unida (solteras, otros)	14	16.3	12	15.0	26	15.6	0.184	1.202
Unidas (conviviente, casada)	66	83.7	68	85.0	134	84.4	0.668	0.5178 - 2.7903

Fuente: Elaboración propia

chi² → gl 1 → 3.84

En la **Tabla 2**, se observa:

- Respecto a la edad, para los casos; 20% (16) fueron menores de 20 años y 80% (64) de 20 hasta mayores de 34 años. Para los controles 21.3% (17) fueron menores de 20 años y 78.7% (63) de 20 a mayores de 34 años.

En el análisis estadístico no se muestra asociación ni significancia como factor de riesgo [χ^2 0.038 p 0.84 OR 0.9 IC 0.43 - 1.9].

- Respecto al nivel de instrucción; para los casos 88.8% (67) tuvieron Nivel Básico (primaria – secundaria) y 11.2% (13) de Nivel Superior (técnica – universitario). Para los controles 82.5% (66) tuvieron Nivel Básico (primaria – secundaria) y 17.5% (14) de Nivel Superior (técnica – universitario).

En el análisis estadístico, el grado de instrucción asociado al parto pretérmino no se muestra asociación ni significancia como factor de riesgo [χ^2 0.045 p 0.833 OR 1.09 IC 0.47 - 2.5].

- Respecto al estado civil, para los casos 16.3% (14) fueron solteras y 83.7% (66) fueron convivientes o casadas. Para los controles 15% (12) fueron solteras y 85% (68) fueron convivientes o casadas.

Estadísticamente, el estado civil y el parto pretérmino no muestran asociación ni significancia [χ^2 0.184 p 0.668 OR 1.202 IC 0.51 - 2.79].

Tabla 3a. Factores de riesgo obstétricos asociados al parto pretérmino.

FACTORES OBSTÉTRICOS		CASOS		CONTROLES		TOTAL	
		N° (80)	%	N° (80)	%	N° (160)	%
Número de CPN	Ningún CPN	13	16.3	25	31.3	38	23.8
	Incompleto CPN 1 a < 6	30	37.5	21	26.2	51	31.8
	Completo CPN > o = 6	37	46.2	34	42.5	71	44.4
Número de paridad	Primípara	28	35.0	38	47.5	66	41.2
	Múltipara	52	65.0	42	52.5	94	58.8

Fuente: Elaboración propia

chi² → gl 1 → 3.8

En la **Tabla 3a**, se observa:

- Respecto al número de controles prenatales, para los casos 16.3% (13) no tuvieron ningún control prenatal, 37.5% (30) incompletos y 46.2% (37) tuvieron control prenatal completo. Para los controles 3.8% (3) no tuvieron ningún control prenatal, 26.2% (21) incompletos y 70% (56) tuvieron control prenatal completo.
- Respecto al número de paridad, para los casos 35% (28) fueron primíparas y 65% (52) fueron múltiparas. Para los controles 47.5% (38) fueron primíparas y 52.5% (42) fueron múltiparas.



Tabla 3b. Control prenatal como factor de riesgo obstétrico y su asociación al parto pretérmino.

CONTROL PRE NATAL (CPN)	CASOS		CONTROLES		TOTAL		chi ² gl = 1 p = 0.05	OR IC
	N°	%	N°	%	N°	%		
SIN CPN (ninguno a menos de seis)	13	16.2	25	31.3	38	23.8	4.97 0.0258	0.4269 0.1998 - 0.9121
CON CPN (igual o mayor de seis)	67	83.8	55	68.7	122	76.2		
Total	80	100%	80	100%	160	100%	chi ² → gl 1 → 3.84 asociado significativo	

Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla 3b**, se muestra resultado en que el control prenatal está asociado estadísticamente al parto pretérmino, pero no se comporta como un factor de riesgo, por lo contrario, como un factor protector [chi² 4.97 p 0.0258 OR 0.4269 IC 0.1998 - 0.9121].

Tabla 4. Factores de riesgo patológicos más frecuentes asociados al parto pretérmino.

		CASOS		CONTROLES		TOTAL		chi ² gl = 1 p = 0.05	OR IC
		N°	%	N°	%	N°	%		
Embarazo múltiple	SI	1	1.3	0	0.0	1	0.6	1.006	7.3891 (*)
	NO	79	98.7	80	100.0	159	99.4	0.316	0.1466 - 372.4117
Diabetes gestacional	SI	2	2.5	0	0.0	2	1.2	2.025	7.4832 (*)
	NO	78	97.5	80	100.0	158	98.8	0.155	0.464 - 120.696
Infección del tracto urinario	SI	38	47.5	19	23.7	57	35.6	9.84	2.9048
	NO	42	52.5	61	76.3	103	64.4	0.002	1.4767 - 5.714
Preeclampsia	SI	9	11.3	0	0.0	9	5.6	9.54	8.215(*)
	NO	71	88.7	80	100.0	151	94.4	0.002	2.1493 - 31.3996
Amenaza parto pretérmino	SI	7	8.8	0	0.0	7	4.4	7.320	7.9919 (*)
	NO	73	91.2	80	100.0	153	95.6	0.007	1.7648 - 36.1915
Desprendimiento prematuro de placenta	SI	4	5.0	0	0.0	4	2.5	4.1	7.6788 (*)
	NO	76	95.0	80	100.0	156	97.5	0.043	1.0615 - 55.5464
Anemia	SI	8	10.0	4	5.0	12	7.5	1.441	2.1111
	NO	72	90.0	76	95.0	148	92.5	0.23	0.6092 to 7.3155
Rotura prematura de membranas	SI	21	26.2	10	12.5	31	19.4	4.84	2.4915
	NO	59	73.8	70	87.5	129	80.6	0.028	1.0876 - 5.7076

Fuente: Elaboración propia

chi² → gl 1 → 3.84

(*) Utilizando la hipótesis nula para proporcionar una estimación.

En la **Tabla 4**, se observa:

- Respecto a la asociación del embarazo múltiple con el parto pretérmino no se muestra estadísticamente significativo [χ^2 1.006 p 0.31 OR 7.38 IC 0.14 - 372.4].
- Respecto a la asociación de la diabetes gestacional con el parto pretérmino no se muestra estadísticamente significativo [χ^2 2.025 p 0.155 OR 7.48 IC 0.46 - 120.69].
- Respecto a la asociación de la infección del tracto urinario con el parto pretérmino se muestra estadísticamente significativo [χ^2 9.84 p 0.002 OR 9.84 IC 1.47 - 5.71].
- Respecto a la asociación de la preeclampsia con el parto pretérmino se muestra estadísticamente significativo [χ^2 9.54 p 0.002 OR 8.215 IC 2.14 - 31.39].
- Respecto a la asociación de la amenaza de parto pretérmino con el parto pretérmino se muestra estadísticamente significativo [χ^2 7.320 p 0.007 OR 7.99 IC 1.76 - 36.19].
- Respecto a la asociación del desprendimiento prematuro de placenta con el parto pretérmino se muestra estadísticamente significativo [χ^2 4.1 p 0.043 OR 7.67 IC 1.06 - 55.54].
- Respecto a la asociación de la anemia con el parto pretérmino no se muestra estadísticamente significativo [χ^2 1.441 p 0.028 OR 2.11 IC 0.60 - 7.31].
- Respecto a la asociación de la rotura prematura de membranas con el parto pretérmino se muestra estadísticamente significativo [χ^2 4.84 p 0.025 OR 2.49 IC 1.08 - 5.70].

IV. DISCUSIÓN

En la actualidad, el parto pretérmino es una gran problemática para la Salud Pública, siendo responsable del 75% de la mortalidad neonatal y los que sobreviven en su mayoría presentan múltiples secuelas, no solo en el período perinatal, sino también en la niñez, la adolescencia y en la edad adulta, pues con frecuencia ocurren discapacidades neurológicas dando como resultado limitaciones físicas, lo cual influye negativamente en su adaptación social y en la salud del recién nacido prematuro. También implica gastos importantes en la Salud Pública por la necesidad de tratamientos intensivos, largas permanencias en UCI neonatales y emocionales en las familias y comunidades. ¹⁴

Tabla 1. Distribución de partos pretérminos en nacidos vivos según edad gestacional.

En el estudio, con respecto a la edad gestacional, las madres del grupo casos (parto pretérmino) en mayor porcentaje fueron prematuros tardíos 80%.

Datos similares encontraron los investigadores Balladares F y Chacón V ⁵, debido a que su estudio mostró que los partos prematuros tardíos fueron los más frecuentes con 67.4% de su muestra total; coincidiendo con nuestro estudio, ya que ya que las madres en ambos casos tuvieron partos prematuros tardíos.

Tabla 2. Factores de riesgo sociodemográficos y su asociación al parto pretérmino.

En el estudio que se presenta, las madres participantes en los grupos casos y controles, se mostró edades entre 20 a >34 años 80% y 78.7%, respectivamente, siendo en el total 79.4%. Asimismo, no presentaron una muestra estadísticamente significativa con un [chi² 0.038 p 0.84 OR 0.92 IC 0.43-1.99]

Datos similares encontraron los investigadores Espinoza M y Peña J ¹⁰ quienes en su estudio mostraron que el 42% de las gestantes tuvieron una edad que oscilan entre 25 a 34 años. Asimismo, Basualdo P y Ricse J ¹¹ informaron que el 72% de las gestantes tuvieron una edad entre 20 a 34 años.

En ambos casos coincidieron con nuestro estudio, en que las madres se encuentran en una edad joven; sin embargo, la investigadora Guadalupe S ⁹, mostró que la edad tuvo un valor estadísticamente significativo (p< 0.5).

Con respecto al nivel de instrucción las madres participantes presentaron en mayor porcentaje el nivel básico 85.6% del total; siendo semejante en ambos grupos 88.8% y 82.5% respectivamente. No presentaron una muestra estadísticamente significativa con un [chi² 0.045 p 0.833 OR 1.09 IC 0.47 - 2.5].

Datos similares encontró el investigador León E ¹², cuyo estudio mostró que el 59.8% de las gestantes tuvieron un grado de instrucción de secundaria que corresponde al nivel básico de instrucción. Asimismo, los investigadores Vargas J y Tijerino E ¹³, el 65.2% de las madres tuvieron un nivel de instrucción de básica.

En ambos casos coincidieron con nuestro estudio, en que las madres se encuentran con un nivel básico de estudio; evidenciándose que existe un grado de conocimiento que les permite a las madres reconocer los riesgos obstétricos relacionados al parto pretérmino; sin embargo, la investigadora Guadalupe S ⁹ obtuvo un valor estadísticamente significativo (p< 0.5), demostrando que el nivel de instrucción está asociado al parto pretérmino.

En el estudio; con respecto al estado civil, las madres participantes fueron en mayor porcentaje conviviente, en los grupos casos y controles fueron 83.7% y 85.0% respectivamente, siendo en total 84.4%. No presentaron significancia estadística asociado con el parto pretérmino [χ^2 0.184 p 0.668 OR 1.202 IC 0.51 - 2.79].

Datos similares encontró el investigador León E ¹², obteniendo el 68,8% de las madres tienen estado civil conviviente, a diferencia que la investigadora Guadalupe S ⁹, donde mostró que el estado civil tiene un valor estadísticamente significativo ($p < 0.5$), lo cual no coincidió con nuestro estudio, ya que el estado civil de las madres no representó una asociación significativa.

Tabla 3a. Factores de riesgo obstétricos asociados al parto pretérmino.

En el estudio, con respecto al número de control prenatal, se presentaron en los grupos casos y controles, fueron completos 46.2% y 70% respectivamente, siendo en el total 58.1%.

Datos diferentes encontró la investigadora Robles A ¹⁴, puesto en su estudio evidenció que los controles prenatales de su muestra fueron inadecuados representando el 61.7% del total.

Con respecto a la paridad, las madres participantes fueron mayormente multíparas en los grupos casos y controles, con un 65% y 52.5% respectivamente, siendo en el total 58.8%.

Datos diferentes encontró el investigador León E ¹², su estudio obtuvo como resultado que el 74.1% de las pacientes fueron primigestas. No coincidiendo con nuestro estudio.

Tabla 3b. Control prenatal como factor de riesgo obstétrico y su asociación al parto pretérmino.

Con respecto al control prenatal, al análisis estadístico se evidenció que el control prenatal no es un factor de riesgo asociado al parto pretérmino; sin embargo, se comporta como factor protector. [χ^2 4.97 p 0.0258 OR 0.4269 IC 0.1998 - 0.9121]. Datos diferentes encontró la investigadora Sánchez K ¹⁵, en que su resultado mostró que el control prenatal inadecuado se comportó como factor de riesgo significativo [OR 10.36 p 0,00]. La investigadora Guadalupe S ⁹ dio como resultado que el control prenatal es estadísticamente significativo con un ($p < 0.5$).

En nuestro estudio el control prenatal está estadísticamente asociado al parto pretérmino comportándose como factor protector.

Tabla 4. Factores de riesgo patológicos más frecuentes asociados al parto pretérmino.

Las madres participantes del grupo de parto pretérmino, solo presentaron un caso de embarazo múltiple que al análisis estadístico representó ser un factor de riesgo no asociado ni significativo al parto pretérmino [χ^2 1.006 p 0.31 OR 7.38 IC 0.14 - 372.4].

Datos similares encontraron los investigadores Ahumada M y Alvarado G ¹⁶, su estudio dio como resultado que el embarazo múltiple no se comportaba como factor de riesgo y no estaba asociado estadísticamente al parto pretérmino [OR 2.4 p 0.02], coincidiendo con nuestro estudio.

Las madres participantes del grupo casos, no presentaron una muestra estadísticamente significativa con respecto a la diabetes y su asociación como factor de riesgo al parto pretérmino [χ^2 2.025 p 0.155 OR 7.48 IC 0.46 - 120.69].

Datos disimiles encontró la investigadora Patilla R ¹⁶, en su estudio el análisis estadístico dio como resultado que la diabetes si se comportaba como factor de

riesgo y estaba asociado estadísticamente al parto pretérmino [OR 3.04 IC 2.02 – 4.57].

No coincidió con nuestro estudio, ya que en nuestro estudio la diabetes no representó una asociación estadísticamente significativa.

Las madres participantes del grupo casos, representaron una muestra estadísticamente significativa con respecto a la infección del tracto urinario y su asociación al parto pretérmino [χ^2 9.84 p 0.002 OR 9.84 IC 1.47 - 5.71].

Datos similares encontró la investigadora Sánchez K ¹⁵, su estudio dio como resultado a la infección del tracto urinario (OR 5.21 p 0.000).

Coincidió con nuestro estudio, ya que la infección del tracto urinario si representó una asociación estadísticamente significativa.

En el estudio, las madres participantes del grupo casos, representaron una muestra estadísticamente significativa con respecto a la preeclampsia y su asociación con parto pretérmino [χ^2 9.54 p 0.002 OR 8.215 IC 2.14 - 31.39].

Datos similares encontraron los investigadores Ahumada M y Alvarado G ¹⁷, debido a que su estudio dio como resultado estadísticamente significativo a la preeclampsia con un (OR 1,9 p 0,005), coincidiendo con nuestro estudio, ya que la preeclampsia si representó una asociación estadísticamente significativa.

En el estudio que se presenta, las madres participantes del grupo casos, presentó una muestra estadísticamente significativa con respecto a la amenaza de parto pretérmino y su asociación con parto pretérmino [χ^2 7.320 p 0.007 OR 7.99 IC 1.76 - 36.19].

Datos similares encontró la investigadora Lozada H ¹⁸, su estudio dio como resultado a la amenaza de parto pretérmino como estadísticamente significativa

(OR 97.2 p 0.001), coincidiendo con nuestro estudio, ya que la amenaza de parto pretérmino si representa una asociación estadísticamente significativa.

Las madres participantes del grupo casos, presentó una muestra estadísticamente significativa con respecto al desprendimiento prematuro de placenta y su asociación con parto pretérmino [χ^2 4.1 p 0.043 OR 7.67 IC 1.06 - 55.54].

Datos similares encontraron los investigadores Chira J y Sosa J ¹⁹, su estudio obtuvo como resultado al desprendimiento prematuro de placenta estadísticamente significativo (OR 7.22 p 0.000).

Coincidió con nuestro estudio, ya que el desprendimiento prematuro de placenta si representó una asociación estadísticamente significativa.

Las madres participantes del grupo casos, no presentó una muestra estadísticamente significativa con respecto a la anemia y su asociación con parto pretérmino [χ^2 1.441 p 0.028 OR 2.11 IC 0.60 - 7.31].

Datos diferentes encontró la investigadora Lozada H ¹⁸, quien dio como resultado a la anemia estadísticamente significativa (OR 2,459 p 0.043). No coincidió con nuestro estudio, ya que la anemia si representó una asociación estadísticamente significativa diferencia de nuestro estudio.

Con respecto a la rotura prematura de membranas y su asociación con parto pretérmino, se presentó una muestra estadísticamente significativa [χ^2 4.84 p 0.025 OR 2.49 IC 1.08 - 5.70].

Datos similares encontró la investigadora Guadalupe S ⁹, quien dio como resultado que la rotura prematura de membranas tiene una asociación estadísticamente significativa (OR 2.579 p< 0.5), coincidiendo con nuestro estudio, ya que la rotura prematura de membranas si representó una asociación estadísticamente significativa.



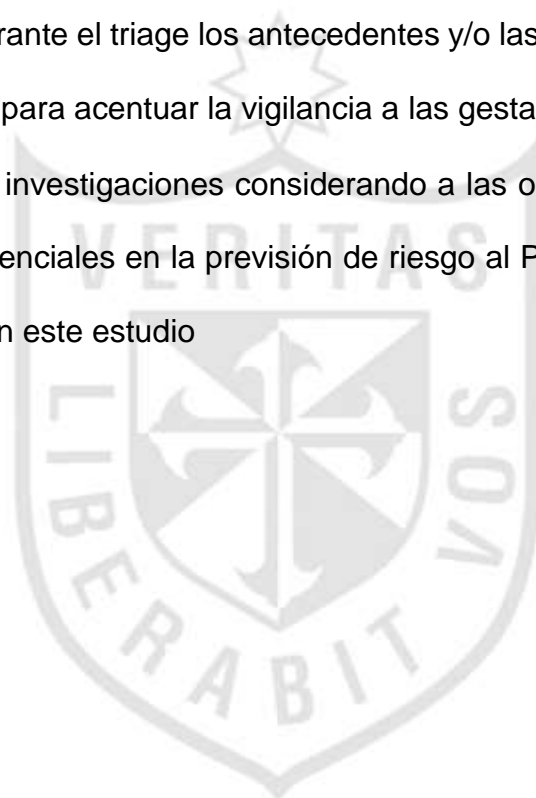
V. CONCLUSIONES

- En los factores sociodemográficos ninguno de ellos fue estadísticamente significativos, por lo que no guardan una asociación como factor de riesgo para el parto pretérmino. Sin embargo, con nuestro estudio evidenciamos que existe nivel de instrucción que les permitiría a las madres reconocer los riesgos obstétricos relacionados al parto pretérmino.
- Dentro de las características obstétricas, el número de controles prenatales se asocia estadísticamente al parto pretérmino, evidenciándose como factor protector con la cual se puede prevenir el parto pretérmino.
- El embarazo múltiple, la diabetes gestacional y la anemia no mostraron significancia estadística; sin embargo, la infección del tracto urinario, preeclampsia, la amenaza de parto pretérmino, desprendimiento prematuro de placenta y la rotura prematura de membranas, muestran al análisis estadístico, asociación significativa como factores de riesgo al parto pretérmino.

VI. RECOMENDACIONES

A los profesionales Obstetras del Hospital San José del Callao, se les sugiere:

- Incentivar en la educación dirigida a las gestantes, y a su entorno -familia, comunidad- el control prenatal porque con el seguimiento adecuado se podrá prevenir y/o tratar oportunamente el parto pretérmino
- Considerar durante el triage los antecedentes y/o las patologías que poseen las gestantes, para acentuar la vigilancia a las gestantes de riesgo
- Realizar otras investigaciones considerando a las obstetras de los Centros de Salud referenciales en la previsión de riesgo al Parto Pretérmino que se ha detallado en este estudio



FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros [Internet]. Ginebra: OMS; 2018. [citado el 20 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. World Health Organization. The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health; Save the Children. Born too soon: The global action report on preterm birth [Internet]. Ginebra: OMS; 2012. [citado el 20 de enero de 2019]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44864/9789241503433_en;jsessionid=BEE7CFE312ACB314331802ACB3F03DFC?sequence=1
3. Couto D., Nápoles D., Montes P. Repercusión del parto pretérmino en la morbilidad y mortalidad perinatales. MEDISAN [Internet]. 2014. [citado el 20 de enero de 2019];18(6):841-847. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000600014
4. Salazar L. Preeclampsia como factor de riesgo para parto con producto inmaduro [Internet]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego - UPAO; 2017 [citado el 20 de enero de 2019]. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2895/1/RE_MED.HUMA LOURDES.SALAZAR_PREECLAMPSIA_DATOS.PDF
5. Balladares F., Chacón V. Prevalencia y factores de riesgo del parto pretérmino en pacientes atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, en el periodo comprendido entre el 1 de

- enero del 2010 al 31 de diciembre del 2014 [Internet]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2016 [citado el 21 de enero de 2019]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25572/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
6. Vilcapoma R. Complicaciones clínicas del embarazo, parto y puerperio en adolescentes Hospital San José 2016 [Internet]. Lima: Universidad San Martín de Porres - USMP; 2016 [citado el 21 de enero de 2019]. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/3480/3/vilcapoma_mr.pdf
 7. Ministerio de Salud. Boletín estadístico de nacimientos Perú: 2015 [Internet]. Lima: MINSA; 2016. [citado el 21 de enero de 2019]. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf
 8. Instituto Nacional Materno Perinatal. El 9,5% de nacimientos en el INMP corresponde a prematuros [Internet]. Lima: INMP; 2015. [citado el 21 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/noticia/el-95-de-nacimientos-en-el-inmp-corresponde-a-prematuros>
 9. Shessira G. Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015 [Internet]. Lima: Universidad Ricardo Palma - URP; 2017 [citado el 22 de enero de 2019]. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/937/1/Guadalupe%20Huam%C3%A1n%20Shessira%20Miluzka_2017.pdf
 10. Espinoza M., Peña J. Factores relacionados con la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Saúl Garrido Rosillo

(Sagaro) II-1 Tumbes 2016 [Internet]. Lima: Universidad Nacional de Tumbes - UNT; 2016 [citado el 22 de setiembre de 2018]. Disponible en:

<http://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/UNITUMBES/76/TESIS%20-%20ESPINOZA%20Y%20PE%C3%91A.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

11. Basualdo P., Ricse J. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en las gestantes del Hospital Emergencias Grau - Lima, durante el período enero del 2014 a diciembre del 2014 [Internet]. Lima: Universidad Nacional del centro del Perú - UNCP; 2015 [citado el 22 de enero de 2019]. Disponible en:

http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/633/TMH_116.pdf?sequence=1&isAllowed=y

12. León E. Incidencia de los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital II-2- Tarapoto, Agosto 2016 – Julio 2017 [Internet]. Lima: Universidad Nacional de San Martín - UNSM; 2017 [citado el 22 de enero de 2019]. Disponible en:

<http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/UNSM/2537/MEDICINA%20-%20Eisnthen%20Le%C3%B3n%20Su%C3%A1rez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

13. Vargas J., Tijerino E. Factores asociados al parto pretérmino en pacientes ingresadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes en el periodo de Julio a Diciembre 2013 [Internet]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua - UNAN; 2015

- [citado el 25 de enero de 2019]. Disponible en:
<http://repositorio.unan.edu.ni/2015/1/63241.pdf>
14. Robles A. Factores sociodemográficos y obstétricos para parto pretérmino en pacientes atendidas en el hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016 [Internet]. Lima: Universidad privada San Juan Bautista - SJB; 2017 [citado el 22 de enero de 2019]. Disponible en:
<http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1216/T-TPMC-Aysa%20Milagros%20Robles%20Bueno.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Sánchez K. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino. Hospital Belén de Trujillo 2012 – 2014 [Internet]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo - UNITRU; 2016 [citado el 22 de enero de 2019]. Disponible en:
<http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/1052>
16. Ahumada M., Alvarado G. Factores de riesgo de parto pretérmino en un hospital 2016. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2016. [citado el 22 de enero de 2019];24(1):1-8. Disponible en:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02750.pdf
17. Patilla R. Factores maternos asociados al parto pretérmino en el Hospital San Juan de Dios Pisco – Perú [Internet]. Huancayo: Universidad peruana Los Andes - UPLA; 2014 [citado el 22 de enero de 2019]. Disponible en:
<http://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/UPLA/101/patilla%20garcia%20rossmery.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Lozada H. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita 2017 [Internet]. Piura: Universidad Nacional de Piura - UNP; 2018 [citado el 22 de enero de 2019]. Disponible en:

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

19. Chira J., Sosa J. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Rev. Salud & Vida Sipanense [Internet]. 2015. [citado el 22 de enero de 2019];2(2)1-12. Disponible en: <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/201>



VARIABLE	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	<p>Edad gestacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menor de 37 semanas - De 37 a 42 semanas - Mayor de 42 semanas <p>Paridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nulípara - Primípara - Multípara <p>Periodo intergenésico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menor a 2 años - Igual o mayor a 2 años <p>Número de controles prenatales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menor a 6 controles - Igual o mayor a 6 controles 	<p>Intervalo</p> <p>Nominal</p> <p>Intervalo</p> <p>Intervalo</p>	<p>Ficha recolectora de datos</p>
PATOLOGÍAS ASOCIADAS DURANTE LA GESTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Preeclampsia (SI/NO) - Diabetes gestacional (SI/NO) - Infección del tracto urinario (SI/NO) - Desprendimiento prematuro de placenta (SI/NO) - Anemia (SI/NO) - Rotura prematura de membranas (SI/NO) 	<p>Nominal</p>	<p>Ficha recolectora de datos</p>

ANEXO 3: AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
HOSPITAL SAN JOSE



"Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"

Callao, 30 de noviembre de 2018

OFICIO N° *2625*-2018-GRC / DE- UADI-HSJ

Srta. PILAR ORTIZ PAUCAR

Asunto: Autorización para Trabajo de Investigación

Presente.-

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarle cordialmente y comunicarle que se ha visto por conveniente autorizar el desarrollo del Trabajo de Investigación titulado "*Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en madres atendidas en el Hospital San José del Callao*".

Sin otro particular, es propicia la oportunidad para reiterarle las muestras de mi consideración y estima personal

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
HOSPITAL SAN JOSE
[Signature]
DRA. LIC. ESTEFANY ORTIZ PAUCAR
Directora Ejecutiva
C.M.P. 14436

PILAR ESTEFANY ORTIZ PAUCAR

[Signature]
DNI: 73507130

ZICDU/CERR/jcldr

www.hsj.gob.pe Jr. Las Magnolias N° 475 – (Alt. Cdra. 4 Av. Faucett)
hospjose@hsj.gob.pe Teléfonos: 3197830 Fax: 3199390
docencia.hsj@gmail.com Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación