



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO
EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL
HIPÓLITO UNANUE, EL AGUSTINO 2018**

PRESENTADA POR
YASMINE HARUMI RODRIGUEZ CACHI

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA

ASESOR

DRA.MIRTHA ELIZABETH MUÑOZ HIDROGO

LIMA, PERÚ

2020



Reconocimiento - No comercial - Compartir igual

CC BY-NC-SA

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



**FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO
UNANUE, EL AGUSTINO 2018**

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

PRESENTADO POR:

YASMINE HARUMI RODRIGUEZ CACHI

ASESORA:

DRA.MIRTHA ELIZABETH MUÑOZ HIDROGO

LIMA, PERÚ

2020

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO
UNANUE, EL AGUSTINO 2018**

ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

Asesor (a): DRA. OBST. MIRTHA ELIZABETH MUÑOZ HIDROGO

Miembros del jurado:

Presidente: Dra. Nelly Irene Moreno Gutiérrez.

Vocal: Mg. Rita Gladys Ebaristo Torres.

Secretaria: Mg. Victoria Del Consuelo Aliaga Bravo.

DEDICATORIA

En primer lugar, al padre eterno por darme vida, vocación hacia esta maravillosa carrera, por estar a mi lado y permitirme cumplir cada anhelo y meta trazada.

A mi familia por haberme acompañado durante esta etapa, y por cada palabra de aliento a perseguir mis sueños.

A mis amados padres, por el incondicional apoyo y confianza depositada desde que decidí emprender este maravilloso camino y por acompañarme en cada paso que decido dar.

AGRADECIMIENTO

A las docentes y autoridades de la escuela profesional de obstetricia-USMP por haberme permitido culminar mis estudios profesionales y haber forjado en mí una profesional de bien; así como también agradecer a cada uno de los extraordinarios docentes, por sus consejos y orientaciones.

A la **Dra. Mirtha E. Muñoz H.**, por haber conducido en forma permanente esta tesis, por su apoyo y amistad que me permitieron aprender mucho más que lo estudiado en esta investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDO

TÍTULO.....	ii
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	x
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MATERIAL Y MÉTODOS	4
2.1. Diseño metodológico.....	4
2.2. Población y muestra.....	4
2.3. Criterios de selección	4
2.4. Técnicas de recolección de datos	5
2.5. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información.....	6
2.6. Aspectos éticos	7
III. RESULTADOS	8
IV. DISCUSIÓN.....	19
V. CONCLUSIONES.....	28
VI. RECOMENDACIONES	29
FUENTES DE INFORMACIÓN	30
VII. ANEXOS.....	35

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factores de riesgo sociodemográficos asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, El agustino-2018.....	8
Tabla 2. Factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, El Agustino - 2018.	
Tabla 2A. Antecedentes reproductivos maternos.....	10
Tabla 2B. Antecedentes patológicos maternos generales.....	12
Tabla 2C. Antecedentes patológicos obstétricos maternos.....	14
Tabla 3. Factores de riesgo ovulares asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, El agustino-2018.....	16
Tabla 4. Frecuencia de partos pretérmino según su clasificación en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. El agustino - 2018.....	18

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, El Agustino 2018. **Metodología:** estudio cuantitativo, diseño descriptivo, corte transversal y retrospectivo. Muestra: 84 casos y 84 controles. **Resultados:** Antecedentes reproductivos maternos: Atención prenatal (APN) inadecuados 34,5% (29) casos y 9,5% (8) controles (OR=5,01 [IC95%:2,13–11,79]). Antecedente de aborto 32,1% (27) casos y 10,7% (9) control (OR=3,95[IC95%:1,72-9,05]). Antecedentes patológicos generales: Preeclampsia (Pe) 22,6% (19) casos y 3,6% (3) controles (OR=7,89[IC 95%:2,24–27,84]). 27,4% (23) casos y 3,6% (3) controles tuvo diabetes (OR=3,58[IC 95%:1,5 –8,57]). Infección tracto urinario (ITU) 15,5% (13) casos y 4,8% (4) controles (OR3,66 [IC 95%:1,14–11,74]). Antecedentes patológicos obstétricos: Corioamnionitis 9,5% (8) casos y 1,2% (1) controles (OR= 8,74 [IC 95%: 1,07 –71,49]). 19% (16) casos y 2,4% (2) controles con parto prematuro previo (OR=9,95 [IC 95%: 2,14 –43,44]). Factores ovulares 25% (21) casos y 8,3% (7) controles con RPM (OR=3,67[IC95% :1,46-9,18]). 14,3% (12) casos y 2,4 (2) controles con placenta previa (OR=6,83[IC 95%:1,48–31,56]).11,9% (10) casos y 1,2% (1) controles cursaron con DPP (OR=11,22 [IC: 95%: 1,40 – 89,7]).

Conclusión: Existen factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, El Agustino 2018.

Palabras Claves: Factores de riesgo, parto pretérmino, embarazada.

ABSTRACT

Objective: To determine the risk factors associated with preterm birth in pregnant women treated at the Hospital Nacional Hipólito Unanue, El Agustino 2018.

Methodology: quantitative study, descriptive design, cross-sectional and retrospective section. Sample: 84 cases and 84 controls. **Results:** Maternal reproductive history:

Inadequate prenatal care (APN) 34.5% (29) cases and 9.5% (8) controls (OR = 5.01 [95% CI: 2.13–11.79]). History of abortion 32.1% (27) cases and 10.7% (9) control (OR = 3.95 [95% CI: 1.72-9.05]). General pathological history: Preeclampsia (Pe) 22.6% (19) cases and 3.6% (3) controls (OR = 7.89 [95% CI: 2.24–27.84]). 27.4% (23) cases and 3.6% (3) controls had diabetes (OR = 3.58 [95% CI: 1.5–8.57]). Urinary tract infection (UTI) 15.5% (13) cases and 4.8% (4) controls (OR 3.66 [95% CI: 1.14–11.74]). Obstetric pathological history: Chorioamnionitis 9.5% (8) cases and 1.2% (1) controls (OR = 8.74 [95% CI: 1.07-71.49]). 19% (16) cases and 2.4% (2) controls with previous preterm birth (OR = 9.95 [95% CI 2.14-43.44]). Ovular factors 25% (21) cases and 8.3% (7) controls with RPM (OR = 3.67 [95% CI: 1.46-9.18]). 14.3% (12) cases and 2.4 (2) controls with placenta previa (OR = 6.83 [95% CI 1.48–31.56]) 11.9% (10) cases and 1 , 2% (1) controls attended with DPP (OR = 11.22 [CI: 95%: 1.40-89.7]).

Conclusion: There are risk factors associated with preterm birth in pregnant women treated at the Hipólito Unanue National Hospital, El Agustino 2018.

Keywords: Risk factors, preterm birth, pregnant.

I. INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, anualmente nacen quince millones antes de que la gestación llegue a las treinta y siete semanas.

El mayor porcentaje se produce en forma natural, en otros casos se producen por la presencia precoz de las contracciones uterinas o por una intervención quirúrgica, por indicaciones médicas o no médicas.

60% de partos pretérminos se presenta en África y Asia meridional, constituye un problema mundial. En naciones con bajos recursos económicos una media del 12% se interrumpe la gestación, a diferencia del 9% en naciones de altos recursos económicos¹.

Escobar B, Gordillo L, y Martínez H., en el año 2016, México, obtuvieron como resultados placenta previa (PP): OR = 10.2 ($p = 0.005$); parto prematuro previo: OR = 10.2 ($p = 0,005$); preeclampsia (Pe): OR = 6.38 ($p = 0.00$); ruptura prematura de membranas (RPM): OR = 4.1 ($p = 0,000$); vaginitis cervical: OR = 3 ($p = 0.000$) e infecciones urinarias (UTI): OR = 1.5 ($p = 0.010$) como factores de riesgo con mayor significación estadística asociados al parto pretérmino².

Alemán K, Dolmuz C., en el año 2015, Nicaragua, obtuvo que las gestantes con menos de cuatro CPN tuvieron 3 veces mayor posibilidad de tener parto prematuro (OR 3.5; IC 2.1-6.2; $p=0.001$). En general se comprueba la hipótesis alternativa, existe muchos determinantes relacionados al parto pretérmino en la población estudiada³.

Para el Ministerio de Salud (MINSa) en el año 2015 ⁴, “La prematuridad es una de las principales causas de mortalidad en menores de cinco años y constituyen factores de riesgo de los nacimientos prematuros, diabetes, hipertensión, la edad de las madres (40 años) y periodo intergenésico corto, entre otros. Durante el 2015, del total de nacidos vivos, 93,5% nacieron a término (37 a 42 semanas), 6,5% nació pretérmino (< 37 semanas) y 0,01% nació Postérmino (>42 semanas)” ⁴.

Guadalupe S., en el Hospital María Auxiliadora, Perú-2017, obtuvo como resultados entre las adolescentes, las mayores de 35 años y las madres solteras tienen mayor probabilidad de tener parto prematuro ($p < 0.5$). El no tener un control prenatal adecuado y el ser múltipara o gran múltipara tiene mayor probabilidad de tener parto prematuro ($p < 0.5$). Entre las patologías que ocasionaron parto prematuro fue la RPM, Pe e ITU ($p < 0.5$) ⁵.

Mayhuasca W, Yurivilca R., en el año 2017, en el Hospital “El Carmen”, Huancayo, obtuvieron que las condiciones siguientes tuvieron resultados significativos, como, el tener un control inadecuado y sin control prenatal con $p = 0,001$ y un OR = 7,3; ITU con $p = 0,001$ y un OR = 6,6 y RPM con $p = 0,012$ y un OR = 4,0. ⁶

Al Hospital Nacional Hipólito Unanue, le correspondió según la proyección para el año 2017 (DIRIS Lima Este) una población de 2'984,669 de habitantes, 51% (1'522,181)

son mujeres y de estas 28.8% corresponden a la edad fértil de 15-49 años Y 4.0% (125,753) son menores de un año ⁷.

Esta investigación contribuirá a enriquecer los conocimientos en obstetricia y a la identificación temprana de los factores, evitando complicaciones en la madre y el recién nacido.

Ante esta situación, se plantea lo siguiente:

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, El Agustino 2018?, el objetivo, Determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, El Agustino 2018 y la hipótesis:

H1: Los factores de riesgo sociodemográficos, maternos y ovulares se asocian al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, El Agustino 2018.

H0: Los factores de riesgo sociodemográficos, maternos y ovulares no se asocian al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, El Agustino 2018.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Diseño metodológico

Estudio cuantitativo, de diseño casos y controles, analítico, transversal y retrospectivo.

2.2. Población y muestra

2.2.1. Población

Incidencia anual 1103 partos pretérminos en el Hospital en estudio -2018.

2.2.2. 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% (Anexo 1).

2.3. Criterios de selección

Criterios de inclusión del grupo caso

- Gestantes de parto pretérmino

Criterios de inclusión del grupo control

- Gestantes a término.

Criterios de exclusión para el grupo caso y grupo control

- Gestantes que hayan tenido óbito fetal o hijo con malformaciones congénitas.

2.4. Técnicas de recolección de datos

Técnica:

El análisis fue documental, porque se obtuvo la información de las historias clínicas.

Instrumento:

Ficha clínica de colecta de información elaborada por la investigadora (Anexo 2).

Conformada por:

- PARTE I: Factores de riesgo sociodemográficos
 - Edad, estado civil y grado de instrucción.
- PARTE II: Factores de riesgo maternos
 - Antecedentes reproductivos: Paridad, aborto, periodo intergenésico y Atención Prenatal (APN).
 - Antecedentes patológicos maternos generales: Infecciones Cérvico vaginales, Infección de tracto urinario (ITU), preeclampsia, diabetes gestacional.
 - Antecedentes patológicos obstétricos: Corioamnionitis, antecedentes de partos pretérminos, anemia.

- PARTE III: Factores de riesgo ovulares
 - RPM, PP Y DPP.
- PARTE IV: Clasificación de parto pretérmino

2.5. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Se realizaron las siguientes etapas:

- Codificación en orden correlativos de fichas de colecta de información del grupo casos y del grupo control
- Primero se crearon cada una de las variables de estudio y como siguiente paso una base de información utilizando el programa estadístico SPSS v 25, se ingresó la información de las fichas de ambos grupos.
- Como siguiente fase, se analizaron los datos, recodificando algunas variables categóricas a variables dicotómicas, donde se le dio el código “1”: en el caso que se cree que favorezca la ocurrencia del evento de interés (parto pretérmino) y el código “2” en el caso contrario (no favorece la ocurrencia del evento. Y de igual forma la codificación de la variable independiente también de forma dicotómica “1” = Casos y “2” = Controles.
- Se realizó el cálculo del Odds Ratio con su respectivo intervalo de confianza al 95%, y las frecuencias absolutas y relativas de tablas cruzadas.

2.6. Aspectos éticos

La investigación fue aprobada por el Comité Institucional de Ética e Investigación del Hospital en estudio.

Las participantes y sus recién nacidos no sufrieron ningún daño, por tratarse de un estudio retrospectivo.

Las fichas clínicas fueron custodiadas sólo por el investigador, las que se guardaron confidencialmente y sólo se utilizó para esta investigación.

Se respetó los derechos de las personas, así como sus decisiones basadas en sus creencias y valores personales. En el presente estudio no se vulneró su autonomía puesto que se trata de una investigación retrospectiva.

Principio de justicia: Consiste a “dar a cada uno lo suyo”. Tratamiento equitativo, como no negar el bien a una persona y distribuir equitativamente los recursos necesarios a cada uno de ellos.

Principio de no maleficencia: No se realizó ningún daño a las personas que participaron en la presente investigación.

Principio de la beneficencia: se beneficiarán las futuras gestantes y sus recién nacidos que correspondan a la jurisdicción del hospital en estudio, puesto que de una a u otra forma los profesionales Obstetras contribuirán con el diagnóstico temprano y el manejo oportuno disminuyendo la frecuencia de partos pretérmino.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Factores de riesgo sociodemográficos asociados al parto pretérmino

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	CASOS		CONTROLES		OR IC al 95%
	N°	%	N°	%	
EDAD MATERNA					
Edad extrema (< =19 y >=35 años)	35	41,7	37	44,0	0,91 [0,49 -1,67]
Edad adulta (20 – 34 años)	49	58,3	47	56,0	
GRADO DE INSTRUCCIÓN					4,30 [1,52-12,23]*
Educación básica	79	94,0	66	78,6	
Educación superior	5	6,0	18	21,4	
ESTADO CIVIL					1,05 [0,57 -1,94]
Sin unión estable	50	59,5	49	58,3	
Unión estable	34	40,5	35	41,7	
TOTAL	84	100	84	100	

• **OR:** Estas dos medidas muestran el grado de asociación que existe entre una enfermedad o condición de interés y cierta exposición

• **IC:** Intervalo de Confianza

* Valor de p <0.05

Fuente: Elaboración propia

Tabla 1, muestra 41.7% (35) de casos y 44% (37) de los controles fueron mujeres en edades extremas; y para la edad adulta resultó el 58,3% (49) de casos y 56% (47) de los controles.

Para el grado de instrucción, de los casos evaluados, el 94,0% (79) tuvo una educación básica y 6% (5) educación superior. Para los controles el 78,6 % (66) accedieron a una educación de nivel primario - secundario y el 21,4%(18) instrucción técnica y/o universitario.

En relación al estado civil, para los casos 59.5% (50) fueron féminas sin una unión estable y 40,5 (34) contaban con una unión estable. Sin embargo, para los controles el 58,3% (49) eran madres carentes de apoyo por parte de sus parejas y el 41,7% (35) tenían el apoyo permanente de sus parejas.

Tabla 2A. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino

ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS MATERNOS	CASOS		CONTROLES		OR IC al 95%
	N°	%	N°	%	
PARIDAD					
Primípara	47	56,0	75	89,3	0,15 [0,07 –0,34]*
Múltipara/Gran múltipara	37	44,0	9	10,7	
ABORTO					
Presenta	27	32,1	9	10,7	3,95 [1,72 –9,05]*
No presenta	57	67,9	75	89,3	
PERIODO INTERGENÉSICO (PI)					
PI corto	19	22,6	5	6,0	4,62 [1,64 –13,05]*
PI adecuado	65	77,4	79	94,0	
ATENCIÓN PRENATAL					
Menor de 6	29	34,5	8	9,5	5,01 [2,13 –11,79]*
Mayor igual de 6	55	65,5	76	90,5	
TOTAL	84	100	84	100	

• **OR:** Estas dos medidas muestran el grado de asociación que existe entre una enfermedad o condición de interés y cierta exposición

• **IC:** Intervalo de Confianza

* Valor de p <0.05

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2A, para casos 56% (47) fueron primíparas y 44% (37) fueron multíparas y/o gran multíparas. Para los controles, el 89,2% (75) tuvieron su parto por primera vez y el 10,7% (9) fueron nuevamente madres. Obteniéndose un OR = 0,15 [IC:95%, 0,07 – 0,34].

Respecto al aborto, para los casos se obtuvo que 32,1% (27) cursó con esta morbilidad anteriormente y 67,9% (57) no cursaron con ella. Para los controles el 10,7% (9) presento este antecedente mórbido y 89,3 (75) no lo presento, resultando un OR=3.95 [IC 95%: 1,72-9,05].

En relación al periodo intergenésico, para los casos el 22,6% (19) tuvieron un periodo intergenésico corto y 77,4%(65) presento un PI adecuado. Para los controles 6,0% (5) presentaron PI menor de 3 años y 94% (6) tuvieron un periodo intergenésico mayor a 3 años; evidenciándose un OR= 4,62 [IC 95%: 1,64 – 13,05].

Respecto a la atención prenatal, en los casos estudiados se obtuvo 34,5% (29) fueron gestantes con APN insuficientes y 65,5% (55) fueron gestantes controladas. Para el grupo control 9,5% (8) fueron gestantes no controladas y 90.5 (76) fueron gestantes con más de 6 controles; resultando un OR= 5,01 [IC 95%: 2,13 –11,79].

Tabla 2B. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS MATERNOS GENERALES	CASOS		CONTROLES		OR IC al 95%
	Nº	%	Nº	%	
INFECCIÓN CÉRVICO VAGINAL					
Presenta	20	23,8	8	9,5	2,97 [1,23 –7,19]*
No presenta	64	76,2	76	90,5	
ITU					
Presenta	13	15,5	4	4,8	3,66 [1,14 –11,74]*
No presenta	71	84,5	80	95,2	
PREECLAMPSIA					
Presenta	19	22,6	3	3,6	7,89 [2,24 –27,84]*
No presenta	65	77,4	65	96,4	
DIABETES GESTACIONAL					
Presenta	23	27,4	3	3,6	3,58 [1,50 –8,57]*
No presenta	61	72,6	81	97,6	
TOTAL	84	100	84	100	

• **OR:** Estas dos medidas muestran el grado de asociación que existe entre una enfermedad o condición de interés y cierta exposición

• **IC:** Intervalo de Confianza

* Valor de $p < 0.05$

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2B, los casos, 23,8% (20) cursaron con infecciones cérvico vaginal y 76,2 (64) no lo presentaron. Para los controles el 9,5% (8) presentaron esta infección mientras el 90.5 (76) no lo presenciaron; resultando un OR 2,97 [IC 95%: 1,23 –7,19].

EL grupo casos 15,5% (13) cursaron con ITU y 84,5 (71) no presentaron este antecedente. Para los controles 4,8% (4) presentaron este factor y 95,2 (80) no presentaron este tipo de infección; obteniéndose un OR= 3,66 [IC 95%: 1,14 –11,74].

Para la Preeclampsia, en el grupo casos el 22,6% (19) presentaron esta morbilidad y 77,4 (65) no lo presentaron. Para los controles el 3,6% (3) cursaron con dicha patología, mientras el 96.4(65) no lo padecieron; obteniendo un OR= 7,89 [IC 95%: 2,24 –27,84].

En relación a la Diabetes, para los casos el 27,4% (23) presentaron esta enfermedad metabólica y 72,6 (61) no la presentaron. Para el grupo control 3,6% (3) cursaron con diabetes; observándose un OR= 3,58 [IC 95%: 2,24 –27,84].

Tabla 2C. Factores de riesgo materno asociados de parto pretérmino

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS OBSTÉTRICOS MATERNOS	CASOS		CONTROLES		OR IC al 95%
	N°	%	N°	%	
CORIOAMNIONITIS					
Presenta	8	9,5	1	1,2	8,74 [1,07 –71,49]*
No presenta	76	90,5	83	98,8	
ANTECEDENTES PARTOS PRETÉRMINOS					
Presenta	16	19,0	2	2,4	9,95 [2,14 –43,44]*
No presenta	68	81,0	82	97,6	
ANEMIA					
Presenta	19	22,6	4	4,8	5,85 [1,90 –18,04]*
No presenta	65	77,4	80	95,2	
TOTAL	84	100	84	100	

• **OR:** Estas dos medidas muestran el grado de asociación que existe entre una enfermedad o condición de interés y cierta exposición

• **IC:** Intervalo de Confianza

* Valor de p <0.05

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2C, muestra para el grupo de casos evaluados que 9,5% (8) cursaron con Corioamnionitis durante su gestación actual y 90,5 % (76) no lo presentaron. Para los controles el 1,2% (1) presentaron este factor y 98,8 (83) no lo presentaron; resultando un OR= 8,74 [IC 95%: 1,07 –71,49].

El antecedente de parto pretérmino, se obtuvo como resultados, para los casos que 19,0% (16) cursaron con este antecedente y 81% (68) no lo presentaron. Para los controles, el 2,4% (2) presentaron este factor y el 97,6 (82) no cursaron con ella; observándose un OR=9,95 [IC 95%: 2,14 –43,44].

Respecto a la anemia, para los casos evaluados se obtuvo que un 22,6% (19) presentaron anemia y 77,4(65) no lo presentaron. Para los controles, el 4,8% (4) tuvieron este antecedente mórbido, mientras el 95,2(80) no cursaron con ella; obteniéndose un OR=5,85 [IC 95%: 1,90 –18,04].

TABLA 3. Factores de riesgo ovulares asociados al parto pretérmino

FACTORES OVULARES	CASOS		CONTROLES		OR IC al 95%
	N°	%	N°	%	
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS					
Presenta	21	25,0	7	8,3	3,67 [1,46 -9,18]*
No presenta	63	75,0	77	91,7	
PLACENTA PREVIA					
Presenta	12	14,3	2	2,4	6,83 [1,48 -31,56]*
No presenta	72	85,7	82	97,6	
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA					
Presenta	10	11,9	1	1,2	11,22 [1,40 -89,7]*
No presenta	74	88,1	83	98,8	
TOTAL	84	100	84	100	

• OR: Estas dos medidas muestran el grado de asociación que existe entre una enfermedad o condición de interés y cierta exposición

• IC: Intervalo de Confianza

* Valor de p <0.05

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3, expone para los casos, que 25% (21) presentaron RPM y 75% (63) no lo presento. Para el grupo control, 8,3% (7) cursaron con esta complicación, caso contrario en 91,6 (82) del grupo de estudio; observándose un OR= 3,67 [IC 95% :1,46 -9,18].

Para la placenta previa, en el grupo casos el 14,3% (12) presentó esta complicación y 85,7(72) no lo presento. Para los controles 2,4 (2) cursaron con esta patología y 97,6% (82) no curso con ella. Por lo que resultó un OR =6,83 [IC 95% :1,48 - 31,56] para este factor.

Respecto al Desprendimiento prematuro de placenta (DPP), para los casos se muestra que 11,9% (10) cursaron con esta patología obstétrica y 88,1% (74) no lo presentaron. Para el grupo control, 1,2% (1) afrontó este factor y 98,8% (83) no lo padeció. Por lo que se obtuvo un OR=11,22 [IC: 95%: 1,40 – 89,7].

Tabla 4. Frecuencia de partos pretérmino según su clasificación

CLASIFICACIÓN DE PARTO PRETÉRMINO	N°	%
Prematuros extremos (<28 semanas)	2	2,4
Muy prematuros (28 a 31,6 semanas)	6	7,1
Prematuros moderados (32 a 33,6 semanas)	24	28,6
Prematuros tardíos (34 a 36,6 semanas)	52	61,9
TOTAL	84	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4, muestra la clasificación de partos pretérminos evaluados en los casos, donde se evidencia que se presentó en mayor cantidad lo prematuros tardíos.

IV. DISCUSIÓN

Tabla 1. Expone los factores sociodemográficos, donde se obtuvo 41.7% (35) de los casos y 44% (37) de los controles fueron mujeres en edades extremas, resultando un OR= 0,91 [IC: 95% 0,49 -1,67], la edad de la madre no fue determinante. Carnero⁸, también encontró que la edad de la madre no tenía significancia estadística (P=0.4769). Igualmente, Retureta, Rojas y Retureta⁹, obtuvieron iguales resultados.

Se evidenció que 94,0% (79) de los casos y 78,6 % (66) de los controles accedieron a una educación básica, obteniéndose OR= 4,30 [IC: 95% 1,52 – 12,23], lo que significa las mujeres con menor nivel educativo tuvieron 4 veces mayor probabilidad de un nacimiento prematuro. Pudiendo ser consecuencia de una errada y/o carente información impartidas en su etapa escolar. De la misma manera, Cornejo¹⁵, obtuvo OR=3,5 [IC: 95% 1,60 – 2,20], por lo que establece relación entre el nivel de instrucción y el término de una gestación prematura. Sin embargo, Condezo¹⁰, obtuvo un resultado contrario.

Respecto al estado civil, resultó que más de la mitad de las mujeres de los casos 59,6 %(50) y 58.4% (49) de los controles, eran madres carentes de una unión estable, es decir no tenían el apoyo permanente por parte de sus parejas, resultando un OR= 1,05 [IC:95% 0,57 -1,94]. Para Vilchez¹², tampoco existe diferencias significativas entre las

categorías de estado civil y parto menor a las 36 semanas ($p=0.613$) con un OR 0.7; [IC: 95% 0.3 – 1.2].

Tabla 2A. Exponen antecedentes reproductivos maternos, evidenciándose que 56% (47) de los casos y 89,2% (75) de los controles fueron gestantes primíparas, con OR: 0,15 [IC 95% 0,07 – 0,34], por lo que, en este estudio, el tener un parto por primera vez es un factor protector. Sin embargo, Guadalupe⁵, en su investigación obtuvo OR: 2,64, dando a conocer que el ser múltipara incrementa el riesgo de presentar un parto pretérmino, debido a que en algunos casos la anatomía y fisiología femenina no se han restablecido por completo, acentuando aún más dicha consecuencia cuando se evidencia un periodo intergenésico corto.

Respecto al aborto, 32,1% (27) de los casos y 10,7% (9) de los controles presentaron este antecedente mórbido, obteniéndose un OR=3.95 [IC 95%: 1,72-9,05], lo cual significó que las mujeres que tuvieron un antecedente de aborto, presentaron 3 veces mayor probabilidad de terminar la gestación con recién nacido prematuro en el siguiente embarazo. Ya que el cursar con este tipo de antecedente da lugar a que la cavidad uterina sea removida, en mucho de los casos mediante un legrado uterino, por lo que se ocasiona daño a nivel de la matriz y cérvix uterino, favoreciendo posteriormente la aparición de un parto prematuro. Sin embargo, Vílchez¹² encontró 16.7% (n=15) de casos que tuvo 3 o más abortos. En los controles, 16.7% (n=14) tuvo 3 o más abortos y 83.3% (n=66) menor de 3,35 abortos, por lo que no encontró discrepancia significativa ($p=0.98$) ni aumentó la probabilidad de tener un recién nacido prematuro (OR 0.9; IC 95% 0.2-1.3). Ordoñez¹³, en su estudio pudo establecer que 81% no tuvieron abortos previos y 19% sí.

En relación al periodo intergenésico, 22,6% (19) y 6,0% (5) de ambos grupos tuvieron periodo intergenésico corto, resultando un OR= 4,62 [IC 95%: 1,64 – 13,05], lo cual indica que las mujeres que tuvieron este antecedente reproductivo, presentó 4 veces mayor probabilidad de tener un recién nacido prematuro. En una gestación con intervalo de tiempo menor de 3 años, no da la posibilidad al organismo de recuperarse y/o regenerarse de los cambios anatómicos, fisiológicos y psicológicos del anterior embarazo, por lo que éste podría desencadenar un parto pretérmino en el futuro embarazo. Concuera con ello Taipei¹⁹ quien obtuvo un OR: 2,54 para este antecedente.

Para la atención prenatal se halló, 34,5% (29) de los casos y 9,5 % (8) de los controles tuvieron atención prenatal (APN) insuficientes o menor a las 6 consultas prenatales, resultando un OR= 5,01 [IC 95%: 2,13 –11,79], la gestante con un CPN inadecuado tiene 5 veces mayor probabilidad de tener un parto prematuro, que las gestantes del grupo control. Lo cual se le atribuye a que este tipo de atención, brinda información y orienta a toda gestante y familiares al reconocimiento oportuno de signos de alarma de las diversas patologías asociadas al embarazo y que como consecuencia afectan la morbilidad materna y perinatal, sin embargo, una vez identificada ayudaría a tomar las medidas necesarias para prevenir el parto pretérmino. Concuera con ello, Cornejo¹⁵, quien obtuvo como resultados, que las madres que tuvieron ≤ 5 CPN presentaron 2,6 veces mayor probabilidad de tener un recién nacido pretérmino a diferencia de las que tuvieron 6 o más CPN, siendo estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

Tabla 2B. Referida a la morbilidad presentada durante el embarazo, se pudo evidenciar que, 23,8% (20) de los casos y 9,5% (8) de los controles cursaron con infección cérvico vaginal, obteniendo un OR 2,97 [IC 95%: 1,23 –7,19], lo cual significa que las mujeres que presentaron esta patología, tuvieron 2 veces más de probabilidad de tener un recién nacido prematuro en el embarazo actual. En muchas ocasiones las infecciones cérvico – vaginales E ITU, fueron hallazgos en segundo lugar a los resultados de laboratorio complementario realizado al verdadero motivo de consulta; siendo la candidiasis vaginal la patología con mayor frecuencia durante la gestación, que conduce a una alteración del pH vaginal, lo cual condiciona a una mayor proliferación de microorganismo en la zona genital, pudiendo conducir a una ITU. Resultado similar a lo encontrado por Alarcón¹⁴, quien obtuvo como resultado que 48.1% del grupo caso presentó infección vaginal, mayor al 27.8% del grupo control.

Respecto a la ITU, 15,5% (13) de los casos y 4,8% (4) de los controles presentaron este tipo de infección, obteniéndose un OR= 3,66 [IC 95%: 1,14 –11,74], donde la probabilidad de tener un parto prematuro fue 3 veces mayor en las mujeres que cursaron con esta patología comparación a las que no tuvieron esta morbilidad. Una infección urinaria mal tratada, desencadena en muchas ocasiones la hipertermia, lo cual da lugar a que se genere en el organismo materno una mayor cantidad de prostaglandinas, lo cual conlleva a que las contracciones uterinas se presenten de maneras precoz y consecutivamente, pudiendo así conducir a un parto pretérmino si no se toman las medidas preventivas adecuadas. Asimismo, Orbegoso¹¹, obtuvo que la ITU fue un determinante importante, con razón de momios de 6,303 IC 95% (2,6-

15,25). Sin embargo, para Cornejo¹⁵ ésta morbilidad resulto con OR:0,86, lo que significa que no es un determinante importante para el parto prematuro.

Para la Preeclampsia, 22,6% (19) de los casos y 3,6% (3) de los controles cursaron con dicha patología, observándose un OR= 7,89 [IC 95%: 2,24 –27,84], lo que significa que las mujeres que tuvieron esta morbilidad tuvieron 7 veces mayores probabilidades de tener un recién nacido prematuro en la actual gestación. Esta asociación se debe a la dificultad de la placenta para transportar una cantidad de oxígeno adecuado al feto, por lo que esta disminución podría conllevar a alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal y por ende ser indicativo de culminar la gestación lo más pronto posible. Concuera con esta asociación el autor Guadalupe⁴, quien halló para esta patología un OR: 2,62 [IC95% 1,35 – 5,07]. También Ornetá¹⁶, halló un OR de 2.12, lo cual manifiesta que la presencia de preeclampsia ocasiona dos veces mayor probabilidad de tener parto prematuro, donde 67% de las gestantes tiene probabilidad con preeclampsia presenten un parto pretérmino en su embarazo.

En relación a la Diabetes, 27,4% (23) de los casos y 3,6% (3) de los controles presentaron esta patología, resultando un OR= 3,58 [IC 95%: 2,24 –27,84], lo cual significa que la presencia de esta enfermedad durante el embarazo tiene 3 veces mayor probabilidad de tener un recién nacido prematuro. Considerando que el cambio abrupto en relación al abastecimiento nutricional y funcional por parte del organismo materno hacia el feto, da lugar a que algunas de las hormonas (proinsulina, insulina y glucagón) no cumplan un función adecuada y oportuna en el mantenimiento funcional hormono dependiente materno-fetal. Concluye de la misma manera Guadalupe⁴, obteniendo para esta patología OR: 2,01 [IC 95%: 0.181 – 22.347]. Caso contrario a lo

encontrado por Alarcón ¹⁴, quien obtuvo que la diabetes ($p=0.153$), Pe ($p=0.184$), DPP ($p=0.079$) e ITU ($p=1.00$) no se relacionaron al parto prematuro.

Tabla 2C, referida a los antecedentes obstétricos, se pudo evidenciar que 9,5% (8) y 1,2% (1) de ambos grupos tuvieron Corioamnionitis, con un OR= 8,74 [IC 95%: 1,07 – 71,49], quiere decir que las gestantes que presentaron esta patología tuvieron 8 veces mayor probabilidad de tener un recién nacido prematuro. La presencia de ésta problemática es probablemente a consecuencia de una RPM prolongada, por lo que se enfatiza la importancia de las APN para la identificación oportuna de estos signos.

En relación al antecedente de parto pretérmino, se evidenció que 19,0% (16) de los casos y 2,4% (2) de los controles cursaron con este antecedente, observándose un OR=9,95 [IC 95%: 2,14 – 43,44], quiere decir que la presencia de un parto prematuro previo originó 9 veces mayor probabilidad de que el embarazo finalizará antes de las 37 semanas. Probablemente, debido a que los cambios hormonales de la gestación actual, dan lugar a que progrese el “recuerdo” del embarazo anterior, así también acentuando la presencia de este factor es el de presentar un periodo intergenésico corto (<3 años). Concuerdan con ello los investigadores Rodríguez, et al.¹⁷, evidenciando asociación significativa (valor $p=0,0048$; OR=7,0345) entre la presencia de un parto pretérmino previo y parto pretérmino. A diferencia de Balladares y Chacón¹⁸, quienes no encontraron asociación entre este antecedente y el parto pretérmino.

Respecto a la anemia, 22,6% (19) de los casos y 4,8% (4) de los controles presentaron este antecedente, observándose un OR=5,85 [IC 95%: 1,90 – 18,04], quiere decir que las gestantes que tuvieron este antecedente presentaron 5 veces mayor probabilidad

de tener un recién nacido prematuro. Esto podría responder al déficit inmunológico, que condicionaría a la adquisición de enfermedades oportunistas que podrían complicar y/o precipitar el parto. Ornetá¹⁶, en su estudio encontró un OR:7,03, resultado mayor al obtenido en el presente estudio. Caso contrario a lo encontrado por los investigadores Vilchez¹² y Balladares y Chacón¹⁸, quienes no evidencian una asociación significativa en entre esta patología y el parto pretérmino.

Tabla 3. Expone los factores ovulares, donde muestra que 25,0% (21) de los casos y 8,3% (7) de los controles presentaron RPM, resultando un OR= 3,67 [IC 95% :1,46 - 9,18], lo cual significa que las gestantes que presentaron RPM tuvieron 3 veces mayor probabilidad de tener un recién nacido prematuro. Esta asociación es atribuida a la presencia de enzimas (proteasas), que conducen al debilitamiento de las membranas ovulares, lo cual conlleva a su ruptura precozmente en la mayoría de los casos. Así mismo Alarcón¹⁴, en su investigación observó OR: 5.74 [IC: 1.78 – 18.49], concordando con la presencia de una asociación significativa. Caso contrario a lo encontrado por Balladares y Chacón¹⁸, refiere que 13,3% de gestantes tuvieron RPM, a diferencia que 60,8 %, no presentó alguna enfermedad durante su embarazo.

Para la placenta previa, 14,3% (12) y 2,4 (2) de ambos grupos respectivamente presentaron esta patología, obteniendo OR =6,83 [IC 95% :1,48 - 31,56], quiere decir que las gestantes que presentaron esta morbilidad, tuvieron 6 veces mayor probabilidad de presentar un parto inferior a 36 semanas. En muchos de los casos esto puede suscitar a consecuencia de lo abortos consecutivos y/o un inadecuado periodo intergenésico, ya que, debido al daño de la matriz uterina, el endometrio no ha tenido

el suficiente tiempo para regenerarse, lo cual podría dar lugar a implantaciones inadecuadas, entre ellas implantación baja de placenta, placenta previa total, parcial y/o marginal. También, Escobar, Gordillo y Martínez², encontraron relación, obteniendo una razón de momios de 10.2 ($p = 0.005$);

Respecto al DPP como determinante importante, se evidenció que 11,9% (10) y 1,2% (1) de ambos grupos respectivamente presentaron esta patología obstétrica, observándose un $OR=11,22$ [IC: 95%: 1,40 – 89,7], lo cual significa que las mujeres que presentaron esta patología, tuvieron 11 veces mayores probabilidades de tener un recién nacido prematuro. Considerando que un cambio abrupto de la intensidad del flujo sanguíneo, puede ocasionar la formación de un hematoma retroplacentario, lo cual desencadenaría la presencia de este factor. También Cornejo¹⁵, muestra como factores estadísticamente significativos: RPM con $OR: 1,47$, Controles prenatales insuficientes con $OR: 2,6$ y parto prematuro previo con $OR: 1,09$. Caso contrario a lo encontrado por Taipe¹⁹, quien obtuvo en su investigación, 72.8% (83) de mujeres con parto pretérmino moderados a tardíos, de ellas 71.9% (82) no tuvieron DPP, y 0.9%(1) si presentó. 21,9% (25) presentaron partos muy prematuros, de las cuales 20.2 % (23) no tuvieron DPP y 1.8%(2) si presentaron. 5.3%(6) con partos prematuros extremos, 5,3%(6) no tuvieron DPP, dando a conocer que éste no presenta relación con el parto pretérmino. De la misma manera Ornetá¹⁶, observó estadísticamente que el DPP no es determinante importante tener un recién nacido menor de 37 semanas pues obtuvo un OR de 0.97.

Tabla 4. Muestra la clasificación de partos pretérmino evaluados en los casos. donde se evidencia que 2,4% (2) corresponde a una gestación < a 28 semanas (prematuros

extremos); 7,1% (6), entre 28 y 31,6 sem. (muy prematuros); 28,6% (24), 32 a 33,6 sem. (prematuros moderados) y 61,9% (52) corresponde a 34 - 36,6 sem. (prematuros tardíos). La mayor cantidad de los neonatos nacidos como prematuros tardíos, puede responder, a que el personal de salud una vez identificadas los determinantes importantes maternos, maximizaron medidas de prevención en parto pretérmino. Datos similares fueron encontrados por el autor Carnero ⁸, quien refiere que, en la adquisición de la información, 150 presentaron partos prematuros (33.3%); de ellos, 118 (79%), fueron tardíos a moderados 24 (16%) muy prematuros y 8 (5%) extremadamente prematuros. De la misma manera, Taipe¹⁹, en su investigación durante 2018, expone 114 casos de parto prematuro, 72.8% (83) tuvieron parto prematuro moderados a tardíos, 21,9% (25) con parto muy prematuros y 5.3%(6) partos prematuros extremos. Lozada²⁰, en su estudio, 2017, realizado en el Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes-Paita, encontró 22,57% (86) casos de partos prematuros, 1,16% (1) prematuro extremo, 6,97% (6) muy prematuros, 10,46% (9) prematuros moderados y 70 (81,39%) tardíos.

V. CONCLUSIONES

- Se identificó que el grado de instrucción OR= 4,30, resultó ser un determinante importante para parto prematuro.
- En relación a los antecedentes reproductivos se concluyó, que las atenciones prenatales (APN) con OR= 5,01, aborto con OR=3.95 y el periodo intergenésico con OR= 4,62 presentan mayor significancia estadística asociadas a parto pretérmino. Para los antecedentes patológicos generales, la preeclampsia con OR= 7,89, diabetes gestacional con OR= 3,58 resultaron ser las morbilidades con mayor significación estadística. Respecto a Las complicaciones, se concluyó que el haber tenido un parto prematuro previo con OR=9,95 y la Corioamnionitis son factores con mayor asociación estadística para tener un recién nacido prematuro.
- Se identificó alta asociación significativa con la presencia de DPP con OR= 11,22 y PP con OR =6,83.
- La clasificación de parto pretérmino evidencia que 2 correspondió Al embarazo < 28 sem. (prematuros extremos); 6, entre 28 y 31,6 sem. (muy prematuros); 24, 32 a 33,6 sem. (prematuros moderados) y 52, corresponde a 34 - 36,6 sem. de edad gestacional (prematuros tardíos).

VI. RECOMENDACIONES

A Obstetras:

- Promocionar la importancia de los controles prenatales, ya que esto permitirá identificar oportunamente factores de riesgos, con los cuales podríamos prevenir y/o tratar el parto pretérmino oportunamente.
- Sensibilizar a cada una de las gestantes sobre las consecuencias, a corto, mediano y largo plazo para el recién nacido prematuro.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Nacimientos prematuros [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 19 de febrero del 2018 [citado el 26 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. Escobar B., Gordillo L., Martínez H. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. Rev. Méd inst Méx seg soc [Internet]. 2016 [citado el 29 de febrero de 2019]; 55(4): 424-428. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4577/457751260004/html/index.html>.
3. Alemán K, Dolmuz C. Principales factores de riesgo asociados a parto pretérmino de 28 a 36 6/7 SG, en pacientes atendidas en el Hospital Berta Calderón Roque, de julio 2014 a junio 2015[Internet]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – UNAN; 2015 [citado el 29 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/53103665.pdf>.
4. Boletín estadístico de nacimientos Perú: 2015 [Internet]. Lima: MINSA; 2016 [citado el 26 de febrero de 2019]. Disponible en: <ftp2.minsa.gob.pe> › descargas › ogei › CNV › Boletin_CNV_16
5. Guadalupe S., Oshiro S. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora

- durante el año 2015. Rev. Fac. Med. Hum [Internet]. 2017 [citado el 29 de febrero de 2019] ;17(1):32-42. Disponible en: http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/1072/Shessira_Guadalupe.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
6. Mayhuasca W, Yurivilca R. Factores de riesgo del parto pretérmino en primigestas en el hospital regional docente materno infantil “El Carmen”, periodo 2015-2016” [Internet]. Huancayo: Universidad Nacional del centro del Perú – UNCP; 2016 [citado el 29 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/1551/FACTORES%20E%20RIESGO%20DEL%20PARTO%20PRET%C3%89RMINO%20EN%20PRIMIGESTAS%20EN%20EL%20HOSPITAL%20REGIONAL%20DOCENTE%20MATERNO%20IN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
 7. Análisis situacional de salud hospitalario 2018 [Internet]. Lima: Hospital Nacional Hipólito Unanue; actualizado 30 de octubre del 2018 [citado el 25 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/Inicio/wp-content/uploads/2016/04/ASIS-HNHU-2017.pdf>.
 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 [Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos – UNMSM; 2016 [citado el 29 de febrero de 2019]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4712/Carnero_cy.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
 9. Retureta S., Rojas L., Retureta M. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. Medisur [Internet]. 2015 [citado el 29 de

febrero de 2019]; 13(4): 517-525. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000400008&lng=es.

10. Condezo N. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha – Ucayali del periodo de enero a diciembre del 2015 [Internet]. Huánuco: Universidad de Huánuco – UDH; 2019 [citado el 29 de febrero de 2019]. Disponible en: repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1799/CONDEZO%20GUE RRA%2c%20Natali%20Elizabeth.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
11. Orbegoso Z. Infección del tracto urinario como factor de riesgo asociado al desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes que acuden al Hospital Nacional Hipólito Unanue, entre Julio y Setiembre del 2015 [Internet]. Lima: Universidad Ricardo Palma – URP; 2016 [citado el 29 de febrero de 2019]. Disponible en: http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/570/Orbegoso_z.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. Vilchez A. Factores de riesgo de parto pretérmino: Un estudio caso-control con mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Alemán [Internet]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – UNAN; 2016 [citado el 09 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/3143/>
13. Ordoñez V. Factores y marcadores de riesgo del parto pretérmino en las gestantes adolescentes y mayores de 35 años atendidas en el Hospital Teófilo Dávila [Internet]. Machala: Universidad Técnica de Machala- UTM; 2014 [citado el 29 de febrero de 2019]. Disponible en:

<http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/387/7/CD00092->

TESIS.pdf.

14. Alarcón J. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes, Hospital Nacional Docente Madre - Niño San Bartolomé [Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos – UNMSM; 2017 [citado el 29 de febrero de 2019]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6436/Alarcon_cj.pdf?sequence=2&isAllowed=y.
15. Cornejo A. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del hospital Vitarte durante el año 2016. [Internet]. Lima: Universidad Ricardo Palma – URP; 2018 [citado el 29 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1382/ACORNEJO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Ornetá G. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del hospital Tingo María, enero a diciembre del 2016 [Internet]. Huánuco: Universidad de Huánuco – UDH; 2017 [citado el 29 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://distancia.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/762/ORNETA%20MEZA%2c%20GLENNY%20LORENA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
17. Rodríguez D., et al. Factores de riesgo maternos asociados a parto pretérmino: un estudio multicéntrico. Trujillo metropolitano, 2011–2013. UCV - Scientia [Internet]. 2014 [citado el 29 de febrero de 2019]; 6 (2): 143 – 147. Disponible en: <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/UCV-SCIENTIA/article/view/134/62>.

18. 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 – UDC; 2016 [citado el 29 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/25572/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>.
19. Taípe A. Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en gestantes del servicio Gineco-obstetricia del hospital regional de Ayacucho enero - junio 2018 [Internet]. Puno: Universidad Nacional del Antiplano – UNA; 2018 [citado el 29 de febrero de 2019]. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/8997/Taípe_Huaman_Alex.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
20. Lozada H. Factores de riesgo para el 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 29 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1187/CIE-LOZ-ARE-18.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

VII. ANEXOS

ANEXO 1: OBTENCIÓN DE MUESTRA

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

Dónde:

$Z_{1-\alpha/2} = 1.96$ (95% de confiabilidad o nivel de confianza)

$Z_{1-\beta} = 0.84$ (potencia de prueba de 80%)

p_1 = Proporción de casos expuestos al factor de riesgo

p_2 = Proporción de controles expuestos al factor de riesgo

$p = (p_1 + p_2) / 2$

De esto obtenemos el valor de p_2

$$P_1 = \frac{wP_2}{(1 - P_2) + wP_2} = 0.10 = \frac{2 \times P_2}{(1 - P_2) + 2 \times P_2}$$

Odds ratio previsto (w) = 2

Frecuencia de exposición de los casos = $p_1 = 10\% = 0.10^{(*)}$

* Según Instituto Nacional Materno Perinatal se ha registrado 10% anual de Partos Pretérmino.

De esta ecuación obtenemos el valor de:

$$P_2 = 0.05$$

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

$$p = 0.075$$

Reemplazando en la fórmula:

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

$$n = \frac{[1.96 \sqrt{2(0.075)(1-0.075)} + 0.84 \sqrt{0.10(1-0.10) + 0.05(1-0.05)}]^2}{(0.10 - 0.05)^2}$$

n= 84 casos y 84 controles

*Incidencia anual 1103 de partos pretérminos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

ANEXO 2: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES

ID: _____

1. FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS:

Edad	
Edad extrema	
Edad adulta	

Grado de instrucción	
Educación básica	
Educación superior	

Estado civil	
Sin unión estable	
Con unión estable	

2.- FACTORES MATERNOS:

Antecedentes reproductivos maternos:

Paridad	
Primípara	
Múltipara/Gran Múltipara	

Aborto	
Presenta	
No presenta	

Periodo intergenésico	
<3 años	
>=3 años	

Atención prenatal	
No controlada (<6 ATP)	
Controlada (6 a +)	

Antecedentes patológicos maternos generales:

Infección cérvico vaginales	
Presenta	
No presenta	

ITU	
Presenta	
No presenta	

Preeclampsia	
Presenta	
No presenta	

Diabetes gestacional	
Presenta	
No presenta	

Antecedentes patológicos obstétricos maternos:

Corioamnionitis	
Presenta	
No presenta	

Partos pretérmino	
Presenta	
No presenta	

Anemia	
Presenta	
No presenta	

3.- FACTORES OVULARES:

Ruptura prematura de membrana	
Presenta	
No presenta	

Placenta previa	
Presenta	
No presenta	

Desprendimiento prematuro de placenta	
Presenta	
No presenta	

4.- CLASIFICACIÓN DE PARTO PRETÉRMINO

Clasificación de parto pretérmino	
Prematuros extremos (<28 semanas)	
Muy prematuros (28 a 31,6 semanas)	
Prematuros moderados (32 a 33,6 semanas)	
Prematuros tardíos (34 a 36,6 semanas)	

ANEXO 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA

VARIABLE	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
VARIABLE INDEPENDIENTE Factores de riesgo asociados	-Factores de riesgo sociodemográficos Edad materna <ul style="list-style-type: none"> - Edad extrema (<=19 y > =35 años) - Edad adulta (20 – 34 años) 	Intervalo	Ficha de recolección de datos. Historia clínica
	Grado de instrucción <ul style="list-style-type: none"> - Educación básica - Educación superior 	Nominal	
	Estado civil <ul style="list-style-type: none"> - Sin unión estable - Con unión estable 	Nominal	
	-Factores maternos <u>Antecedente reproductivo materno:</u> Paridad <ul style="list-style-type: none"> - Primípara - Multípara/ gran multípara 	Nominal	
	Aborto <ul style="list-style-type: none"> - Presenta - No presenta 	Nominal	
	Periodo intergenesico <ul style="list-style-type: none"> - PI corto - PI adecuada 	Nominal	
	Atención prenatal. <ul style="list-style-type: none"> - No controlada (<6 ATP) - Controlada (6 a +) 	Intervalo	
	<u>Antecedentes patológicos maternos:</u> Infecciones cérvico vaginales <ul style="list-style-type: none"> - Presenta - No presenta 	Nominal	
	Infección de tracto urinario <ul style="list-style-type: none"> - Presenta - No presenta 	Nominal	
	Preeclampsia <ul style="list-style-type: none"> - Presenta - No presenta 	Nominal	
	Diabetes gestacional <ul style="list-style-type: none"> - Presenta - No presenta 	Nominal	

	<p>Antecedentes patológicos obstétricos:</p> <p>Corioamnionitis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presenta - No presenta <p>Antecedentes de partos pretérminos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presenta - No presenta <p>Anemia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presenta - No presenta <p>-Factores ovulares</p> <p>Ruptura prematura de membranas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presenta - No presenta <p>Placenta previa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presenta - No presenta <p>Desprendimiento prematuro de placenta</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presenta - No presenta 	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p>	
VARIABLE	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Parto pretérmino</p>	<p>Clasificación de parto pretérmino:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prematuros extremos (<28 semanas) ▪ Muy prematuros (28 a 31,6 semanas) ▪ Prematuros moderados (32 a 33,6 semanas) ▪ Prematuros tardíos (34 a 36,6 semanas) 	<p>Intervalo</p>	<p>Ficha de recolección de datos. Historia Clínica</p>

ANEXO 3: CARTA DE AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

	PERU Ministerio de Salud	Hospital Nacional Hipólito Unanue	Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación	"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	--

"Año de la Lucha Contra la Corrupción e Impunidad"

El Agustino, 07 de noviembre del 2019

CARTA N° 280 -2019-DG-OADI-N° 116 /HNHU.

Srta.
YASMINE HARUMI RODRIGUEZ CACHI
Investigador Principal
Presente.-

Ref. : a) Carta N° 139-2019-CIEI-HNHU Exp. 19541
b) Memorando N° 018-2019-CIEI-HNHU

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y hacer de su conocimiento que, mediante el documento de la referencia a) y b), el Comité Institucional de Ética en Investigación comunica que, en sesión ordinaria de fecha 31/07/19 acordó **APROBAR** el Proyecto de Tesis titulado:

➤ **"Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue El Agustino 2018".**

En tal sentido y visto el expediente presentado, esta Dirección General **AUTORIZA** la ejecución del Proyecto de Tesis en mención.

Atentamente,


MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "HIPÓLITO UNANUE"
M.C. LUIS W. MIRANDA MOLINA
DIRECTOR GENERAL (e)
CMP N° 27423



docenciahnhu@gmail.com

Av. César Vallejo N° 1390
El Agustino - Lima 10 Perú
Telf. 362-7777 anexo 2202
(Fax) 478-0270