



FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÈMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**“FACTORES DE RIESGO OBSTÈTRICOS ASOCIADOS AL PARTO
PRETÈRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
AMAZÓNICO DE YARINACocha JULIO 2015 A JUNIO 2016”**

TESIS

PARA OBTENER TITULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

PRESENTADO POR:

SANDRA YULEISI PEREZ HUAMAN

ICA – PERU

2017

DEDICATORIA

Mis padres Dedico este trabajo a Dios y mis dos angelitos que me guían por el camino correcto, a mis padres y familia que me apoyaron en este proceso de mi carrera profesional y a todos mis docentes que me transmitieron todos sus conocimientos en todas las etapas de mis estudios universitarios.

AGRADECIMIENTO:

A dios Agradezco a Dios por haberme permitido llegar a lograr esta meta.

A mis padres por su apoyo y confianza incondicional.

RESUMEN

Introducción: El parto pretérmino continúa siendo la causa más frecuente de mortalidad neonatal y ha resistido hasta el momento los mayores esfuerzos de la ciencia médica para prevenirlo. Actualmente se reconoce que su etiopatogenia es multifactorial, estando involucrados factores de riesgo dependientes de la madre, el feto y el medio ambiente. Por lo dicho y por la dificultad del personal de salud para reconocer los factores de riesgo asociados al parto pretérmino, surge la necesidad de estudiar los factores de riesgo asociados a esta problemática en el Hospital Amazónico de Yarinacocha.

Objetivo: Identificar los factores de riesgo obstétricos condicionantes al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de julio 2015 a junio 2016.

Material y métodos: Investigación observacional, retrospectiva, transversal y analítica de casos y controles con un control para cada caso, con 62 gestantes que presentaron parto pretérmino y 62 gestantes que presentaron parto a término. Se determinó chi cuadrado como estadístico para identificar diferencias de proporciones.

Resultados: La edad de la gestante es un factor de riesgo para el parto pretérmino, $p < 0.05$. La infección urinaria en la gestante es un factor de riesgo para el parto pretérmino, $p < 0.05$. La anemia de la gestante es un factor de riesgo para el parto pretérmino, $p < 0.05$. La vaginosis bacteriana de la gestante es un factor de riesgo para el parto pretérmino, $p < 0.05$. La preeclampsia es un factor de riesgo para el parto pretérmino, $p < 0.05$. La rotura prematura de membranas es un factor de riesgo para el parto pretérmino, $p < 0.05$.

Palabras clave: Factores riesgo, parto pretérmino

ABSTRACT

Introduction: Preterm birth continues to be the most frequent cause of neonatal mortality and has so far resisted the greatest efforts of medical science to prevent it. It is now recognized that its etiopathogeny is multifactorial, involving risk factors dependent on the mother, the fetus and the environment. Because of this and because of the difficulty of physicians to recognize risk factors associated with preterm delivery, there is a need to study the risk factors associated with this problem in the Yarinacocha Amazon Hospital.

Objective: To identify obstetric risk factors for preterm birth in pregnant women attended at Yarinacocha Hospital from July 2015 to June 2016.

Material and methods: Observational, retrospective, cross-sectional and analytical investigation of cases and controls with a control for each case, with 62 pregnant women who presented preterm birth and 62 pregnant women who presented term delivery. Chi square was determined as statistic to identify differences in proportions.

Results: The age of the pregnant woman is a risk factor for preterm delivery, $p < 0.05$. Urinary infection in the pregnant woman is a risk factor for preterm delivery, $p < 0.05$. Anemia of the pregnant woman is a risk factor for preterm delivery, $p < 0.05$. Bacterial vaginosis of the pregnant woman is a risk factor for preterm delivery, $p < 0.05$. Preeclampsia is a risk factor for preterm delivery, $p < 0.05$. Premature rupture of membranes is a risk factor for preterm delivery, $p < 0.05$.

Key words: Risk factors, preterm delivery

ÍNDICE	pag.
CARATULA	
DEDICATORIA -----	ii
AGRADECIMIENTO -----	iii
RESUMEN -----	iv
ABSTRACT -----	v
ÍNDICE -----	vi
INTRODUCCIÓN -----	viii

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. Descripción de la realidad problemática -----	9
1.2. Delimitación de la investigación-----	11
1.3. Formulación del problema-----	11
1.3.1. Problema principal -----	11
1.3.2. Problemas secundarios-----	12
1.4. Objetivos-----	12
1.4.1. Objetivo general -----	12
1.4.2. Objetivos específicos-----	12
1.5. Hipótesis-----	13
1.5.1 Hipótesis general -----	13
1.5.2 Hipótesis específica -----	13
1.5.3 Variables-----	13
1.5.4 Variables independientes -----	13
1.5.5 Variable dependiente-----	13
1.5.6 Operacionalización de las variables-----	14
1.6. Diseño de la investigación -----	15
1.6.1 Tipo de investigación-----	15
1.6.2 Nivel de investigación-----	15
1.6.3 Método-----	15
1.7. Población y muestra de la investigación -----	15
1.7.1 Población-----	15
1.7.2 Muestra -----	15
Criterios de inclusión-----	16
Criterios de exclusión-----	16

1.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos -----	16
1.8.1 Técnicas -----	16
1.8.2 Instrumentos-----	16
1.8.3 Procesamiento de datos -----	17
1.9. Ética de la investigación-----	17
1.10. Justificación e importancia de la investigación -----	17

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación-----	20
2.2. Bases teóricas -----	24
2.3. Definición de términos básicos -----	37

CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 RESULTADOS -----	42
3.2 DISCUSIÓN -----	53
3.3 CONCLUSIONES-----	55
3.4 RECOMENDACIONES-----	56
Anexos -----	57
Fuentes de información -----	58
Matriz de consistencia -----	61
Ficha de recolección de datos-----	62
Validación de instrumento-----	62

INTRODUCCIÓN

El parto pretérmino continúa siendo la causa más frecuente de mortalidad neonatal y ha resistido hasta el momento los mayores esfuerzos de la ciencia médica para prevenirlo. Actualmente se reconoce que su etiopatogenia es multifactorial, estando involucrados factores de riesgo dependientes de la madre, el feto y el medio ambiente.(1)

En las últimas tres décadas de los años 1900 la incidencia de parto pretérmino espontáneo se mantuvo constante, variando entre el 5,9% al 10, 7% del total de partos, tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. Sin embargo; a la fecha existe evidencia confiable que el parto pretérmino está aumentando. (1)

En el Perú, la incidencia de parto pretérmino reportada varía entre el 3,6% - 11,8% y es causa importante de muerte y discapacidad neonatal. Pero, cuando se aborda el grave problema del embarazo en adolescentes, la incidencia de parto pretérmino aumenta significativamente, hasta un 14 – 16%; conjuntamente con las tasas de morbi-mortalidad infantil y materna. (1)

La prematurez es la principal causa de Mortalidad Neonatal y de complicaciones neonatales a corto plazo, tales como depresión al nacer, Síndrome de Dificultad Respiratoria, hemorragia intraventricular, sepsis, retinopatía del prematuro, ictericia, trastornos de la alimentación, trastornos metabólicos, enterocolitis necrotizante, ductus arterioso persistente, apneas. A largo plazo, es causa de complicaciones severas como parálisis cerebral, displasia broncopulmonar, retraso mental y madurativo, déficit del neurodesarrollo, menor rendimiento escolar, compromiso de la visión y de la audición.(2)

Con el objetivo de mejorar los indicadores en este rubro es que se diseñó esta investigación bajo las normas de Universidad Alas Peruanas filial Ica para contribuir a un mejor enfoque de este problema sobre una realidad ahora mostrada.(2)

1.- Ticona M. 2012. Incidencia y factores de riesgo de bajo peso al nacer en población atendida en hospitales del Ministerio de Salud del Perú.

2.- Ovalle A. 2012. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), parto pretérmino es el que ocurre antes de la semana 37 de gestación.

A nivel mundial la incidencia de niños prematuros varía de 10 a 11%, según el factor de riesgo ; de los cuales más del 90% ocurrieron en África, Asia, América Latina y el Caribe.(3)

En Argentina, en el año 2013, nacieron 754.603 niños, de los cuales, 64.540 lo hicieron antes de las 37 semanas de gestación, de lo que resulta una tasa de prematurez en Argentina del 8,5 %.(3)

La tasa de prematuro en Latinoamérica y el Caribe es 8.1%. En los países de América Latina el parto prematuro se comporta de manera similar, se reportan tasas en Uruguay de 8,7%, Chile 5,6%, Brasil con el 6,6%, y Colombia 9,5% del total de nacimientos.(3)

La incidencia de los partos prematuros en el Perú va de 5 a 10%, y en casi de la mitad de las mujeres que tienen estas características, no se logra identificar la causa.(3)

La prematurez se ha convertido en un grave problema de salud, debido a que es la primera causa de muerte neonatal y la segunda en menores de 5 años.

3.- Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. 2015.

Solo en el Perú mueren al año alrededor de 12,400 recién nacidos prematuros y cerca de un millón a nivel mundial no logran sobrevivir, según cifras de la Organización Mundial de la Salud.(4)

A pesar que existen varios factores de riesgo conocidos que llevan al parto pretérmino como lo es la edad de la gestante, la raza, el estrés, el tabaquismo, la actividad física, en casi la mitad de todos los nacimientos prematuros el factor de riesgo no es detectado, teniendo un gran impacto en los costos de atención de salud y bienestar de la sociedad por el riesgo de desarrollar problemas en la salud del recién nacido.(4)

El período más importante en la vida del ser humano para su salud inmediata es el perinatal, más importante aún en los prematuros, quienes por presentar los índices más elevados de morbilidad y mortalidad son el grupo de mayor riesgo. La inmadurez del aparato respiratorio y del sistema nervioso central domina la morbimortalidad y pronóstico del prematuro; sin embargo todos los aparatos son vulnerables, siendo el mayor riesgo a menor edad gestacional. (4)

La mayoría de los esfuerzos para prevenir y detener el parto pretérmino no han probado ser efectivos, y por lo tanto los componentes más importantes en su son aquellos orientados a prevenir complicaciones neonatales: uso de corticosteroides antenatales, administración materna de antibióticos para prevenir la sepsis neonatal por el estreptococo B, y medidas tendientes a evitar el traumatismo del parto.(3)

Por otro lado se pueden identificar múltiples prácticas empleadas en la prevención o el tratamiento del parto pretérmino en las cuales no existe suficiente evidencia acerca de su efectividad(4)

3.- Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. 2015.

4.- Lowell H; Raraz J; Raraz O. Factores asociados al bajo peso al nacer en un hospital de Huánuco 2014.

El Hospital Amazónico de Yarinacocha se atiende a gestantes transferidas de las zonas más alejadas como provincias que pertenecen a otras Regiones como son: Contamana, Nueva Requena, Puerto Inca, Tornavista, Ciudad Constitución , cuyo acceso a los servicios de salud es difícil, pues el medio de transporte es sobre todo fluvial, con condiciones de salubridad muy pobres y bajo grado cultural de la gestante pues muchas de ellas pertenecen a etnias con sus costumbres que entorpecen el normal desarrollo de la gestación y del parto lo que le pone en estado de vulnerabilidad a muchos factores que estarían asociadas a partos prematuros. Por lo expuesto y dado el conjunto de complicaciones que trae para el recién nacido prematuro y la dificultad de los médicos para reconocer factores de riesgo asociados al parto pretérmino, surge la necesidad de describir los factores de riesgo asociados a esta problemática en el Hospital Amazónico de Yarinacocha a fin de que orienten la identificación de medidas preventivas descritas en la literatura.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Delimitación Espacial. El estudio se realizó en el Hospital Amazónico ubicado en el distrito de Yarinacocha Provincia de Coronel Portillo departamento de Ucayali - Perú.

Delimitación Temporal. El estudio se desarrolló a partir de las historias clínicas de pacientes atendidos de Julio del 2015 a junio del 2016.

Delimitación Social. El estudio se llevó a cabo en las gestantes atendidas en dicho nosocomio en el periodo estipulado.

Delimitación Conceptual. La investigación está orientada a determinar los factores de riesgo más importantes asociados al parto pretérmino.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. Problema Principal

¿Qué factores de riesgos obstétricos condicionan al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de julio 2015 a junio 2016?

1.3.2. Problemas Secundarios

1. ¿Es la edad un factor de riesgo condicionante para el parto pretérmino?
2. ¿La infección urinaria un factor de riesgo condicionante para el parto pretérmino?
3. ¿Es la anemia un factor de riesgo condicionante para el parto pretérmino?
4. ¿Es la vaginitis un factor de riesgo condicionante para el parto pretérmino?
5. ¿Es la preeclampsia un factor de riesgo condicionante para el parto pretérmino?
6. ¿Es la rotura prematura de membranas un factor de riesgo para el parto pretérmino?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

Identificar los factores de riesgo obstétricos condicionantes al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de julio 2015 a junio 2016.

1.4.2. Objetivos Específicos

1. Determinar si la edad de la gestante es un factor de riesgo condicionante para el parto pretérmino
2. Precisar si la infección urinaria en la gestante es un factor de riesgo condicionante para el parto pretérmino
3. Cuantificar si la anemia de la gestante es un factor de riesgo condicionante para el parto pretérmino
4. Delimitar si la vaginitis de la gestante es un factor de riesgo condicionante para el parto pretérmino
5. Identificar si la preeclampsia es un factor de riesgo condicionante para el parto pretérmino
6. Evaluar si la rotura prematura de membranas es un factor de riesgo condicionante para el parto pretérmino

1.5. HIPÓTESIS

1.5.1. Hipótesis general

Existe relación significativa entre los factores de riesgo obstétricos y el parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de julio 2015 a junio 2016

1.5.2. Hipótesis específicas

H1: Existe relación entre la edad de la gestante y el parto pretérmino

H1: Existe relación entre la infección urinaria en la gestante y el parto pretérmino

H1: Existe relación entre la anemia en la gestante y el parto pretérmino

H1: Existe relación entre la vaginitis y el parto pretérmino

H1: Existe relación entre la preeclampsia y el parto pretérmino

H1: Existe relación entre la ruptura prematura de membranas y el parto pretérmino

1.5.3. VARIABLES

1.5.4. Dependiente

Parto pretérmino

Indicador: Parto entre 22 y 36 semanas de gestación

1.5.5. Independientes

Factores de riesgo

Indicador

- Edad materna
- Infección urinaria
- Anemia
- Vaginosis bacteriana
- Pre eclampsia
- Ruptura prematura de membrana

1.5.6. Operalización de las variables

VARIABLE	TIPO	ESCALA	INDICADOR	VALOR FINAL	INSTRUMENTO	FUENTE
Parto pretérmino	Variable Dependiente	Nominal	Parto entre 22 y 37 semanas de gestación	Si No	Ficha de recolección de datos	Historia Clínica
Factores de riesgo	Variables Independientes	Ordinal	Edad	Menor de 20 años De 20 a más años	Ficha de recolección de datos	Historia Clínica
		Nominal	Infección urinaria	Si No	Ficha de recolección de datos	Historia Clínica
		Ordinal	Anemia	Leve Moderada Severa	Ficha de recolección de datos	Historia Clínica
		Nominal	Vaginitis	SI NO	Ficha de recolección de datos	Historia Clínica
		Nominal	Pre eclampsia	SI NO	Ficha de recolección de datos	Historia Clínica
		Nominal	RPM	SI NO	Ficha de recolección de datos	Historia Clínica

1.6. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. Tipo de Investigación

La investigación es de tipo no experimental, porque no se modificaron las variables, retrospectiva pues los datos fueron obtenidos del pasado, transversal ya que realizó un estudio de rápida ejecución y fácil control en un corto periodo de tiempo; explicativa y comparativa

1.6.2. Nivel de Investigación

Relacional.

1.6.3. Método

Explicativo de enfoque cualitativo

1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1. Población

Gestantes que presentaron parto pretérmino atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de julio del 2015 a junio del 2016 que es de 134.

1.7.2. Muestra

Fórmula para estudio de casos y controles

$$n_0 = \frac{\left(Z_{\alpha} \sqrt{2p(1-p)} + Z_{\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right)^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Proporción en los casos 43%

Proporción en los controles 20%

Diferencia esperada= 3

n= 62

Se formaron dos grupos: El primero de casos con 62 gestantes que presentaron parto pretérmino. El segundo de controles con 62 gestantes que no presentaron parto pretérmino.

El número de casos es igual al de los controles.

Criterios de inclusión

- Las historias clínicas que están completas
- Paciente que presentó parto pretérmino por factores de riesgo obstétricos

Criterios de exclusión

- Las historias clínicas incompletas
- Pacientes con embarazo múltiple
- Paciente que presentó eclampsia
- Paciente con enfermedad inmunodeprimible
- Paciente que presentó desprendimiento prematuro de placenta

1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1. Técnicas

Los datos fueron obtenidos a partir de historias clínicas del departamento de estadística del hospital por lo que se solicitó a la dirección el permiso correspondiente para acceder a las historias clínicas.

Los casos se tomaron aleatoriamente del total de casos encontrados en el año de estudio, tomando en cuenta que los datos necesarios para el estudio se encuentren completos y claros.

Los controles se tomaron aleatoriamente del grupo de gestantes que no tuvieron partos pretérmino, considerando que sus historias clínicas se encuentren completas y claras.

1.8.2. Instrumentos

Se elaboró una ficha de recolección de datos donde están incluidas los indicadores de las variables en estudio (Ver anexos), no requiere validación por tratarse de una ficha de recolección de datos.

1.8.3. PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos se tabularon en el programa estadístico de las ciencias de la salud SPSS 2000 de donde se tomaron los estadísticos, las variables son categórica por lo que se empleó chi cuadrado.

1.9. ÉTICA: Los datos obtenidos serán analizados en forma global a fin de evitar identificar a los participantes, cada historia clínica está identificada por un número.

1.10. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El parto pretérmino es uno de los mayores causantes de la prematuridad y las consecuencias que esta condición acarrea en la madre y el neonato. Por esta razón se constituye en un grave problema para la salud de los niños. Es causante del 50 al 70% de la mortalidad neonatal (MN) y del 50% de las alteraciones neurológicas. (3)

El parto pretérmino es considerado esencialmente una enfermedad social, lo que explica que países en vías de desarrollo presenten una tasa de incidencia más alta. Esto indica que es un problema de salud pública que no solo afecta a la gestante, el feto, el recién nacido o la familia de países en vía de desarrollo, sino afecta a todos los países, y puede llegar a retrasar el avance del tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible establecido por la Organización de las Naciones Unidas, que garantiza la salud infantil y salud materna en todo el mundo.(3)

Es por lo expuesto que se realizará el estudio para determinar los factores más prevalentes y su asociación con el parto pretérmino es importante pues ello permitirá evitar estos factores de riesgo y disminuir la incidencia de parto prematuro y sus consecuencias en una región del País poco privilegiada pues los factores de riesgo para esta patología conocida por la literatura son altamente prevalentes por las condiciones sociodemográficas y presencia de enfermedades metabólicas.

3.- Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. 2015.

El riesgo global de un prematuro de morir es 180 veces superior, al de un recién nacido a término con cifras muy variables en función de las semanas de gestación en que se produzca el nacimiento, los recién nacidos con prematuridad extrema generan un alto costo sanitario: necesidad de tratamientos intensivos, largas permanencias en UCI neonatales, existencias de secuelas a largo plazo.(3)

En nuestra región se concientiza al personal del servicio de Gineco-Obstetricia a tener aprendizaje y conocimiento sobre todos aquellos factores que condicionan el parto prematuro, así como el manejo médico-obstetra frente a la presencia de algunos de ellos, de tal manera que se pueda evitar o disminuir el riesgo del suceso de parto antes de la fecha predicha.(3)

Sin embargo, no hay control de vigilancia en cuanto al sistema de captación, y en cuanto a la calidad de atención que reciben aquellas gestantes que están condicionadas a presentar uno o más factores de riesgo.(3)

Actualmente no se cuenta con datos estadísticos que refieran cual es la predominancia de los factores de riesgo y de cómo se asocian con los partos pretérmino, por lo mismo, no podríamos definir si todos aquellos conocimientos por parte de nuestro personal de salud son aplicados en el campo de este problema y más aún, si están dando resultados de manera favorable en lo que a la población de gestantes se refiere y que por lo tanto, no se conoce si estamos frente a un problema en aumento progresivo.

El determinar los factores de riesgo de los partos pretérmino ayudaría a tener un mayor enfoque y evaluación del progreso y desarrollo a nivel de nuestra región y relación con otras unidades de salud del país. Es por eso que se decidió realizar un estudio en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Julio del 2015 a junio del 2016.

La ejecución del presente estudio permite identificar los principales factores de Riesgos obstétricos para parto pre término en una población, contribuyendo al mejor conocimiento del comportamiento de estos

3.- Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. 2015.

factores, lo que podría coadyuvar al diseño de estrategias y medidas de intervención para la reducción de la morbilidad materna y morbimortalidad neonatal.

La trascendencia radica en que en la región no existe estudios actualizados sobre esta problemática, sin embargo la población que se atiende en este nosocomio son de muy bajos recursos económicos donde prevalece los factores de riesgo en estudio por lo tanto su debida identificación como factor de riesgo es paso previo para una formulación de estrategias tendientes al control o mejora de esta problemática que repercute en una mejor calidad de la atención de la gestante así como tener un producto saludable para la sociedad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

NIVEL INTERNACIONAL

Cortes Castell E. 2015. Edad materna como factor de riesgo de prematuridad en España; área mediterránea.

El estudio muestra claramente un mayor riesgo de prematuridad entre las madres adolescentes en comparación con el siguiente grupo más cercano en edad, lo que se confirmó por una distribución significativamente distinta con el test Chi cuadrado ($p < 0,0001$) con una OR para los grandes prematuros de 2,41 (1,51-3,24) y de 1,71 (1,32-2,19) para los prematuros. Esta probabilidad también fue mayor en madres con edades de más de 40 años con una OR de 1,86 (1,39-2,48) y de 1,66 (1,44- 1,91) para recién nacidos grandes prematuros y prematuros, respectivamente.(5)

Genes Barrios V. 2012. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino Mexico 2012.

Resultados: la presencia de cuello uterino acortado durante el segundo trimestre (OR 9,93 IC95% 2,17-62,98), la preeclampsia durante el embarazo actual (OR 4,15 IC95% 1,75-10,21), el embarazo múltiple (OR 15,14 IC95% 2,06-312,19) y el antecedente de parto prematuro previo (OR 3,43 IC95% 1,02-12,76) tuvieron asociación estadísticamente significativa con la presencia de parto pretérmino. No se encontró una asociación significativa con la paridad previa, el tabaquismo y la ruptura

5.- Cortes E. 2015. Edad materna como factor de riesgo de prematuridad en España; área mediterránea. Nutr Hosp. 2013;28:1536-1540

prematura de membranas. Conclusión: los factores de riesgo que se asociaron significativamente al parto pretérmino fueron la longitud cervical acortada durante el segundo trimestre, el antecedente de parto pretérmino previo, el embarazo múltiple y la preeclampsia.(6)

Minguet Romero R. 2012. Incidencia de nacimientos pretérmino en el Hospital Verdi Maldonado 2012. Colombia

Resultados: en el periodo de estudio hubo 3,135,755 nacimientos en todos los estados de la República, de estos 7.7% fueron pretérmino, que al diferenciar con el segundo nivel de atención hubo 188,715 (6.8%) nacidos pretérmino y el tercer nivel de atención (Unidades Médicas de Alta Especialidad, UMAES) 51,635 (13.7%) ($p < 0.05$). Conclusiones: las estrategias para abordar el problema de la prematurez son: la prevención del parto y el cuidado perinatal para disminuir la mortalidad del recién nacido y aumentar su calidad de vida.(7)

Olaya Guzmán R. 2013. Factores de riesgos desencadenantes del trabajo de parto pretérmino en adolescentes embarazadas primigestas en el Hospital Gineco-obstétrico “Enrique C. Sotomayor” en el período de septiembre del 2012 a febrero del 2013 Guayaquil Ecuador.

Resultados: El 73 % de las pacientes corresponden a las edades entre 18 y 19 años; el 93% es de instrucción secundaria; el 65% tienen más de 6 atenciones de controles prenatales, el 54 % han tenido entre 3 a 4 parejas sexuales, el 62 % terminaron su embarazo entre 33 – 34 semanas, el 61 % presentaron Infecciones de Vías Urinarias, el 73 % finalizó el embarazo en Cesárea, el 83 % de los neonatos fueron adecuados para la edad gestacional.(8)

6.- Genes V. Factores de riesgos asociados al parto pretérmino. Rev. Nac. (Itauguá). Vol. 4 (2) Dic. 2012.

7.- Minguet R. 2014. Incidencia de nacimientos pretérmino en el IMSS (2007-2012). Ginecol Obstet Mex 2014;82:465-471

8.- Olaya R. Factores de riesgos desencadenantes del trabajo de parto pretérmino en adolescentes embarazadas primigestas en el Hospital Gineco-obstétrico “Enrique C. Sotomayor”

Parada Ramírez O. 2012. Violencia emocional como factor de riesgo en la amenaza de parto pretérmino España.

Resultados: de las 50 mujeres estudiadas, 19 sufrían violencia emocional. Se determinaron las características de residencia, edad gestacional, dinámica uterina, condiciones cervicales, escolaridad, ocupación de las pacientes y de su pareja, así como si eran víctimas de violencia. Conclusiones: se encontró que en el grupo de estudio con violencia la existencia de esta variable no es tan frecuente como para ser determinante de amenaza de parto pretérmino.(9)

NIVEL NACIONAL

Parra Velarde F. 2012. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período enero 2010 - diciembre 2012.

Resultados: Los factores asociados al parto pretérmino son la edad materna < 18 años, el antecedente de parto prematuro, período intergenésico < 2 años, la ganancia de peso durante el embarazo < 8kg, preeclampsia y ruptura prematura de membranas, embarazo gemelar, estado civil soltera y la ocupación de agricultora.(10)

Chira JL, Et al. 2015. Factores de riesgo para parto pretermino en gestantes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque

Resultados tenemos que los escasos controles prenatales presentaron , la anemia (concentración de hemoglobina <11 gr/dl) , OR: 1.79 (1.02-3.15) p: 0.0407; y el antecedente de parto pretérmino OR: 2.12 (1.03-4.40) P: 0.0385, fueron factores preconceptionales de riesgo para parto pretérmino, así como la infección del tracto urinario OR: 2.68 (1.54-4.67); p: 0,0004; la rotura prematura de membranas OR: 7.22 (3.26-15.95) p: 0,0000; el embarazo múltiple OR: 11.28 (2.40-52.85); p: 0.0002; y el oligohidramnios OR: 17.66 (2.16-143.8); P: 0.0003; son factores de riesgo gestacional elevado para parto pretérmino.(11)

9.- Parra F. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período enero 2010 - diciembre 2012

10.- Parra F. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna

11.- Parada O. 2012. Violencia emocional como factor de riesgo en la amenaza de parto pretérmino.

Allpas-Gómez HL, Et al 2014. Factores asociados al bajo peso al nacer en un hospital de Huánuco.

Resultados. De los 801 nacidos, el peso promedio fue 3 217,8 (+ 446,1) gramos y una prevalencia de BPN de 6,2%. Los factores asociados que resultaron estadísticamente significativos fueron: la primiparidad con $p = 0,013$ (IC-95%: 1,16-3,81); número de atenciones de controles prenatales (menor de cuatro) con $p < 0,05$ (IC95%: 2,63-8,74) y parto pretérmino con $p < 0,05$ (IC95%: 0,01-0,25). Conclusión. La prevalencia del bajo peso al nacer en el Hospital Carlos Showing Ferrari de Huánuco fue 6,2 %. La primiparidad, el inadecuado atención de control prenatal y el parto pretérmino fueron los factores asociados.(12)

Ugalde-Valencia D. 2012. Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes.

Resultados: De las adolescentes con parto pretérmino el 54,3% presentaron infección de vías urinarias, mientras que solo 33,8% de estas presentaron parto a término ($p=0,02$). El 57,1% de las adolescentes con parto pretérmino presentaron infección vaginal en comparación con 35,1% de las de parto a término ($p=0,01$). Conclusión: Las infecciones vaginales y urinarias incrementan dos veces el riesgo de presentar parto pretérmino en adolescentes.(13)

Rodríguez Díaz D. 2014. Factores de riesgo maternos asociados a parto pretérmino: un estudio multicéntrico. Trujillo metropolitano, 2011 – 2013.

Los resultados respecto al desarrollo de parto pretérmino con el antecedente de parto pretérmino ($p = 0,0048$; OR = 7,0345), inadecuada atención de control prenatal ($p = 0,0038$; OR = 4,8889), desprendimiento prematuro de placenta ($p = 0,0014$; OR = 8,5), vaginosis bacteriana ($p = 0,0003$; OR = 4,0702) e infección de vías urinarias ($p = 0,0020$; OR = 2,9688).

12.- Allpas H, Raraz J, Raraz O. Factores asociados al bajo peso al nacer en un hospital de Huánuco. Acta Med Per.2014;31(2):79-83

13.- Ugalde D. 2012. Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes

Se estableció que el antecedente de parto pretérmino, la inadecuada atención de control prenatal, el desprendimiento prematuro de placenta, vaginosis bacteriana e infección de vías urinarias son factores de riesgos asociados al desarrollo de parto pretérmino.(14)

NIVEL LOCAL

No se encontraron en las bibliotecas de la zona ni en la web.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. GEERALIDADES:

El parto pretérmino se define como el nacimiento espontáneo o provocado que se presenta después de la semana vigésima de edad gestacional y antes de la trigésimo séptima; a su vez, el recién nacido de pretérmino, según su peso, puede ser hipotrófico, eutrófico o hipertrófico, de acuerdo a las tablas de edad gestacional (34).

Durante mucho tiempo la entidad se conoció como parto prematuro sin embargo la demarcación para referir un nacimiento de estas características, lo establece la edad gestacional en semanas, la madurez o premadurez depende de circunstancias individuales, de cada embarazo y no necesariamente de la edad gestacional; así la calificación real de madurez, solo es posible establecer después del nacimiento. Por otra parte la resolución obstétrica puede lograrse mediante un parto o través de operación cesárea de manera que el calificativo debe ser el de nacimiento pretérmino y no de parto prematuro (34).

Su frecuencia varía de la zona geográfica. En Estados Unidos se estima del 9 al 10% en el decenio de 1980 Schwartz analizó 333 974 nacimientos con productos de 500 a 2500 g en 56 centros de atención obstétrica en 11 países latinoamericanos; observo cifras porcentuales desde 14.8 en Brasil, hasta 4.6 en Chile, con un promedio de 9 % para todo el continente en México, en centros de atención de tercer nivel la frecuencia informada oscila entre 8.9 y 13 % (34).

34. Llaca Rodríguez Victoriano. Fernández Alba Julio. Obstetricia Clínica. 2002 Edit McGraw Hill

2.2.2. PARTO PRETERMINO

DEFINICIÓN

La Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) definen el parto pretérmino o prematuro al que se produce entre las semanas 22 y 37 de gestación, es decir, entre 154 y 258 días. Las 22 semanas completas de gestación equivalen a fetos con 500 g de peso.(15)

FACTORES DE RIESGO:

Es toda característica o circunstancia observable en una persona, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a su salud. La importancia mayor de los factores de riesgo consiste en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen.(15)

a. Maternos

- Bajo nivel socioeconómico
- Edad menor de 15 o mayor de 40 años
- Tabaquismo: más de 15 cigarrillos por día
- Peso pregravídico menor de 40 Kg
- Menor de 4 atenciones de control prenatal
- Baja ganancia de peso durante el embarazo
- Analfabetismo
- Narcoadicción
- Infección:
 - ✓ Cervicovaginal(vaginosis bacteriana)
 - ✓ Intraamniótica (con membranas ovulares íntegras)
 - ✓ Urinaria (pielonefritis)
 - ✓ ITS
 - ✓ TORCH
 - ✓ Hepatitis

18 .- Paris E, Sánchez I, Beltramino D, Copto A. Meneghello Pediatría. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires – Argentina. 6ta edición, 2013
33.Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología.90-96

- Anomalías uterocervicales:
 - ✓ Incompetencia cervical
 - ✓ Malformaciones uterinas
 - ✓ Miomatosis uterina
- Patologías que producen hipoxia:
 - ✓ Cardiopatías
 - ✓ Asma
 - ✓ Alteraciones hematológicas
 - ✓ Diabetes Mellitas
 - ✓ Hipertensión arterial crónica o inducida por el embarazo
 - ✓ Anemia
- Antecedente de aborto o de partos prematuros
- Cirugía abdominal previa durante el embarazo.
- Cononización
- RPM y Corioamnionitis
- Traumatismos
- El esfuerzo físico y el estrés psíquico
- Prematurez iatrogénica por inducción o cesárea anticipada

b. Fetales

- Embarazo múltiple
- Malformaciones congénitas
- RCIU
- Óbito fetal

C. Líquido amniótico

- Polihidramnios
- Oligohidramnios
- Infecciones intercurrentes

D. Placentarios

- Placenta previa
- Desprendimiento prematuro
- Placenta circunvalada
- Inserción marginal del cordón umbilical

- **Edad:** Es uno de los factores asociados a la prematuridad con mayor incidencia entre las menores de 20 años y mayores de 34 años. Cuando se habla de adolescencia se piensa en un período de transición entre el fin de la niñez y la edad adulta. En general, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define la adolescencia como el período comprendido entre los 10-19 años de edad.(16)

- **Hábitos nocivos:** El hábito de fumar juega un papel mucho más significativo en el retardo del crecimiento intrauterino que en el parto pretérmino. Sin embargo, las mujeres fumadoras tienen 20 a 30 % más probabilidad de tener un parto de pretérmino. El fumar se debe abatir fuertemente en el embarazo. El cigarro aumenta el riesgo de aborto espontáneo, defectos del nacimiento, parto pretérmino, recién nacidos con bajo peso, etc. Esto se debe a que el tabaco inactiva la hemoglobina materna y fetal por el monóxido de carbono, reducción de la perfusión placentaria por la acción vasoconstrictora de la nicotina y reducción del apetito materno.(16)

- **Antecedentes de partos pretérminos y abortos:** La historia de un parto pretérmino previo sigue siendo uno de los factores de riesgo más importantes. El riesgo de recurrencia de un parto pretérmino en mujeres con antecedentes de prematuridad, oscila entre 17% y 40 % y parece depender de la cantidad de partos pretérmino y abortos previos. La literatura ha reportado que una mujer con parto pretérmino previo, tiene 3 veces más riesgo de presentar un parto pretérmino espontáneo en su próximo embarazo. Cuanto más temprana es la edad gestacional en que se produjo el parto pretérmino anterior, mayor el riesgo de un nuevo parto de pretérmino espontáneo y precoz. (17)

15.- Laterra C. Amenaza de parto pretérmino 2011. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2012;31(1)

17.- Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D. Williams Obstetricia. Mc Graw Hill. México. 23ª Edición, 2011

- **Atención de Control Prenatal:** la atención de control prenatal tiene influencia poderosa en la evolución perinatal del producto. Las madres sin atención de control prenatal o con control insuficiente tienen niños más gravemente prematuros que aquellos con control mínimo eficiente.(17)

- **Anemia:** El déficit de micronutrientes en la dieta de las embarazadas, especialmente hierro, es un problema mundial. Las embarazadas constituyen uno de los grupos más vulnerables a presentar anemia por los altos requerimientos de hierro durante la gestación, que pueden representar hasta un tercio de los depósitos totales materno.(18)

- **Infecciones urinarias:** La bacteriuria asintomática y otras infecciones sistémicas como neumonía bacteriana, pielonefritis y apendicitis aguda, provocan un aumento de las contracciones uterinas por lo que se asocian con la prematuridad.(18)

- **Preeclampsia:**Las enfermedades hipertensivas del embarazo son la tercera causa de mortalidad materna en el Perú, convirtiéndose en un grave problema de salud. Su efecto no solo altera la salud materna, pues la elevada tasa de prematuridad y el retardo de crecimiento fetal intrauterino asociado a este desorden incrementan la mortalidad perinatal.(18)

- **Rotura prematura de membrana:** se define como la solución de continuidad espontánea de la membrana corioamniótica antes del inicio del trabajo de parto. Fluctúa en promedio en el 10% de los embarazos, correspondiendo el 20% de los casos de gestaciones de pretérmino.(18)

18.- Paris E, Sánchez I, Beltramino D, Copto A. Meneghello Pediatría. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires – Argentina. 6ta edición, 2013

2.2.3. CLASIFICACIÓN

- prematuros extremos (<28 semanas)
- muy prematuros (28 a <32 semanas)
- prematuros moderados a tardíos (32 a <37 semanas)

2.2.4. DIAGNOSTIGO

Se basa en:

- Historia clínica: a través de un interrogatorio minucioso evaluar los factores de riesgo relacionados con el desencadenamiento del parto pretérmino.
- Edad gestacional entre 22 y 37 semanas de amenorrea confiable, a partir de la fecha de la última menstruación. Si hay dudas debe establecerse por antropometría ecográfica o por pruebas de madurez fetal, mediante el análisis del líquido amniótico
- Evaluación de dinámica uterina: contracciones uterinas que ocurran con frecuencia mayor de 1 en 10 minutos, duración mayor de 30 segundos, durante un período de 60 minutos.
- Modificaciones cervicales (Tacto vaginal):
 - Amenaza de parto pretérmino: borramiento del cervix del 50 % o menos y con una dilatación menor de 3 cm.
 - Trabajo de parto pretérmino: borramiento del cervix mayor del 50 % y una dilatación mayor de 3 cm.

2.2.5. EXAMENES AUXILIARES

A. Laboratorio

- Hemograma, Hb, Hto.
- Grupo sanguíneo y factor Rh
- Examen de orina - urocultivo
- Examen directo de secreción vaginal
- Cultivo endocervical

17.- Retureta S. 2015. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. 33.Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología.90-96

B. Ecografía obstétrica:

- Determinar edad gestacional: concordancia de la biometría fetal con la edad gestacional por FUR
- Descartar malformaciones fetales
- Detectar la existencia de RCIU
- Evaluación de la placenta
- Perfil biofísico: movimientos, tono muscular, respiración, volumen de líquido amniótico, y frecuencia cardíaca
- Visualizar por ecografía transvaginal, un acortamiento del cervix (menor de 3 cm en la nulípara), dilatación en el orificio cervical interno, adelgazamiento de la parte inferior del segmento uterino (por debajo de 0.6 cm) o protrusión de las membranas en el canal cervical.

C. Cardiotocografía :

D. Examen en Especializados Complementarios:

- Dosaje de fibronectina

2.2.6. MANEJO TERAPEUTICO

a) Plan de trabajo.

b) Lugar y forma de atención

- Emergencia:
 - Cérvix sin modificaciones
 - Cérvix sin modificaciones y dinámica uterina
 - Cérvix con modificaciones
- Hospitalización:
 - Tratamiento General
 - Tratamiento Especifico:
 - a. Nifedipino
 - b. Inhibidores de la prostaglandina
 - c. Ritodrina

Medidas Generales

- Hospitalización:
- Reposo en decúbito lateral izquierdo
- Colocar vía segura con Cloruro de Sodio al 9 ‰, 1000 cc, pasar 500 cc en una hora y luego pasar a 60 gotas por minuto
- Historia clínica completa con enfoque de riesgo de parto pretérmino
- Examen clínico en busca de la posible etiología
- Control de signos vitales maternos
- Control de vitalidad fetal (Pinard, Doppler, Ecografía, NST) •
- Confirmar edad gestacional
- Control de dinámica uterina: por palpación abdominal o por tocografía externa
- Realizar maniobras de Leopold, para ver presentación
- Evaluar vagina y periné, para ver si hay sangrado o salida de líquido
- Realizar tacto vaginal, para evaluar dilatación y borramiento cervical
- Estimar peso fetal, mediante la medición de la altura uterina y/o ecografía obstétrica y ver si corresponde con la edad gestacional
- Considerar la posibilidad de hacer amniocentesis para ver madurez pulmonar
- Control cardiológico (ante la posibilidad de usar tocolíticos)

Medidas Específicas

- Identificación y corrección del factor causal
- Tratamiento farmacológico: Comprende los uteroinhibidores y los inductores de la madurez pulmonar fetal (evaluación de las contraindicaciones del uso)

A. Fármacos uteroinhibidores:

- Bloqueadores de los canales del calcio
 - ✓ Nifedipino: Dosis de inicio: 10-20 mg. VO, cada 20 minutos hasta en 3 oportunidades, seguida de 10 mg cada cuatro horas durante el primer día y 10 mg cada 8 horas durante seis días más.
- Betamiméticos
 - ✓ Isoxuprine: 10 ampollas de 10 mg en 500 cc de Dextrosa al 5% en AD. Dosis inicial 15 gotas por min. aumentar 10 gotas c / 15 min. hasta el cese de contracciones. Continuar VO.
 - ✓ Ritodrina: 1 ampolla de 5 cc / en 500 ml de CNa 9‰ ó 500 ml de Dextrosa al 5% EV. dosis inicial 10 gotas que se incrementan c / 20 min. Continuar con VO.
 - ✓ Salbutamol: 10 ampollas en 500 ml de Dextrosa al 5% en AD. EV. Contraindicaciones: cardiopatías, hipertensión arterial, hipertiroidismo
- Inhibidores de las prostaglandinas
 - ✓ Indometacina: dosis 100 mg en supositorio repetir a las 02 h. si persiste dinámica. ó 25 –50 mg VO c / 4 a 6 horas, este medicamento puede ser administrado solo hasta las 32 semanas de edad gestacional.
 - ✓ Ácido acetil salicílico: 4 gr por VO
- Sulfato de magnesio:
 - 4-6 gr en dosis de ataque y 1 gr por hora, en dilución correspondiente.

ABANDONO DE UTEROINHIBIDOR:

- Se alcancen las 37 semanas ,test de Clemens + los 3 tubos
- Cambien las condiciones cervicales (más de 4 cm)
- Amniorrexis prematura o signos de infección
- Signos de sufrimiento fetal agudo o crónico
- Mala respuesta materna o taquicardia fetal

CONTRAINDICACIONES DE LOS UTEROINHIBIDORES:

- RPM con sospecha o evidencia de infección ovular
- Cardiopatías congénitas maternas o fetales (arritmias)
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Malformaciones congénitas fetales incompatibles con la vida
- Franco trabajo de parto con dilatación mayor de 4 cm
- RCIU severo
- Eritroblastosis fetal
- Feto muerto

B. Fármacos inductores de la madurez pulmonar fetal:

Entre las 26 – 34 semanas

- Betametasona: 12 mg IM c/ 24 horas por dos dosis.
- Dexametasona: 6 mg IM c/ 12 horas por 4 dosis.

C. Atención del parto: (si fracasa la tocólisis)

Antes de decidir la vía del parto, debe tenerse en cuenta las siguientes consideraciones, particularmente en los fetos de muy bajo peso (750 a 1500 gr), los cuales son muy vulnerables a la hipoxia y al trauma obstétrico:

- Asociación de hemorragia ante parto
- Falla en el progreso de la dilatación cervical
- Prolongación excesiva del trabajo de parto
- Aparición de signos de insuficiencia placentaria Luego de haber descartado alguna complicación obstétrica

En presentación de vértice: Parto vaginal

- Asistencia del parto por médico gineco-obstetra, usando técnicas que garanticen máxima protección fetal
- Monitorizar electrónicamente el trabajo de parto

- Evitar amniotomía durante el periodo de dilatación
- Hacer una episiotomía amplia durante el período expulsivo
- Después del parto al recién nacido debe colocarse a la altura del introito por un periodo de 30 segundos antes de ligar el cordón
- Es imprescindible la presencia de un reumatólogo experimentado

En presentación podálica: Cesárea

2.2.7. COMPLICACIONES Y SECUELAS

Complicaciones:

- Síndrome de dificultad respiratoria
- Transtornos metabólicos
- Hipotermia
- Trauma obstétrica
- Enterocolitis necrotizante

Secuelas:

- Transtornos del crecimiento y desarrollo
- Retinopatía de la prematuridad

2.2.8. CRITERIOS DE ALTA

Si la paciente al cabo de una semana a partir de la fecha de hospitalización, previa deambulación en sala durante 24 – 48 horas, no presenta contracciones uterinas, no se constatan modificaciones cervicales respecto de evaluaciones anteriores y presenta una dilatación igual o menor a 3 cm.

Controles ambulatorios a partir de entonces hasta la semana 37 de gestación.

2.2.9. CRITERIOS DE REFERENCIA

Toda gestante con una edad gestacional entre las 22 y 37 semanas con evidencia de contracciones uterinas frecuentes deben ser referidas a un establecimiento con FONE, con vía segura, para su evaluación y manejo correspondiente

2.2.10. EPIDEMIOLOGÍA

El parto pretérmino es un problema para la salud pública de todo el mundo. Se calcula que nacen en el mundo anualmente 13.000.000 de niños antes del término. Las cifras de prematuridad varían en los distintos continentes siendo América del norte el que tiene mayor frecuencia (10,6%) y el continente europeo (6,2%) el de menor frecuencia.(18)

Estos factores se conjugan en forma sucesiva y simultánea para desencadenar el parto pretérmino y pueden variar no solo entre distintas gestantes sino también en los embarazos sucesivos de la misma embarazada.(18)

Se presentan tres entidades clínicas bien definidas relacionadas con el parto pretérmino:

- Rotura prematura de membranas (RPM) (30%).
- Nacimiento pretérmino indicado por causas maternas o fetales (40%).
- Parto pretérmino con membranas íntegras o idiopático (30%).

2.2.11. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN

- Identificación de la población de riesgo
- Atención de Control prenatal precoz
- Mejorar el estado nutricional de las gestantes
- Detectar factores individuales de riesgo.

- Identificar factores modificables de riesgo e intervenir en consecuencia.
- Considerar métodos de educación relacionados con factores de riesgo.
- Enseñar a reconocer signos de alarma.
- Implementar intervenciones pertinentes.

2.2.12. RECURRENCIA DE PARTO PRETÉRMINO

Se define como la ocurrencia de dos o más nacimientos antes de las 37 semanas completas. La evaluación de una paciente con un NP previo comienza con un análisis de las circunstancias obstétricas responsables de esa complicación.(20)

Es necesario realizar una exhaustiva historia clínica y determinar si fue espontáneo, con membranas intactas o con RPM o indicado por causas maternas y/o fetales (ej.: preeclampsia, RCIU) y será muy importante lograr establecer la edad gestacional en que ocurrió, ya que cuanto menor sea ésta, mayor será el riesgo de recurrencia.(20)

El riesgo será mayor, si la mujer cuenta en sus antecedentes con más de un PP. Si se ha tenido dos prematuros <30 semanas, el riesgo de recurrencia se ha estimado en 57%, si fueron entre las 33 y 36 semanas podrá estimar un 38% de recurrencia.(20)

20.- Satoshi C. Asociación de talla baja de la gestante con riesgo de parto pretérmino Trujillo 2014. Universidad Privada Antenor Orrego facultad de Medicina Humana; 2014.

33.Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología.90-96

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Atencion de Control prenatal:** la atención de control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.(24)
- **Amenaza de Parto Pretérmino (APP):**Es la presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 cada 10 minutos, de 25-30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos, con borramiento del cuello uterino del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm, entre las 22 y 36 semanas de gestación.(28)
- **Edad gestacional:** La edad gestacional es el tiempo medido en semanas desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha en que se efectúa la medición.(24)
- **Embarazo múltiple:** Se denomina embarazo múltiple al desarrollo de dos o más fetos en la cavidad uterina, producto de la fecundación de varios ovocitos, o la fecundación de un solo ovocito con su consecuente división.(26)
- **Factor de riesgo:** Característica o cualidad que tiene una enfermedad, la cual guarda relación causal o le otorga un grado mayor de posibilidad para su desarrollo. (22)
- **Factor de riesgo materno preconcepcional:** Características o cualidades presentes en la madre antes del embarazo que otorgan una mayor probabilidad de padecer una enfermedad, en forma específica que incrementa el riesgo de un parto pretérmino. (22)

8.- Robert J, Leiva J, Germain A. Protocolo de Manejo en pacientes con amenaza de parto pretermino en clínica Las Condes. Rev Med Clin Condes. 2014; 25 (6): 953-957

- **Factor de riesgo materno concepcional:** Características o cualidades presentes en la madre durante el embarazo que otorgan una mayor probabilidad de padecer una enfermedad, en forma específica que incrementa el riesgo de un parto pretérmino.(22)
- **Índice de masa corporal:** es una medida de asociación entre el peso de una persona en relación con su altura, es el método más práctico para evaluar el grado de riesgo asociado con la obesidad.(22)
- **Muerte fetal:** muerte ocurrida antes de la completa expulsión o extracción del producto de la concepción, independiente de la duración del embarazo.(23)
- **Muerte fetal precoz (Aborto):** expulsión o extracción desde la madre de un feto o embrión con una edad gestacional inferior a 22 semanas o peso inferior a 500 gramos.(23)
- **Membranas fetales.-** La expresión membranas fetales se aplica a la estructura anatómica que incluye el corion y el amnios.(25)
- **Mortalidad Neonatal:** número de recién nacidos fallecidos antes de los 28 días de vida por 1.000 nacidos vivos. (29)
 - Precoz: antes de los 7 días.
 - Tardía: 7 a 28 días
- **Mortalidad Perinatal:** es la suma de mortalidad neonatal precoz y fetal tardía.(29)

22.- Hospital Clínico Hospital San Joan de Déu. Protocolo: Amenaza de Parto Pretérmino. Universidad de Barcelona. 2015

23.- Couto D, Nápoles D, Montes P. Repercusión del Parto Pretermino en la morbilidad y mortalidad perinatales. MEDISAN. 2014; 18 (6): 852-858.

- **Nacido vivo:** expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre de un producto de la concepción, independientemente de la duración del embarazo, el cual después de dicha separación, respire o muestre cualquier otra señal de vida, tales como latido cardíaco o pulsación de cordón umbilical.(23)
- **Nivel socioeconómico:** es el lugar de posición en la que se encuentra una persona en la escala social económica en promedio a las demás tomando en cuenta el tipo de trabajo, educación, vivienda y comodidad. (22)
- **Paridad:** Es el número de orden de sucesión del nacimiento vivo que está siendo registrado, en relación con todos los embarazos anteriores de la madre, prescindiendo de si los partos fueron de nacidos vivos o de fetos muertos. Nulípara: Mujer que nunca ha tenido un parto pero puede o no haber gestado. Multípara: Mujer que ha presentado entre 1 y 4 partos. Gran multípara: mujer que ha tenido 6 o más partos, independientemente del número de gestaciones(25)
- **Parto prematuro (PP):**Es aquel nacimiento de niño nacido vivo ocurrido entre las 22 y las 36,6 semanas de gestación. (Definición de la OMS).(26)
- **RPM Pretérmino:** Solución de continuidad de la membrana corioamniótica antes de las 37 semanas de gestación. (21)
- **Periodo intergenésico:** Es el tiempo que transcurre entre el mes de la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente.(22)

24.- Voto L, Valenti E, Asprea I, Voto G, Votta R. Parto Pretérmino. FAGO. 2014; 13 (1):5-10

25.- Puerta N. Guía de Practica Clínica de Amenaza de Parto Pretermino. Clínica de la Mujer - Bogotá. 2014.

26.- Osorio A, García J. Guía Farmacoterapeutica de amenaza de parto pretérmino. Rev Colomb Enferm.2015; 10 (10): 78-89

- **Trabajo de parto pretérmino (TPP):** Es la presencia de dinámica uterina igual o mayor a la descrita, pero con modificaciones cervicales tales como borramiento mayor al 50% y dilatación de 4 cm o más.(28)
- **Tasa de Mortalidad Fetal:** número de muertes fetales tardías por cada 1.000 recién nacidos vivos, excluyendo los abortos. A las 22 semanas no se interviene con el prematuro (límite de viabilidad).(29)
- **Ruptura Prematura de Membranas (RPM):** se define como la rotura espontánea de membranas ovulares (corioamnióticas) después de las 22 semanas de edad gestacional y hasta una hora antes del inicio del trabajo de parto. (21)

20 .- Paris E, Sánchez I, Beltramino D, Copto A. Meneghello Pediatría. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires – Argentina. 6ta edición, 2013

21.- Navas L, Lankester E. Abordaje del Parto Pretérmino. Rev Méd Costa Rica Centroamérica. 2014; LXXI (613): 725-730.

22.- Satoshi C. Asociación de talla baja de la gestante con riesgo de parto pretérmino Trujillo 2014. Universidad Privada Antenor Orrego facultad de Medicina Humana; 2014.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 RESULTADOS

TABLA N° 1
FACTORES DE RIESGO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
AMAZÓNICO JULIO 2015 A JUNIO 2016

FACTORES DE RIESGO	TOTAL	%
ESTADO CIVIL	39	29.10
EDAD	35	26.12
ANEMIA	33	24.63
MULTIPARIDAD	33	24.63
VAGINITIS	26	19.40
PREECLAMPSIA	20	14.93
ITU	17	12.69
RPM	15	11.19
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	15	11.19
CONTROL PRENATAL	4	4.00

Fuente: Hospital Amazónico

Se observa que como factores de riesgo obstétricos para parto pretérmino tenemos con mayor incidencia al estado civil (29.10%), siguiendo con la edad(26.12%), anemia(24.63%), multiparidad(24.63%), vaginitis(19.40%), preeclampsia(14.93%), ITU(12.69), RPM(11.19%), nivel de instrucción(11.19%) y control prenatal(4%).

GRÁFICO N° 01

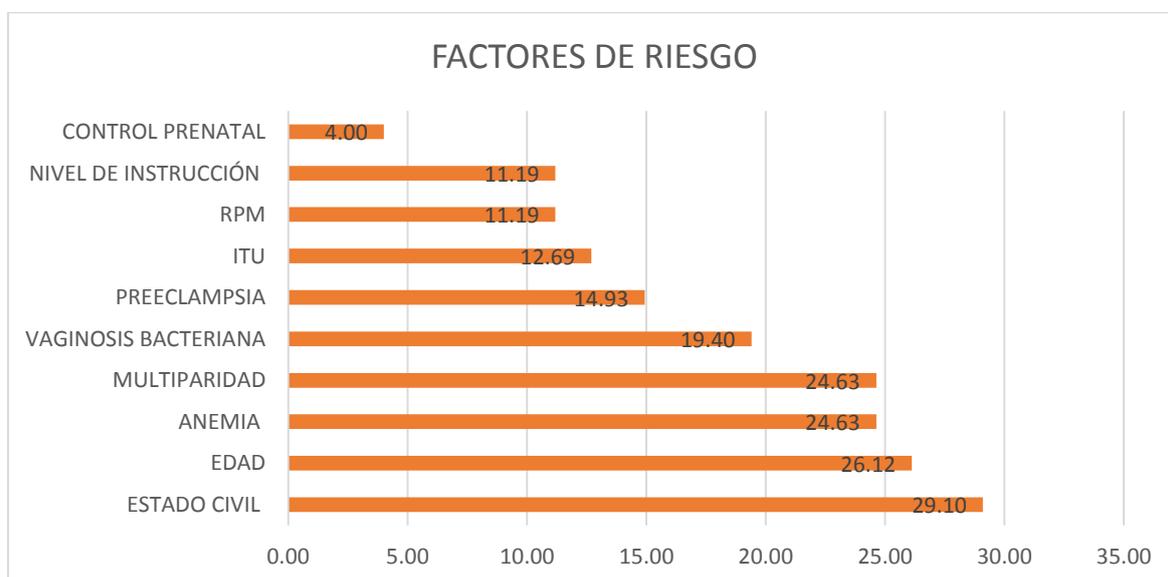


TABLA N° 2
ESTADO CIVIL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
AMAZÓNICO JULIO 2015 A JUNIO 2016

ESTADO CIVIL	PARTO PRETÉRMINO				Total	%
	CON PP	%	SIN PP	%		
CASADA	9	14.52%	13	20.97%	22	17.74%
CONVIVIENTE	5	8.06%	12	19.35%	17	13.71%
SOLTERA	48	77.42%	37	59.68%	85	68.55%
TOTAL	62	100%	62	100%	124	100%

Fuente: Hospital Amazónico

Se observa que el parto pretérmino es proporcionalmente mayor en el grupo de gestantes solteras (77.42%), mientras que el parto a término es proporcionalmente menor en este grupo de gestantes convivientes (19.35%).

Chi cuadrado 1.833 y $p=0.400$

GRÁFICO N° 02

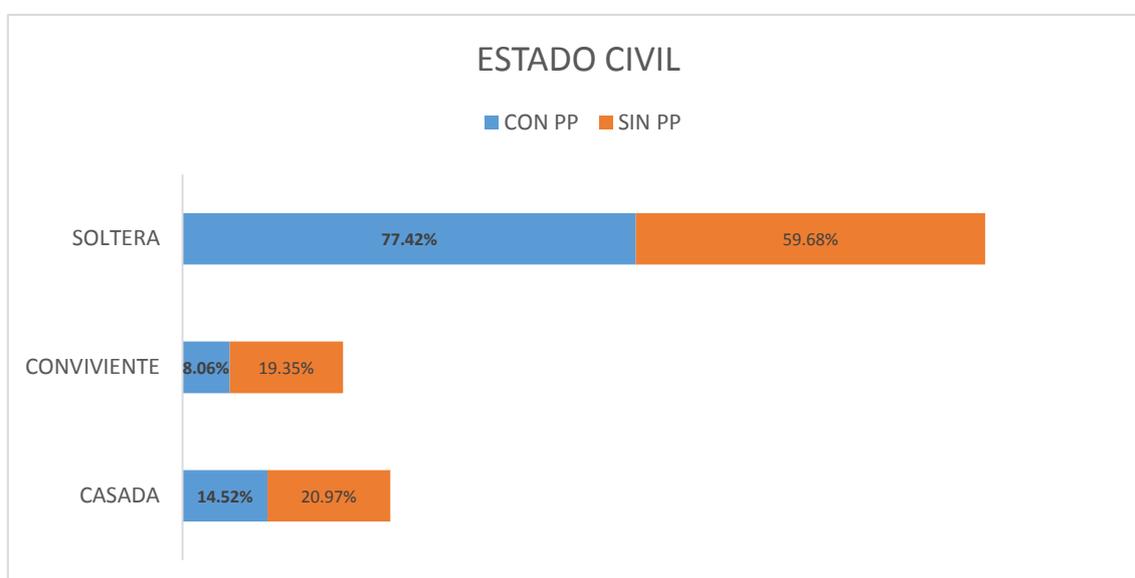


TABLA N° 3
GRADO DE INSTRUCCIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
AMAZÓNICO JULIO 2015 A JUNIO 2016

GRADO DE INSTRUCCIÓN	PARTO PRETÉRMINO					
	CON PP	%	SIN PP	%	TOTAL	%
Primaria incompleta	13	20.97%	5	8.06%	18	14.51%
Primaria completa	12	19.35%	5	8.06%	17	13.71%
Secundaria incompleta	17	27.42%	10	16.13%	27	21.77%
Secundaria completa	11	17.74%	15	24.20%	26	20.97%
Superior no universitario	6	9.68%	15	24.20%	21	16.94%
Superior universitario	3	4.84%	12	19.35%	15	12.10%
TOTAL	62	100.00%	62	100.00%	124	100.00%

Fuente: Hospital Amazónico

Se observa que el parto pretérmino es proporcionalmente mayor en el grupo de gestantes con secundaria incompleta (27.42%), mientras que el parto a término es proporcionalmente menor en este grupo de gestantes con primaria completa e incompleta (16.12%). Chi cuadrado 3.206 y p=0.668

GRÁFICO N° 03

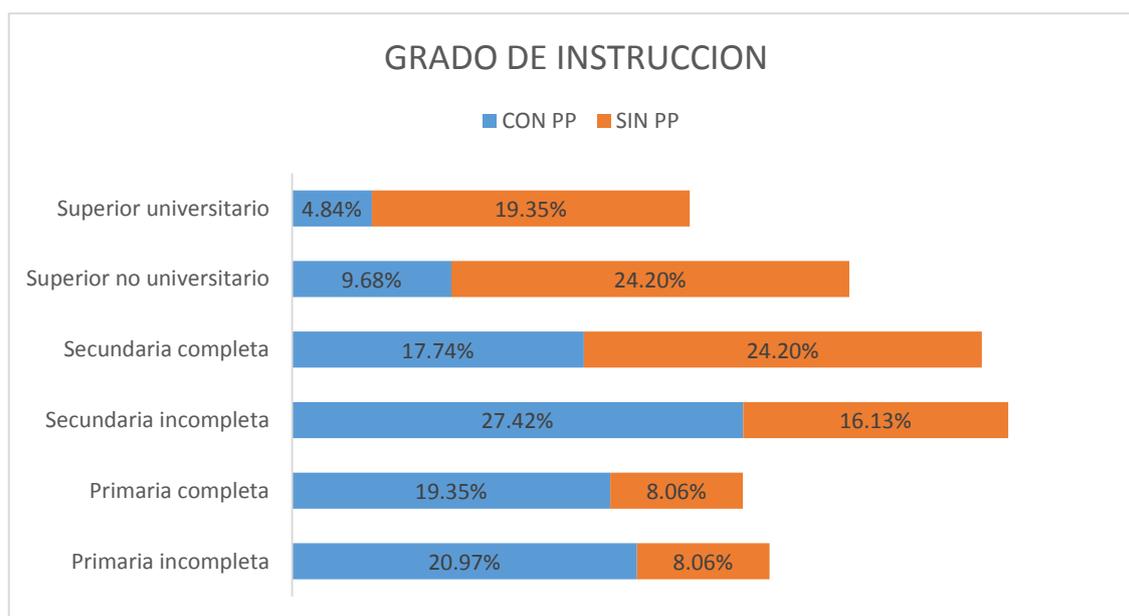


TABLA N° 4

**PARIDAD EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO
JULIO 2015 A JUNIO 2016**

PARIDAD	PARTO PRETÉRMINO				Total	%
	CON PP	%	SIN PP	%		
PRIMIPARA	15	24.19%	30	48.39%	45	36.29%
MULTIPARA	47	75.81%	32	51.61%	79	63.70%
TOTAL	62	100%	62	100%	124	100%

Fuente: Hospital Amazónico

Se observa que el parto pretérmino es proporcionalmente mayor en el grupo de gestantes multiparas (75.81%), mientras que el parto a término es proporcionalmente menor en gestantes primiparas (48.39%).

Chi cuadrado 5.89 y $p=0.015$

GRÁFICO N° 04

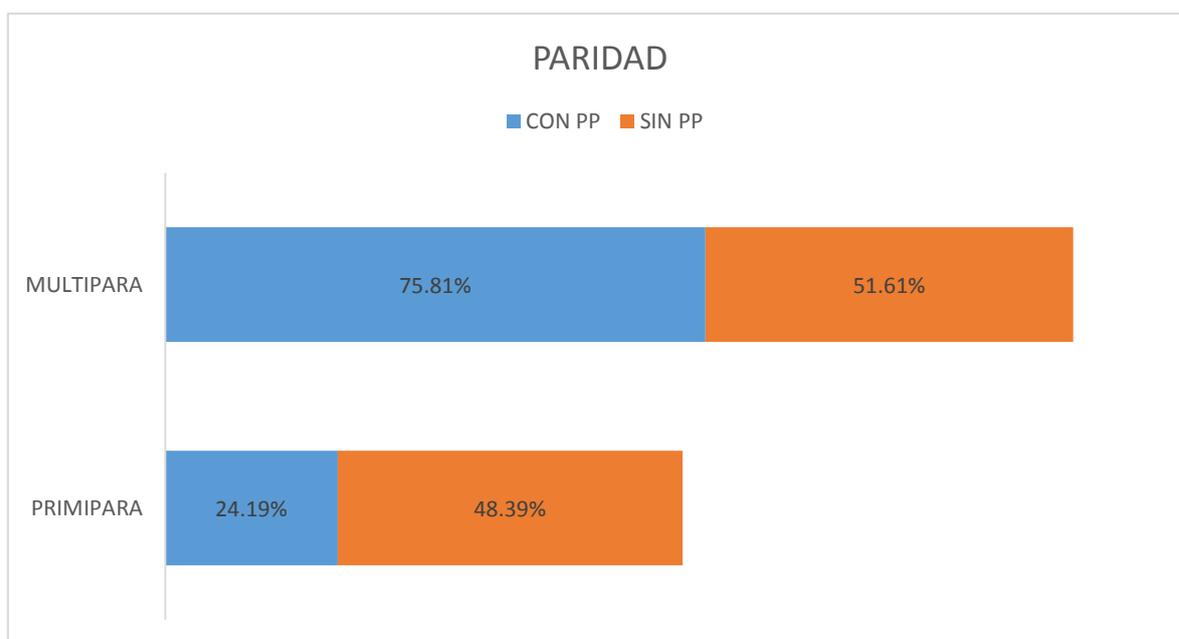


TABLA N° 5

**CONTROLES PRE NATALES EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL AMAZÓNICO JULIO 2015 A JUNIO 2016**

CONTROLES PRENATALES	PARTO PRETÉRMINO				Total	%
	CON PP	%	SIN PP	%		
SIN CONTROL	36	58.06%	27	43.55%	63	50.81%
MENOS DE 6	16	25.81%	19	30.65%	35	28.23%
MAS DE 6	10	16.13%	16	25.81%	26	20.97%
TOTAL	62	100%	62	100%	124	100%

Fuente: Hospital Amazónico

Se observa que el parto pretérmino es proporcionalmente mayor en el grupo de gestantes sin controles prenatales (58.06%), mientras que el parto a término es proporcionalmente menor en gestantes con mayor de 6 controles prenatales (25.81%). Chi cuadrado 7.52 y $p=0.023$

GRÁFICO N° 05

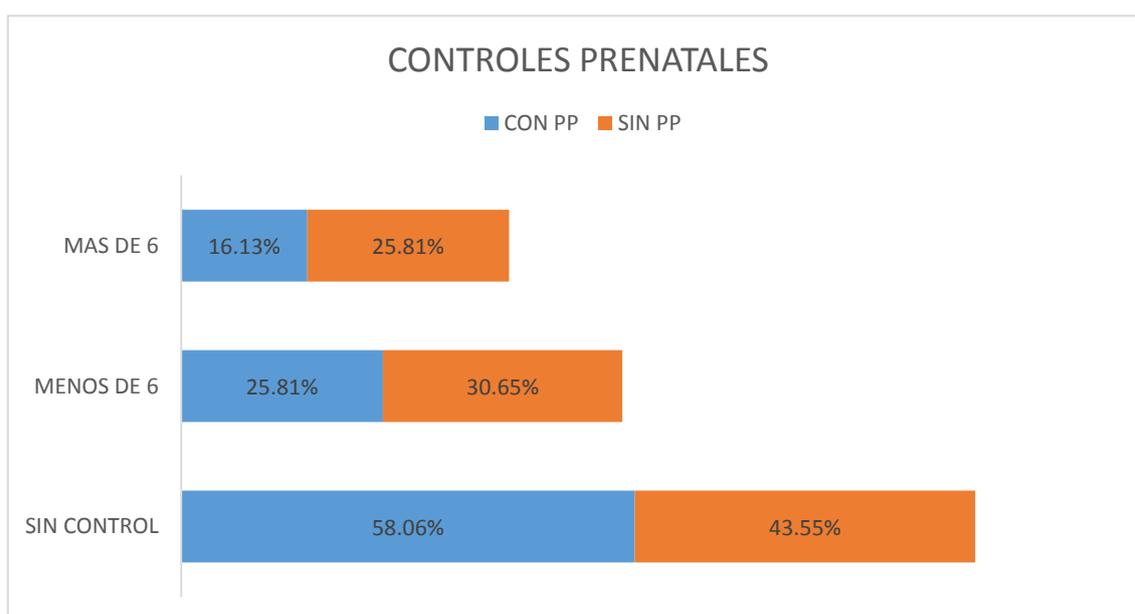


TABLA N° 6

EDAD Y SU RELACIÓN CON EL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO JULIO 2015 A JUNIO 2016

Grupo etáreo	PARTO PRETÉRMINO				Total	%
	CON PP	%	SIN PP	%		
< de 20 años	35	56.5%	21	33.9%	56	45.2%
De 20 a más	27	43.5%	41	66.1%	68	54.8%
TOTAL	62	100%	62	100%	124	100%

Fuente: Hospital Amazónico

Se observa que el parto pretérmino es proporcionalmente mayor en el grupo de gestantes menores de 20 años (56.5%) mientras que el parto a término es proporcionalmente menor en este grupo de gestantes menores de 20 años (33.9%). Chi cuadrado 6.38 y $p= 0.012$

GRÁFICO N° 06

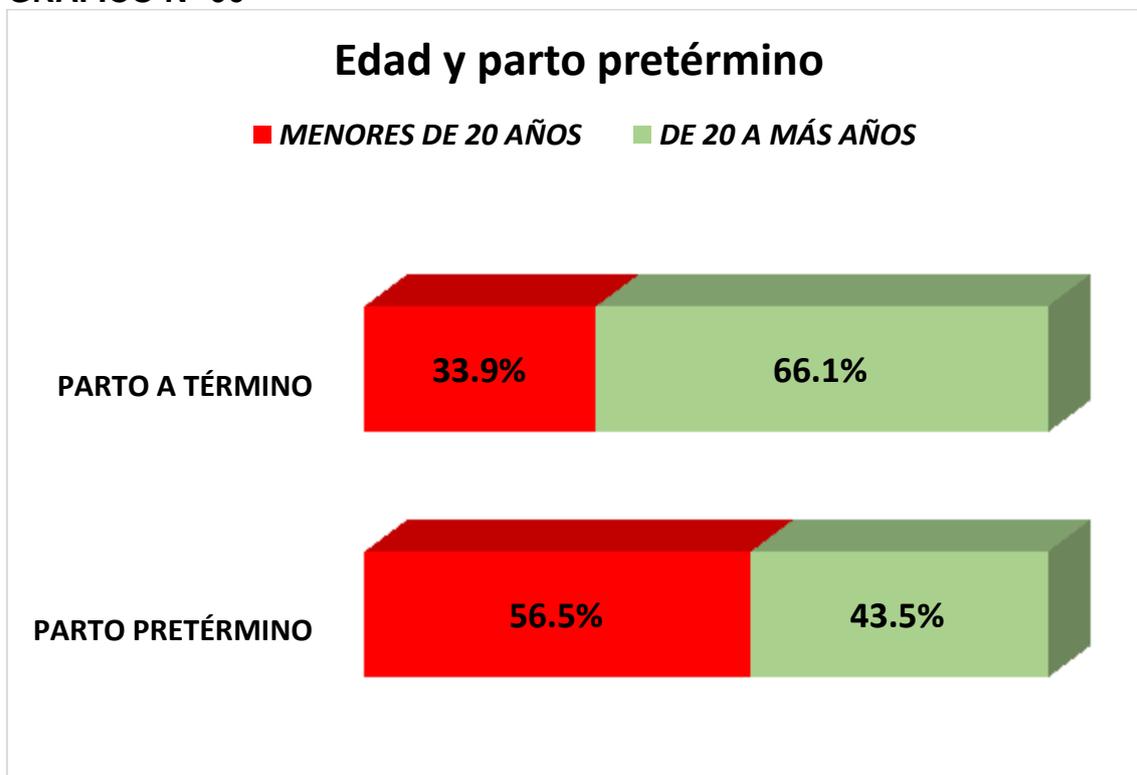


TABLA N° 7

INFECCIÓN URINARIA Y SU RELACIÓN CON EL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO JULIO 2015 A JUNIO 2016

Infección urinaria	PARTO PRETÉRMINO				Total	%
	CON PP	%	SIN PP	%		
Con ITU	17	27.4%	7	11.3%	24	19.4%
Sin ITU	45	72.6%	55	88.7%	100	80.6%
TOTAL	62	100%	62	100%	124	100%

Fuente: Hospital Amazónico

Se observa que el parto pretérmino es proporcionalmente mayor en el grupo de gestantes con infección urinaria (27.4%) mientras que el parto a término es proporcionalmente menor en este grupo de gestantes con infección urinaria (11.3%). Chi cuadrado 5.167 y $p= 0.023$

GRÁFICO N° 07

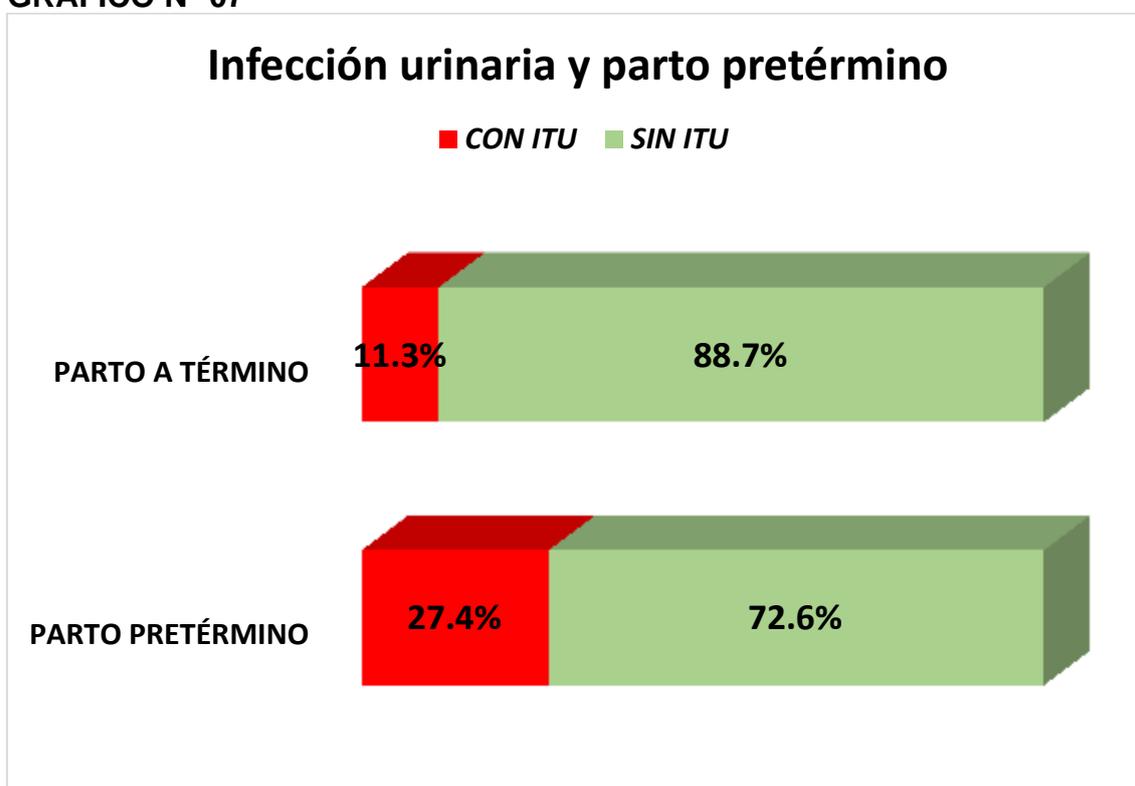


TABLA N° 8

ANEMIA Y SU RELACIÓN CON EL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO JULIO 2015 A JUNIO 2016

Anemia	PARTO PRETÉRMINO				Total	%
	CON PP	%	SIN PP	%		
Sin anemia	29	46.8%	45	72.6%	74	59.7%
Con anemia leve	11	17.7%	7	11.3%	18	14.5%
Con anemia mod.	11	17.7%	6	9.7%	17	13.7%
Con anemia sev.	11	17.7%	4	6.5%	15	12.1%
TOTAL	62	100%	62	100%	124	100%

Fuente: Hospital Amazónico

Se observa que el parto pretérmino es proporcionalmente mayor en el grupo de gestantes con anemia y mayor cuanto más grave es la anemia, mientras que el parto a término es proporcionalmente menor en este grupo de gestantes anémicas. Chi cuadrado 9.08 y $p= 0.028$

GRÁFICO N° 08

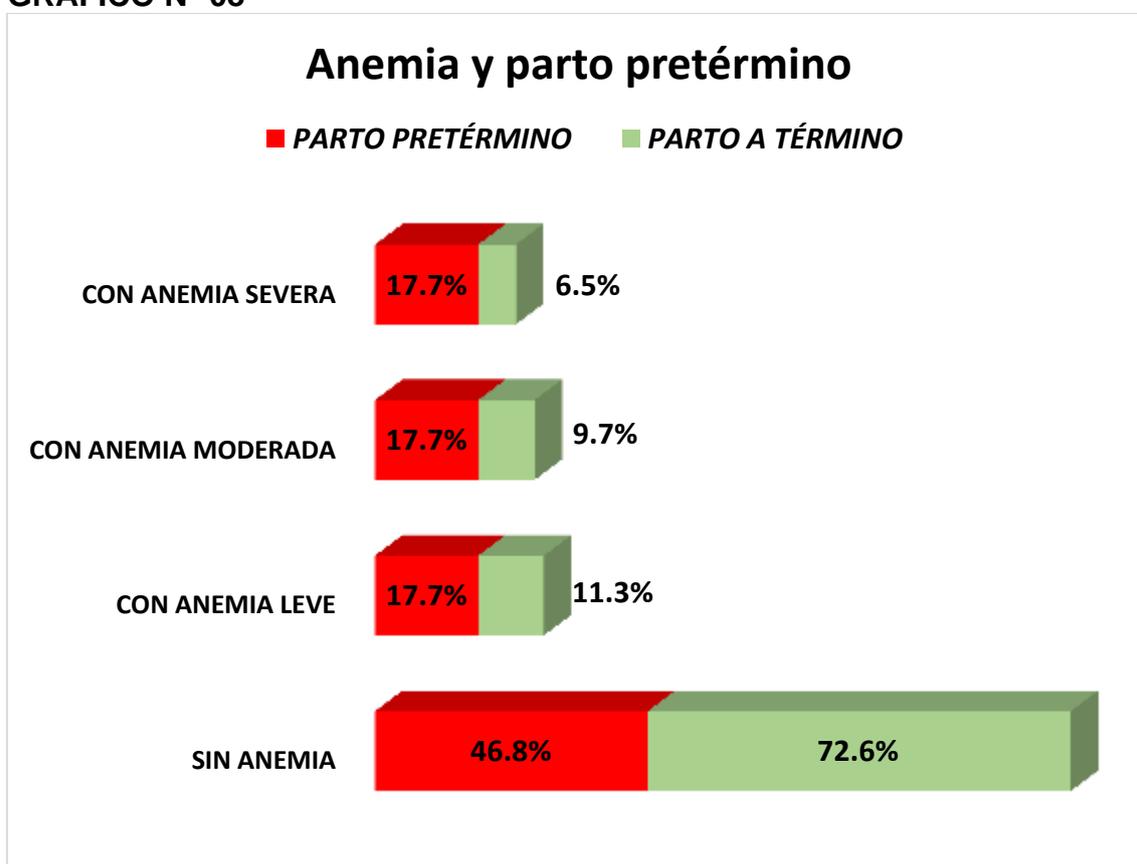


TABLA N° 9

VAGINITIS Y SU RELACIÓN CON EL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO JULIO 2015 A JUNIO 2016

Vaginitis	PARTO PRETÉRMINO				Total	%
	CON PP	%	SIN PP	%		
Con vaginitis	26	41.9%	13	21.0%	39	31.5%
Sin vaginitis	36	58.1%	49	79.0%	85	68.5%
TOTAL	62	100%	62	100%	124	100%

Fuente: Hospital Amazónico

Se observa que el parto pretérmino es proporcionalmente mayor en el grupo de gestantes con vaginitis (41.9%) mientras que el parto a término es proporcionalmente menor en este grupo de gestantes con vaginitis (21%). Chi cuadrado 6.32 y $p= 0.012$

GRÁFICO N° 9

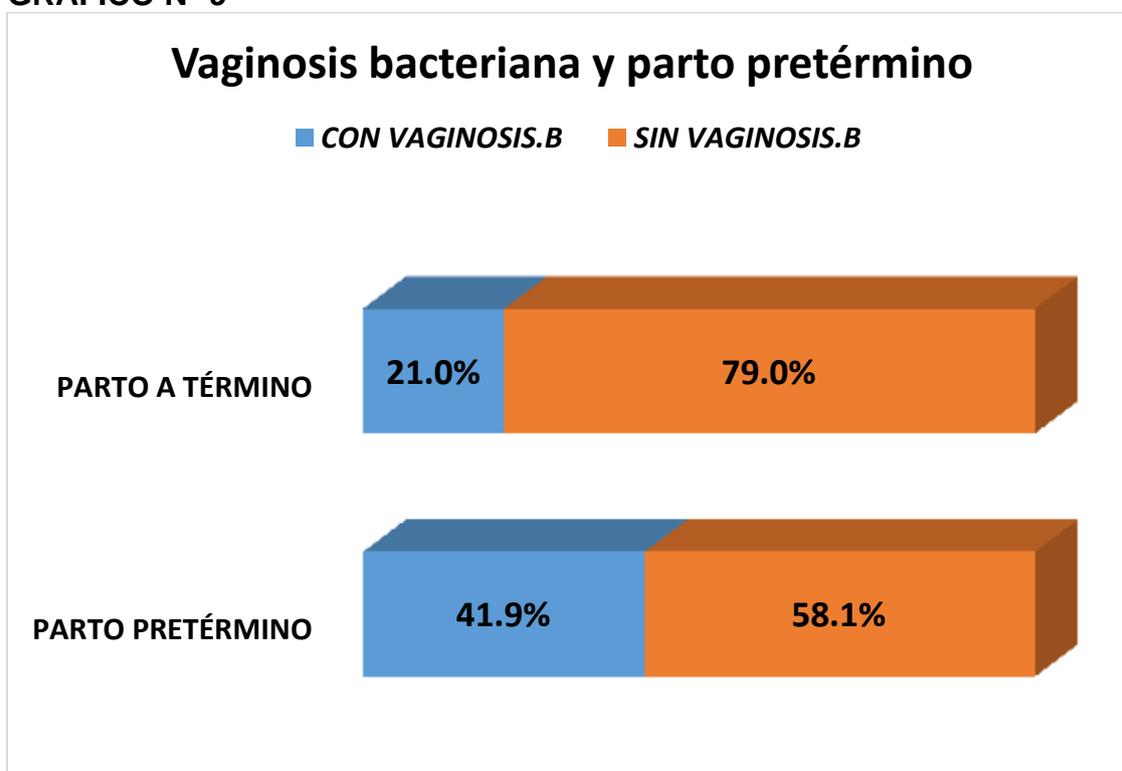


TABLA N° 10

PREECLAMPSIA Y SU RELACIÓN CON EL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO JULIO 2015 A JUNIO 2016

Preeclampsia	PARTO PRETÉRMINO				Total	%
	CON PP	%	SIN PP	%		
Con preeclampsia	20	16.1%	3	4.8%	13	10.5%
Sin preeclampsia	52	83.9%	59	95.2%	111	89.5%
TOTAL	62	100%	62	100%	124	100%

Fuente: Hospital Amazónico

Se observa que el parto pretérmino es proporcionalmente mayor en el grupo de gestantes con preeclampsia (16.1%) mientras que el parto a término es proporcionalmente menor en este grupo de gestantes con preeclampsia (4.8%). Chi cuadrado 4.21 y $p= 0.04$

GRÁFICO N° 10

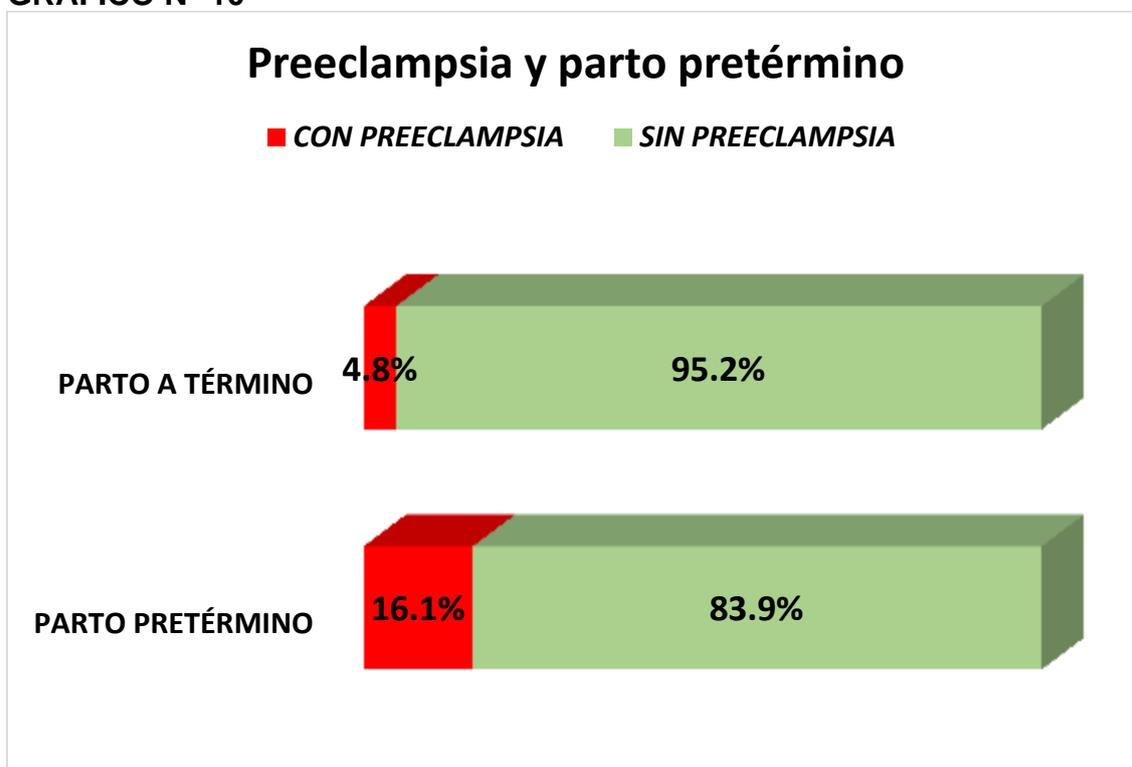


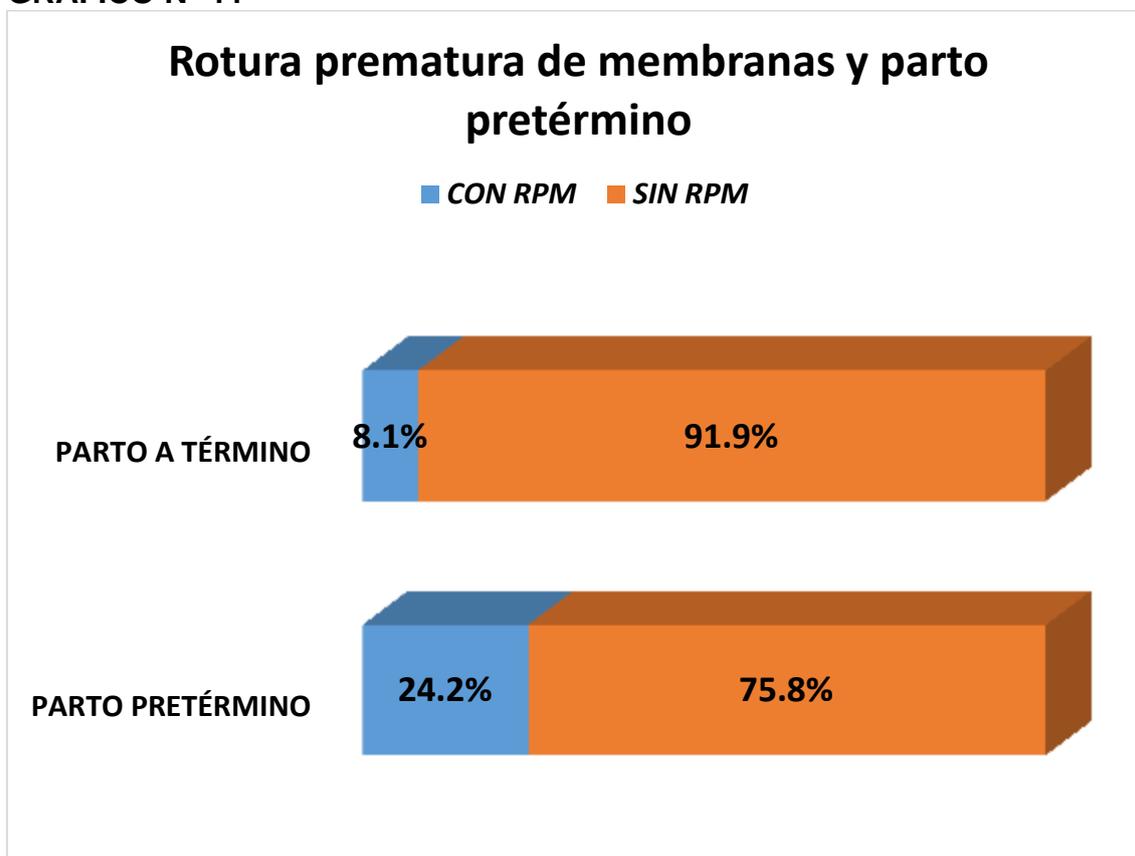
TABLA N° 11
ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y SU RELACIÓN CON EL
PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
AMAZÓNICO JULIO 2015 A JUNIO 2016

RPM	PARTO PRETÉRMINO				Total	%
	CON PP	%	SIN PP	%		
Con RPM	15	24.2%	5	8.1%	20	16.1%
Sin RPM	47	75.8%	57	91.9%	104	83.9%
TOTAL	62	100%	62	100%	124	100%

Fuente: Hospital Amazónico

Se observa que el parto pretérmino es proporcionalmente mayor en el grupo de gestantes con rotura prematura de membranas (24.2%) mientras que el parto a término es proporcionalmente menor en este grupo de gestantes con rotura prematura de membranas (8.1%). Chi cuadrado 5.96 y $p= 0.015$

GRÁFICO N° 11



3.2. DISCUSIÓN:

El parto prematuro es la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatal en todo el mundo especialmente en los nacimientos menores de 34 semanas.

El conocimiento de los factores de riesgo del parto prematuro temprano es muy importante por la posibilidad de impedir su recurrencia que habitualmente se produce por la misma causa.

Al estudiar los factores asociados al parto pretérmino se investigaron la edad, la infección urinaria, la anemia de la gestante, la vaginitis, la preeclampsia y ruptura prematura de membranas.

Se observa que el parto pretérmino se presenta con mayor proporción en el grupo de las gestantes con menos de 20 años, por lo que se acepta la investigación de Cortes Castell E. 2015 ya que existe un mayor riesgo de prematuridad en las madres adolescentes, asimismo Olaya Guzmán R. 2013 encuentra una alta prevalencia de gestaciones en adolescentes menores de 18 años. (10).

A la presencia de infección urinaria como factor de riesgo para presentar parto pretérmino, se acepta lo que demostró Ugalde-Valencia D. 2012, determinando que las infecciones vaginales y urinarias incrementan dos veces el riesgo de presentar parto pretérmino en adolescentes. (13)

Al analizar la anemia durante la gestación como factor de riesgo para el parto pretérmino encontrándose asociación entre ellas, se aceptan los resultados de Chira JL, Et al. 2015, quien encuentra que la anemia (concentración de hemoglobina <11 gr/dl) es un factor de riesgo para parto pretérmino. (11)

La vaginitis fue el otro factor que se investigó encontrándose que dicha patología se encuentra asociada a partos preterminos por lo que se acepta el trabajo de Rodríguez Díaz D. 2014, quien encontró resultados similares al nuestro pues la vaginitis está asociada al parto pretérmino. (14)

10.- Parada O. 2012. Violencia emocional como factor de riesgo en la amenaza de parto pretérmino. Rev Esp Méd Quir 2012;17(1):39-43

11.- Chira J, Sosa J. Factores de riesgo para parto pretermino en gestantes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Rev. Salud & Vida Sipanense Vol. 2/Nº2. ISSN 2313-0369 /2015

13.- Ugalde D. 2012. Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes

La preeclampsia también se observó como factor de riesgo para parto pretérmino por lo cual se aprueba la investigación de Genes Barrios V. 2012, pues demostró que la preeclampsia durante el embarazo actual tiene asociación estadísticamente significativa con la presencia de parto pretérmino. (6)

Finalmente se estudió a la rotura prematura de membranas asociado al parto pretérmino, encontrándose una fuerte asociación con la investigación de Rodríguez Díaz D.2014 por la cual se aprueba y es considerada un factor de riesgo.(14)

14.- Rodríguez D. 2014. Factores de riesgo maternos asociados a parto pretérmino: un estudio multicéntrico. Trujillo metropolitano, 2011 – 2013.

3.3. CONCLUSIONES

1. La edad de la gestante es un factor de riesgo para el parto pretérmino, ya que tiene mayor prevalencia en mujeres menores de 20 años con un 56.5%, mientras que un 33.9% de mujeres menores de 20 años no presentaron parto pretérmino.
2. La infección urinaria en la gestante es un factor de riesgo para el parto pretérmino, con 27.4% de casos de parto pretérmino con infección urinaria y 11.7% presentaron infección urinaria pero no terminaron en parto pretérmino.
3. La anemia de la gestante es un factor de riesgo para el parto pretérmino, con un 53.1% de gestantes con anemia que acabaron en parto pretérmino, mientras que el 27.5% de gestantes con anemia no terminaron en parto pretérmino.
4. La vaginosis bacteriana de la gestante es un factor de riesgo para el parto pretérmino, ya que se presenta en un 41.9% de casos de parto pretérmino cuando la vaginosis está presente y en los controles solo el 21.0% presento vaginosis bacteriana.
5. La preeclampsia es un factor de riesgo para el parto pretérmino, con un 16.1% en los casos, mientras que en el grupo de controles es decir sin parto pretérmino solo el 4.8% presenta preeclampsia.
6. La rotura prematura es un factor de riesgo para el parto pretrmino con 24.2% de los casos, mientras que el grupo de controles solo presenta un 8.1% de pacientes que terminaron en rupturas prematuras de membranas.

3.4.RECOMENDACIONES

1.- Intervenir en lugares donde se encuentran adolescentes como los colegios y universidades para producir en ellos mayor responsabilidad sexual sobre la base de información de educación sexual, así como buenos estilos de vida que distraigan saludablemente al adolescente como es la práctica de diferentes deportes para alejarlos de hábitos nocivos y conductas de riesgo par relaciones sexuales prematura y embarazos de riesgos.

2.- Educación de normas de higiene y prácticas sexuales saludables durante la gestación a fin de evitar contraer infección urinaria, así como controles periódicos de orina para evitar infecciones urinarias asintomáticas y dar un tratamiento oportuno y eficaz.

3.- Prevención y tratamiento adecuado de la anemia a base de alimentación rica en hierro o la medicación de hierro ante, durante y después de la gestación según el riesgo de anemia que presenta la gestante, la que debe ser realizada con controles prenatales periódicas.

4.- Educar sobre buenas prácticas de higiene íntima promoviendo la monogamia a fin de evitar la presencia de vaginosis, la que una vez establecida debe ser tratada eficazmente sobre la base del germen causal, el tratamiento debe incluir a la pareja.

5.- Detección y tratamiento oportuno de la hipertensión durante el embarazo mejorando sus hábitos alimenticios, o tratándolo con medicamentos a dosis individualizadas las que deben ser monitorizadas por las obstetras, para detectar fluctuaciones peligrosas precozmente y regular el tratamiento según el caso por parte del gineco-obstetra.

6.-Educar y brindar una adecuada información sobre las señales de alarma para que así la gestante sepa el momento indicado en el cual acudir al establecimiento de salud y poder brindarle un tratamiento oportuno.

ANEXOS

- **FUENTES DE INFORMACION**
- **MATRIZ DE CONSISTENCIA**
- **FICHA DE RECOLLECCION DE DATOS**
- **OPINIÓN DE EXPERTOS**

Fuentes de información

- 1.- Ticona M. 2012. Incidencia y factores de riesgo de bajo peso al nacer en población atendida en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. Rev. Ginecol Obstet Mex 2012;80(2):51-60
- 2.- Ovalle A. 2012. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. Rev Med Chile 2012; 140: 19-29
- 3.- Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. 2015. Recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de amenaza de parto pretérmino, atención del parto pretérmino espontáneo y rotura prematura de membranas.
- 4.- Lowell H; Raraz J; Raraz O. Factores asociados al bajo peso al nacer en un hospital de Huánuco 2014. Acta méd. Peruana vol.31 no.2 Lima abr; 2014
- 5.- Cortes E. 2015. Edad materna como factor de riesgo de prematuridad en España; área mediterránea. Nutr Hosp. 2013;28:1536-1540
- 6.- Genes V. Factores de riesgos asociados al parto pretérmino. Rev. Nac. (Itauguá). Vol. 4 (2) Dic. 2012, Pág. 8-14
- 7.- Minguet R. 2014. Incidencia de nacimientos pretérmino en el IMSS (2007-2012). Ginecol Obstet Mex 2014;82:465-471
- 8.- Olaya R. Factores de riesgos desencadenantes del trabajo de parto pretérmino en adolescentes embarazadas primigestas en el Hospital Gineco-obstétrico "Enrique C. Sotomayor" en el período de septiembre del 2012 a febrero del 2013 Guayaquil Ecuador.
- 9.- Parra F. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período enero 2010 - diciembre 2012
- 10.- Parada O. 2012. Violencia emocional como factor de riesgo en la amenaza de parto pretérmino. Rev Esp Méd Quir 2012;17(1):39-43
- 11.- Chira J, Sosa J. Factores de riesgo para parto pretermino en gestantes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Rev. Salud & Vida Sipanense Vol. 2/Nº2. ISSN 2313-0369 /2015

- 12.- Allpas H, Raraz J, Raraz O. Factores asociados al bajo peso al nacer en un hospital de Huánuco. Acta Med Per.2014;31(2):79-83
- 13.- Ugalde D. 2012. Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes
- 14.- Rodríguez D. 2014. Factores de riesgo maternos asociados a parto pretérmino: un estudio multicéntrico. Trujillo metropolitano, 2011 – 2013.
- 15.- Laterra C. Amenaza de parto pretérmino 2011. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2012;31(1)
- 16.- Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D. Williams Obstetricia. Mc Graw Hill. México. 23° Edición, 2011
- 17.- Retureta S. 2015. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila.
- 18.- Paris E, Sánchez I, Beltramino D, Copto A. Meneghello Pediatría. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires – Argentina. 6ta edición, 2013
- 19.- Navas L, Lankester E. Abordaje del Parto Pretérmino. Rev Méd Costa Rica Centroamérica. 2014; LXXI (613): 725-730.
- 20.- Satoshi C. Asociación de talla baja de la gestante con riesgo de parto pretérmino Trujillo 2014. Universidad Privada Antenor Orrego facultad de Medicina Humana; 2014.
- 21.- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos Asistenciales en Obstetricia: Amenaza de Parto Pretérmino. proSEGO. 2012
- 22.- Hospital Clínico Hospital San Joan de Déu. Protocolo: Amenaza de Parto Pretérmino. Universidad de Barcelona. 2015
- 23.- Couto D, Nápoles D, Montes P. Repercusión del Parto Pretermino en la morbilidad y mortalidad perinatales. MEDISAN. 2014; 18 (6): 852-858.
- 24.- Voto L, Valenti E, Asprea I, Voto G, Votta R. Parto Pretérmino. FAGO. 2014; 13 (1):5-10
- 25.- Puerta N. Guía de Practica Clínica de Amenaza de Parto Pretermino. Clinica de la Mujer - Bogotá. 2014.

- 26.- Althabe F, Carroli G. El parto pretérmino: detección de riesgos y tratamientos preventivos. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 2011.
- 27.- Osorio A, García J. Guía Farmacoterapéutica de amenaza de parto pretérmino. Rev Colomb Enferm.2015; 10 (10): 78-89
- 28.- Robert J, Leiva J, Germain A. Protocolo de Manejo en pacientes con amenaza de parto pretermino en clínica Las Condes. Rev Med Clin Condes. 2014; 25 (6): 953-957
- 29.- Jaroszuk M. Enfermedad del dengue en el embarazo. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 210 – Diciembre 2011
- 30.MEZA, Graciela. “El prematuro: Situación en la región Loreto y en el Perú” para el curso: Avances en neonatología y cirugía neonatal. Iquitos, Perú. 2006.
- 31.VELA R. (2000). Factores asociados a prematuridad en el Hospital Apoyo Iquitos. Tesis para titulado profesional
- 32.LAULATE B. (2003). Parto Pretermino: Factores Asociados para su Ocurrencia y Resultado Neonatal en el Hospital Apoyo Iquitos
- 33.Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología.90-96
34. Llaca Rodríguez Victoriano. Fernández Alba Julio. Obstetricia Clínica. 2002 Edit McGraw Hill

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	INSTRUMENTO	FUENTE
¿Qué factores de riesgo obstétricos condicionan al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital de Yarinacocha de julio 2015 a junio 2016?	Identificar los factores de riesgo obstétricos condicionantes al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital de Yarinacocha de julio 2015 a junio 2016	<p>1.Determinar si la edad de la gestante es un factor de riesgo condicionante para el parto pretérmino</p> <p>2.Precisar si la infección urinaria en la gestante es un factor de riesgo condicionante para el parto pretérmino</p> <p>3.Cuantificar si la anemia de la gestante es un factor de riesgo condicionante para el parto pretérmino</p> <p>4.Delimitar si la vaginitis de la gestante es un factor de riesgo condicionante para el parto pretérmino</p> <p>5.Identificar si la preeclampsia es un factor de riesgo condicionante para el parto pretérmino</p> <p>6.Evaluar si la rotura prematura de membranas es un factor de riesgo condicionante para el parto pretérmino</p>	<p>H1: El RPM es un factor de riesgo para el parto pretérmino</p> <p>H1: La infección urinaria en la gestante es un factor de riesgo para el parto pretérmino</p> <p>H1: La anemia de la gestante es un factor de riesgo para el parto pretérmino</p> <p>H1: La vaginitis de la gestante es un factor de riesgo para el parto pretérmino</p> <p>H1: La preeclampsia es un factor de riesgo para el parto pretérmino</p> <p>H1: La RPM es un factor de riesgo para el parto pretérmino</p>	<p>DEPENDIENTE</p> <p>Parto pretérmino</p> <p>INDEPENDIENTES</p> <p>Factores de riesgo</p>	<p>Parto entre 22 y 37 semanas de gestación</p> <p>RPM</p> <p>Infección urinaria</p> <p>Anemia</p> <p>Vaginitis</p> <p>Pre eclampsia</p> <p>Rotura prematura de membranas</p>	Ficha de recolección de datos	HC

--	--	--	--	--	--	--	--



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha N° _____

1. **Edad:** _____ años

2. **Estado civil:** Casada () conviviente () soltera ()

3. **Grado de instrucción:** Ninguno ()
Primaria incompleta () primaria completa ()
Secundaria incompleta () secundaria completa ()
Superior no universitario () superior universitario ()

4. **Paridad**
a) Primípara () b) Multípara ()

5. **Atención de Controles prenatales**
a) Ninguno () b) 1 - 5 () c) De 6 a más ()

6. **Factores asociados**
a) Ruptura prematura de membranas SI () NO ()
b) Vaginitis SI () NO ()
c) Infección urinaria: SI () NO ()
d) Anemia: - Leve de 9 a 10 mg/dl ()
 - Moderada de 7 a 8 mg/dl ()
 - Severa de 9 a 10 mg/dl ()
e) Preeclampsia: SI () NO ()
f) Rotura prematura de membranas SI () NO ()