

**UNIVERSIDAD NACIONAL**  
**“SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO”**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**“FACTORES ASOCIADOS A PARTO PREMATURO EN  
GESTANTES, HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO, 2016-  
2017”**

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

**Bach. Leon Huerta Mariel Gail  
Bach. Lucas Berde Flor Justina**

**Asesor: Dra. VALENCIA VERA, Consuelo Teresa**

**HUARAZ – PERÚ  
2018**

## **DEDICATORIA**

Esta tesis la dedico a Dios quien sobre todas las cosas me dio vida, y la sabiduría necesaria para la realización de este tema; También les dedico a mis padres por brindarme su apoyo incondicional e infinito, por ser el motor y motivo para poder lograr mis metas.

### **Mariel**

A mis queridos padres por brindarme su amor y apoyo, por permitirme llegar a cada meta que me trace y otorgarme la oportunidad para ser alguien en la vida. A mis familiares por sus consejos brindados, por su apoyo incondicional para poder seguir adelante

**Flor**

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar agradecer a Dios por darnos vida y salud. A nuestros maestros ya que ellos nos enseñaron a valorar los estudios y a superarnos cada día, también a nuestra Asesora la Dra. Teresa Valencia por aceptarnos ser nuestra guía y brindarnos sus conocimientos y todo su tiempo.

A nuestros miembros de jurados por tomarse el tiempo de leer el presente trabajo, por los comentarios y correcciones hechos al respecto: DR. Douglas López De Guimaraes, MAG. Gilma Aly Rojas Tello, DRA. Yuliana Mercedes De La Cruz Ramírez. Infinitamente gracias.

A nuestra prestigiosa Universidad Nacional “Santiago Antúnez de Mayolo UNASAM-HUARAZ” orgullosos de haber pertenecido por 5 años en sus aulas y pasillos.

A nuestros padres que hasta el día de hoy confían en nosotros y por ser nuestro soporte en los momentos más difíciles, gracias infinitamente, gracias a todos ustedes estamos aquí presentes, bien formados y con ganas de seguir superándonos y prometemos no defraudar a ninguno de ustedes.

**ÍNDICE**

RESUMEN.....	V
ABSTRAC.....	vii
1.INTRODUCCION.....	7
2. HIPOTESIS.....	14
3. BASES TEORICAS.....	17
4. MATERIAL Y METODOS.....	44
5. RESULTADOS.....	50
6. DISCUSIÓN.....	62
7. CONCLUSIONES.....	66
8. RECOMENDACIONES.....	67
9.REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	
ANEXOS	

## RESUMEN

Se planteó el siguiente problema ¿Cuáles son los factores asociados a parto prematuro en gestantes Hospital Regional de Huacho, 2016-2017? Con el objetivo general de la investigación fue, determinar los factores que están asociados a parto prematuro en gestante: hipótesis: Los factores sociodemográficos, maternos y gineco obstétrico están asociados significativamente a parto prematuro en gestantes.

Investigación aplicada, correlacionar, el diseño de investigación fue no experimental transversal, la población fue 315 historias clínicas de las gestantes con parto prematuro y una muestra de 172 historias clínicas, la técnica utilizada fue el análisis documental, como instrumento se usó la ficha de recolección de datos, se contrastó mediante la prueba Chi-cuadro. Los resultados fueron: factores sociodemográficos el 37.2%, tienen una edad de 26 a 35 años, el 25.6% son convivientes, 32,6% proceden de la zona urbana y fueron partos prematuros tardíos. Los factores maternos asociados es el 26.7% tuvieron hipertensión arterial, 39.5% no realizaron atención prenatal ,25.6% tuvieron diabetes, todos fueron partos tardíos y 17.4% consumo de drogas tuvo un parto prematuro general  $\leq$  a 37ss. Los factores Gineco – obstétricos asociados a parto prematuro se aprecia que: el 40.7% presentaron rotura prematura de membrana, y 40.7% infección urinaria, de ellos el fueron partos prematuros tardío y 26.6% tuvieron desprendimiento de placenta tuvo un parto prematuro general  $\leq$  a 37ss

Se concluyó que los factores asociados a parto prematuro en gestantes es: grado de instrucción, procedencia, edad, estado civil, hipertensión arterial, no realización de atención prenatal, diabetes no consumo de drogas, infección urinaria, ruptura prematuro de membranas y desprendimiento de placenta.

**Palabras Claves:** Factores asociados, Parto prematuro.

**ABSTRACT**

The following problem was raised: What are the factors associated with preterm birth in pregnant women in the Regional Hospital of Huacho, 2016-2017? The general objective of the research was to determine the factors that are associated with preterm birth in pregnant women: hypothesis: The sociodemographic, maternal and obstetric gynecological factors are significantly associated with preterm birth in pregnant women. Applied research, correlating, the research design was non-experimental cross-sectional, the population was 315 clinical histories of pregnant women with premature delivery and a sample of 172 clinical histories, the technique used was the documentary analysis, as an instrument the collection form was used of data, was contrasted through the Chi-box test. The results were: sociodemographic factors 37.2%, have an age of 26 to 35 years, 25.6% are cohabiting, 32.6% come from the urban area and were late preterm births. The maternal factors associated is 26.7% had arterial hypertension, 39.5% did not perform prenatal care, 25.6% had diabetes, all were late births and 17.4% drug consumption had a general premature delivery  $\leq 37$ ss. The gynecological and obstetric factors associated with premature birth showed that: 40.7% had premature rupture of the membrane, and 40.7% urinary infection, of them the premature delivery was late and 26.6% had placental abruption had a general premature delivery  $\leq 37$ ss.

It was concluded that the factors associated with preterm birth in pregnant women is: degree of education, origin, age, marital status, high blood pressure, no prenatal care, diabetes without drug use, urinary infection, premature rupture of membranes and placental abruption. .

Key words: Associated factors, Preterm birth.

## I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido el parto prematuro o pretérmino como el nacimiento que tiene lugar después de las 22 semanas y antes de completadas las 37 semanas de edad gestacional <sup>(1)</sup>. El parto prematuro es un síndrome al que se le relaciona con la morbilidad neonatal y tiene consecuencias adversas para la salud a largo plazo <sup>(2)</sup>.

En el año 2015 a nivel mundial, se estima que cada año nacen unos 15 millones de recién nacidos con parto prematuro. Asia meridional y África subsahariana representan la mitad de los partos prematuros del mundo, más del 60% del parto prematuro y más del 80% de los 1,1 millones de las muertes del mundo debido a complicaciones por el parto prematuro. En los países de ingresos bajos, una media del 12% de partos prematuros, frente al 9% en los países de mayores ingresos. Los países con mayor cantidad de partos prematuros son en Malawi siendo el 18.1%, Comoras es el 16.7%, de partos prematuros en Congo es 16.7%, de Zimbabwe es de 16.6%, Guinea Ecuatorial es de 16.5%, Mozambique es 16.4%, en Gabón es 16,3%, Pakistán: 15,8%, Indonesia es de 15.5%, Mauritania de parto prematuro es de 15,4% de los 65 países que disponen de datos fiables sobre tendencias, todos menos tres han registrado un aumento en las tasas de partos producidos prematuros en los últimos 20 años <sup>(3)</sup>.

En América Latina para el año 2015 se encontraron tasas similares de parto prematuro, siendo las más altas en Costa Rica 13,6%, El Salvador 12,8%, ubicando a Honduras en tercer lugar con 12,2% seguido de Belice con 10,4%, en el departamento de Lempira con 3% de partos prematuros <sup>(4)</sup>.

En el Perú durante el año 2015, 9 de cada 10 mujeres concluyeron su embarazo con un parto prematuro. De los 27 mil nacidos vivos con parto prematuro durante el 2015, edad gestacional menor a las 37 semanas, el 4,2% de partos prematuro fue inmaduro, es decir, con menos de 28 semanas de gestación, mientras que el 9% de parto prematuro muy prematuro (entre las 28 a 31 semanas de gestación). El mayor porcentaje de parto prematuro es pretérmino se encuentra dentro del grupo de los prematuros moderado a tardío (86,8%), es decir que nacieron entre las 32 a 36 semanas de gestación <sup>(5)</sup>.

En las regiones se observa el mismo comportamiento que en el nacional, , mientras que el mayor porcentaje de parto prematuro se encuentran en la región Loreto (7,2%) y las regiones de Piura, La Libertad, Tumbes, Lambayeque, Cajamarca, Callao, San Martín, Ucayali y Apurímac, presentan porcentajes alrededor del 6%. Por otro lado, el 1,2% de parto prematuro en la región Piura, asimismo, el 1,1% de parto prematuro en La Libertad, Tumbes, Ancash y Lambayeque y el 1% de parto prematuro en las regiones de Tacna, Junín y Callao. Con porcentajes menores al 1% <sup>(5)</sup>.

Al analizar el parto prematuro en las regiones, se observa que, el mayor porcentaje de partos prematuros con edad gestacional de 32 a 36 es 83% en todas las regiones, Por otro lado, las regiones de Ayacucho (12,7%), Junín (12,2%), Tacna (12,2%), Ancash (11,9%), Piura (10,6%) y Arequipa (10,3%) presentan los más altos porcentajes de partos muy Prematuros, mientras que Amazonas (6%) presenta el más alto porcentaje de partos de prematuros extremos. <sup>(5)</sup>



El parto pretérmino se ha asociado con múltiples factores, como lo son el antecedente de tener un parto pretérmino, la anemia, los altos niveles de catecolaminas en la orina materna, el consumo de tabaco, la ruptura prematura de membranas (RPM) la hipertensión arterial (HTA), el sangrado transvaginal, el periodo intergenésico  $\leq 1$  año, la infección del tracto urinario (ITU), la ausencia del control prenatal, el control prenatal deficiente, tener una edad menor de 20 años tener una edad materna mayor de 35 años, el oligohidramnios, el antecedente de aborto inducido, la preeclampsia, el embarazo gemelar, edad materna avanzada. Por otra parte, a pesar de que existen varios factores de riesgo relacionados con el parto pretérmino, su etiología aún no ha sido determinada en su totalidad <sup>(6)</sup>.

Los factores asociados más frecuentes del parto prematuro figuran los embarazos múltiples, las infecciones de vías urinarias y las enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión; ahora bien, a menudo no se identifica la causa <sup>(7)</sup>.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2015), los partos prematuros son responsables del 75% a 80% de la mortalidad perinatal, principalmente antes de las 32 semanas de más de la cuarta parte de la morbilidad a largo plazo y de la mayoría de las complicaciones neurológicas y respiratorias que presenta los neonatos <sup>(8)</sup>.

En el Perú el año 2014 el factor asociado a parto prematuro se subdivide en dos; factores preconceptionales donde los más frecuentes encontrados en el Hospital San Bartolomé es la Ausencia de control prenatal en un 52.7%, seguido del intervalo genésico menor 12 meses 8.6%, según la edad mayor de 29 años en una incidencia de 38.2%. Además, se observa los factores gestacionales siendo el sangrado en el

embarazo 36.7%, el sangrado primer trimestre en un 33.0%, sangrado tercer trimestre en un 2.7%, seguido de la amenaza de parto pretérmino 4.8%, la Pielonefritis en un 2.3%, seguido de la Eclampsia en un 0.2%, la ruptura prematura de membranas mayor de 12 horas en un 13.1%, Preeclampsia en un 14.1% <sup>(9)</sup>.

Aproximadamente en el año 2010 el 50% de los partos prematuros son idiopáticas, 25% están relacionados con la rotura prematura de membranas (RPM) y otro 25% se atribuyen a indicación médica o partos prematuros optativos, los cuales son indicados principalmente por presentar trastornos hipertensivos del embarazo, la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), estado fetal anormal o desprendimiento de la placenta <sup>(10)</sup>.

Otros factores maternos implicados son edad materna joven o avanzada; pobreza; estatura baja; deficiencia de vitamina C, y factores ocupacionales, como caminar o permanecer de pie durante periodos prolongados, condiciones laborales extenuantes, y horarios de trabajo semanales prolongados <sup>(10)</sup>.

En el Perú, en 2014 el 11-14% del total de gestaciones de parto prematuro considera la causa principal de morbilidad y mortalidad neonatal, la incidencia de parto prematuro reportada varía entre el 3,6% - 11,8% y es causa importante de muerte <sup>(5)</sup>.

En el Hospital Regional de Huacho estadísticamente se observó durante el año 2016 - 2017 el aumento de partos prematuros en gestantes: en el año 2015 se encontraron 130

partos prematuros, 2014 se encontraron 120 partos prematuros en el año 2013 hubo 100 partos prematuros, año 2012 hubo 80 partos prematuros.

Por incremento de parto prematuro en gestantes surgió la gran importancia de realizar un estudio para poder contribuir al conocimiento de reconocer los factores asociados a parto prematuro en el Hospital de Huacho.

Por las consideraciones mencionadas anteriormente, se consideró necesario realizar la tesis mediante la formulación del siguiente **problema**, ¿Cuáles son los factores asociados a parto prematuro en gestantes, Hospital Regional de Huacho, 2016-2017?; teniendo como **Objetivo General**, determinar los factores que están asociados a parto prematuro en gestantes, Hospital Regional de Huacho, 2016.-2017.

Los **objetivos específicos** fueron: conocer si los factores sociodemográficos están asociados a parto prematuro en gestantes, identificar los factores maternos que están asociados a parto prematuro en gestantes e identificar los factores Gineco - obstétrico que están asociados a parto prematuro en gestantes.

En la tesis se concluye que los factores sociodemográficos, maternos y Gineco – obstétricos están asociados al parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Huacho durante el periodo de estudio.

El contenido de la tesis se ha distribuido en la primera parte, se presenta la introducción donde se describe y se plantea el problema de investigación, así como el objetivo

general y los objetivos específicos, en la segunda parte contiene la hipótesis de investigación y las variables en la parte tres se presenta la operacionalización de las variables, la bases teóricas se presentan en la parte cuatro, donde se formula los antecedentes, bases teóricas y definición de términos, en la quinta parte se consignan el material y métodos, que contiene el tipo y diseño de investigación, la población, la muestra, el instrumento de recolección de datos, el análisis y procesamiento de la información y la ética de la investigación, en la parte seis se presenta los resultados de la investigación, en la parte siete se presenta la discusión, en la parte ocho se consigna las conclusiones de la investigación, en la parte nueve la conclusiones y finalmente en la parte diez las referencias bibliográficas.

Finalmente, es pertinente justificar la realización de la tesis, en vista que el número de gestantes afectadas por un parto prematuro se ha incrementado a través de los últimos años; entonces, surge la inquietud para la realización de esta investigación, ya que un importante número de nuestra población en todo el mundo está expuestas a sufrir esta patología, lo cual estaría permitiendo que se incremente los partos prematuros en gestantes.

La relevancia social de la investigación radicó en que sus resultados demostraron la prevalencia de los partos prematuros en gestantes, lo que permite sugerir a las autoridades de salud y del Hospital Regional de Huacho tomar acciones sanitarias que permita mejorar la salud y la calidad de vida de las gestantes.

La investigación tiene una relevancia teórica – práctico, debido a que se aborda un tema de salud muy importante, debido a que se analizó factores que están asociados al parto prematuro en gestantes que es una preocupación de las autoridades de salud a nivel nacional y mundial y los resultados han permitido tomar conocimiento de los factores relevantes asociados al parto prematuro, los cuales serán de conocimiento de las autoridades del Hospital de Huacho donde se realizó la investigación para que tomen decisiones para disminuir riesgos que afecten a la madre o al neonato.

La utilidad metodológica del trabajo se justifica porque servirá como base para continuar realizando investigaciones y la factibilidad de llevar a cabo este trabajo se sustenta, en primer lugar porque se contará con el apoyo de las autoridades del Hospital Regional De Huacho , para la autorización de la recolección de datos y de la información necesaria viable porque se cuenta con la asesoría y la orientación del asesor, además de contar con los recursos económicos, humano, la logística, información bibliográfica de mucha importancia para realizar una investigación de este tipo.

## **2. HIPOTESIS**

Los factores sociodemográficos, maternos y Gineco obstétrico, están asociados significativamente a parto prematuro en gestantes, Hospital Regional de Huacho, 2016-2017.

### **2.1. Variables**

#### **Variable Independiente**

- Factores asociados

#### **Variable Dependiente**

- Parto prematuro

## 2.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICION
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE:</b>  <b>FACTORES ASOCIADOS</b>	<p>Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.</p>	<b>FACTORES SOCIO - DEMOGRÁFICOS</b>	Edad	15 a 17 18 a 25 25 a 35 36 a mas	Ordinal
			Grados de instrucción	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	Ordinal
			Estado civil	Soltera Casada Conviviente	Nominal
			Procedencia	Zona Urbana Zona Rural	Nominal
		<b>FACTORES MATERNOS</b>	Diabetes	Sí No	Nominal
			Hipertensión arterial	Sí No	
			Consumo de drogas	Sí No	
			Atención prenatal	Sí No	
		<b>FACTORES GINECO OBSTETRICO</b>	Desprendimiento prematuro de placenta	Sí No	Nominal
			Rotura prematura de membranas	Sí No	
			Infección urinaria	Sí No	

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICION
<p style="text-align: center;"><b>VARIABLE DEPENDIENTE:</b></p> <p style="text-align: center;"><b>PARTO PREMATURO</b></p>	<p>Se denomina parto prematuro, al que se produce antes de las 37 semanas de gestación.</p>	<p>Características del Parto prematuro</p>	<p>CLASIFICACIÓN</p>	<p>Prematuro general: menor de 37 semanas.</p> <p>Prematuro tardío: de la semana 32 a 36.</p> <p>Muy prematuro: entre la semana 28 a 31.</p> <p>Extremadamente prematuro; menores de 28 semana.</p>	<p>Nominal</p>



### 3. BASES TEORICAS

#### 3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

OVALLE, Alfredo, (2012). **Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago**. Chile. Artículo de investigación. Objetivo: Determinar los factores asociados con los partos prematuros, utilizando la clínica materna datos, resultados de laboratorio y hallazgos placentarios patológicos. Metodología: Estudio retrospectivo de 642 partos únicos pretermito a las 22-34 semanas de gestación. Factores asociados para los partos prematuros se clasificaron como maternos, fetales, placentarios, indeterminables e inclasificables. Resultados: Las proporciones de nacimientos prematuros fueron espontáneas 69% (con PROM 27% y con membranas intactas 42%) y médicamente indicados nacimientos 31%. Se identificó un factor de riesgo asociado a la prematuridad en 98 y 85% de nacimientos médicamente indicados y espontáneos, respectivamente. Bacteria ascendente infección (ITB) fue el factor asociado con mayor frecuencia con prematuros espontáneos parto en el 51% de las mujeres (142/280,  $p < 0.01$ ) y con partos prematuros de menos de 30 semanas en el 52% de las mujeres (82/157,  $p < 0.01$ ). Infección vaginal o urinaria con Streptococcus del grupo B, fue la condición clínica más común asociada con Entregas relacionadas con ABI. La hipertensión estuvo presente en 94 de 127 médicamente indicados partos prematuros (preeclampsia en 62% e hipertensión crónica en 12%), y en 29% (preeclampsia 24%) de nacimientos prematuros de más de 30 semanas. Congénito las anomalías se asociaron principalmente con una edad materna mayor de 35 años en 15% (14/92) de mujer. La frecuencia de enfermedades placentarias fue mayor en los prematuros espontáneos partos (14%) y en embarazos

de más de 30 semanas en (14%). Conclusión: ABI fue el factor más común asociado con los nacimientos prematuros espontáneos a los 22- 34 semanas, mientras que la preeclampsia es el factor más común asociado con la medicación indicados partos prematuros<sup>(11)</sup>.

GARCÍA, Fanny, CRUZ Fabián y ZUNIGA Carlos. (2012) **Factores Asociados al Parto Prematuro en el Departamento de Lempira**, Honduras. Artículo científico. Objetivo: Identificar factores asociados al parto prematuro. Metodología; De cohorte prospectivo, realizado en el departamento de Lempira, occidente de Honduras, la muestra fue de 367 mujeres embarazadas seleccionadas de un universo de 8,148 reportadas por 87 centros de salud. Se seleccionaron embarazadas con fecha de última menstruación conocida y con fecha de parto en 2010. Definiendo parto prematuro al ocurrido entre las 22 y 36 semanas gestacionales; parto a término al ocurrido a las 37 o más semanas gestacionales. Se obtuvo datos de la historia clínica y entrevista a las mujeres. Se calculó medidas de tendencia central y de asociación (riesgo relativo RR) con intervalos de confianza al 95% (IC95%), usando Epi info versión 3.5.3. Resultados: De 367 embarazadas seleccionadas, se conoció el desenlace en 358 (98%). Ocurrieron partos prematuros en 27/358 (7.5%) rango 0-20 en los municipios. 284/358 (80%) fueron partos institucionales, 22/284 (8%) de ellos prematuros. El tener bacteriuria (RR=3.21; 95%CI 1.00- 10.28), < 3 atenciones prenatales (RR=2.59; IC95%=1.20-5.60, p <0.02) y > 4 hijos (RR=2.38; IC95%=1.14-4.97, p <0,02) fue asociado con parto prematuro. Concluso: El parto prematuro en el Departamento de Lempira está asociado con bacteriuria, pocas atenciones prenatales y multiparidad, observando variaciones entre municipios. Para reducir partos prematuros, se ha

monitorizado la cantidad y calidad de atenciones prenatales y focalizando la oferta de métodos de planificación familiar en multíparas. Se recomienda realizar estudios en municipios con altas tasas de parto prematuro. <sup>(12)</sup>.

GENES, Viviana. (2012) **Factores de riesgo asociados al parto pretérmino**. Paraguay. artículo científico. Objetivo: identificar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino, tanto espontáneo como inducido. Metodología: se realizó un estudio de casos y controles en la Cátedra y Servicio de Ginecología y Obstetricia de la FCM-U.N.A. Se incluyeron 346 pacientes que tuvieron su parto en el periodo de enero a diciembre 2011. En el estudio se analizó la asociación de ciertos factores de riesgo con el parto pre término mediendo OR y sus respectivos intervalos de confianza al 95%. 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 rotura 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<sup>(3)</sup>.

RETURETA, Silvia, (2015). **Factores de riesgo asociados a parto prematuro en gestantes del municipio ciego de Ávila**. Cuba. Artículo de investigación. Objetivo: Identificar los factores de riesgo asociados al parto prematuro en el municipio ciego de Ávila. Metodología: Estudio analítico del tipo casos y controles, realizado en El

Municipio Ciego de Ávila, para analizar los factores de riesgo asociados al parto prematuro en el período 2009-2012. Las variables a estudiar fueron: edad materna y factores de riesgo de parto prematuro. La estimación puntual de la asociación se realizó a través de la razón de productos cruzados, odds ratio. Además, se aplicó la prueba de interdependencia chi cuadrado, considerando que la asociación fue significativa cuando  $p < 0,05$ . Resultados: Los factores más relacionados con el parto prematuro, fueron los antecedentes de parto prematuro y de aborto de embarazos anteriores, el peso materno bajo a la captación, la talla inferior a 150cm, la ganancia de peso baja o alta durante el embarazo, hábito fumar en la embarazada, infecciones vaginales y urinarias, el embarazo múltiple y las afecciones del útero. Conclusión: La práctica de abortos anteriores y el embarazo múltiple fueron los factores de riesgo que mayormente se asociaron al parto prematuro; sin embargo, puede decirse que su origen es multifactorial, no solo por la existencia de otros factores que también se presentaron de manera considerable, sino por la interrelación entre cada uno de ellos<sup>(13)</sup>.

BARRERA Laura, MANRIQUE Fabián y OSPINA Juan (2016). **Factores asociados al parto pretermo en adolescentes de Tunja**. Colombia. Artículo de investigación. Objetivo: Describir factores posiblemente asociados al parto pretermo (PP) en una muestra de gestantes adolescentes, atendidas en el Hospital San Rafael de Tunja, en 2010. Metodología: de corte transversal, observación al analítico. Se revisaron las historias clínicas de 30 adolescentes de Tunja que asistieron al servicio de obstetricia y tuvieron PP. Resultado: Arrojan una prevalencia de PP 6,1%; media de edad 17,3 años (SD = 1,76; rango 14-20); rango de edad gestacional 22-37 semanas. Se identificaron, asociadas al PP, infección de vías urinarias (30.5%), vaginosis (26.7%),

anemia (23.3%), preeclampsia (20%), 35.3% consumió bebidas alcohólicas durante el embarazo. En cuanto a los controles prenatales, un 40% asistió de 0 a 3 controles, 33.3% asistió de 4 a 6 controles y 26.7% de 7 a 9 controles. Conclusión: Se encuentra una incidencia de parto pretérmino en la población estudiada que coincide con los reportes de otros estudios. En la exploración se insinúan como factores de riesgo más significativos para la ocurrencia del parto pretérmino, en primer lugar, procesos infectocontagiosos como infección de vías urinarias y vaginosis; en segundo término, factores relacionados con la fisiología y el desarrollo de las adolescentes gestantes: anemia, hemorragias, enfermedad hipertensiva; finalmente, como factores sociodemográficos, baja adherencia a los controles prenatales, pobreza, bajo nivel de escolaridad y consumo de alcohol<sup>(14)</sup>.

GUILLEN, Juan. (2015). **Factores maternos asociados al parto pretérmino en el hospital nacional Alberto Sabogal Sologuren 2014**. Lima. Tesis para optar el Título de Especialista de Ginecología y Obstetricia. Objetivo: Conocer los factores maternos asociados al parto pretérmino en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en el periodo comprendido de enero del 2014 a junio del 2014. Metodología: se realizó un estudio retrospectivo de tipo descriptivo de corte transversal, en 127 pacientes de las cuales el 39.4% (50) presentaron parto pretérmino y el 60.6% (77) no presentaron parto pretermino. Resultados: La media de la edad de los casos fue de  $28.7 \pm 7.2$  años y de los controles de  $26.6 \pm 5.6$  años, siendo la mínima edad de 15 años y la máxima de 40 años, hubo una mayor frecuencia de pacientes mayores de 35 años en los casos (26% versus 3.9%), siendo esta relación estadísticamente significativa. Todas las pacientes controles tuvieron edad gestacional mayor de 37 semanas y de los casos

observamos una mayor frecuencia de edad gestacional entre los 35 a 37 semanas (64%), observamos que la patología materna infecciosa de mayor frecuencia fue la vulvovaginitis (32%), seguido de infecciones urinarias (28%). En relación a la patología materna metabólica en los casos hubo una mayor frecuencia de diabetes (14%). Conclusión: Los factores maternos de características infecciosas asociados con parto pretermino fueron: infección urinaria, vulvovaginitis, corioamnionitis. ( $p < 0.05$ ). El factor materno de característica metabólica asociado con parto pretermino fue la diabetes gestacional. ( $p < 0.05$ )<sup>(15)</sup>.

SAMFERNANDO David y ZATTA julio (2015). **Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Docente las Mercedes Chiclayo durante el 2014.** Tesis para optar el Título Médico Cirujano. Objetivo: Determinar los factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes adolescentes. Metodología: Diseño no experimental, estudio retrospectivo comparativo, de casos y controles en 71 pacientes con parto pretérmino (casos) y 140 pacientes con parto a término (controles). Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21, determinando: Medidas de frecuencia, en tablas de doble entrada y gráficos, se utilizó la prueba de Chi Cuadrado para establecer asociación entre los antecedentes obstétricos y patologías con el parto pretérmino, con el Odds Ratio. Un nivel de  $p < 0.05$  fue considerado significativo. Resultados: Los antecedentes obstétricos asociados con parto pretérmino fueron: el tener más de una pareja sexual (OR=6.7), no control prenatal (OR=11), embarazo múltiple actual (OR=2.1), antecedente de cesárea (2.9) y condición de multípara (OR=12.4) ( $p < 0.05$ ). Las patologías más frecuentes asociadas al parto pretérmino fueron: Ruptura prematura de

membrana (32.3%), Preeclampsia (28.0%) e Infección del tracto urinario (18.3), mientras que las más frecuentes en el parto a término fueron Preeclampsia (32.3%), Infección del tracto urinario (15.7%) y Ruptura prematura de membrana (10.7%). La anemia se asocia significativamente ( $p < 0.05$ ) con el parto pretérmino, predominando la anemia moderada con 78.6% (OR=14.34). Las pacientes adolescentes correspondieron con mayor frecuencia al grupo etáreo de 17 a 19 años, siendo 83% para parto pretérmino y 72% para parto a término. Conclusión: Los factores de riesgo asociados al parto pretérmino de las gestantes en el hospital y periodo de estudio fueron tener más de una pareja sexual, no control prenatal, condición de múltipara y anemia moderada, ITU, Preeclampsia, RPM<sup>(16)</sup>.

CRUZ, Mari. (2015). **Factores de riesgo maternos preconcepcional y conceptuales del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, 2014**. Lima. Tesis para optar del Título de Médico Cirujano. Objetivo: Estudiar los factores de riesgos maternos del parto pretermino en el Hospital Nacional Santa Rosa de Lima durante el año 2014. Metodología: Estudio caso-control en 20 casos con parto pretermino y 20 controles con parto a término. Se revisaron las historias clínicas y se elaboró una hoja de datos en SPSS para el análisis descriptivo con nivel de significancia  $p < 0.05$ . Se consideró como factor de riesgo si OR e IC 95% eran  $> 1$ . Se realizó el análisis de regresión logística binaria para evaluarla potencia individual de los factores y eliminar los factores confusores. Resultados: Los factores de riesgo maternos pre gestacional es significativo para nuestra serie fueron: nivel socio-económico bajo (OR= 5.57 e IC 95% = 1.420-21.860), antecedentes de parto pretermino (OR= 35.29 e IC 95% = 3.868-321.932) y antecedentes maternos de

infección urinaria pre gestacional. Los factores de riesgo maternos gestacionales significativos para nuestra serie fueron: control prenatal inadecuado (OR= 9.00 e IC 95% = 1.638-49.446) e infección urinaria (OR= 4.64 e IC 95% = 1.023-21.004). Conclusión: Los factores de riesgo materno del parto pretermino en el Hospital Nacional Santa Rosa de Lima fueron: antecedente de parto pretermino, el antecedente materno de infección urinaria pre gestacional y un control prenatal inadecuado<sup>(17)</sup>.

GARCIA, Bethzabe (2015). **Edad materna y el número de abortos como factores de riesgo para parto pretérmino en pacientes atendidas en el hospital docente madre niño “San Bartolomé” durante enero a febrero del año 2015.** Lima. Tesis para optar el Título de Profesional de Obstetricia. Objetivo: Determinar si la edad materna y el número de abortos son factores de riesgo para el parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” durante enero a febrero del año 2015. Metodología: Estudio no experimental, con enfoque cuantitativo, retrospectivo, de casos y controles, cuyo tamaño muestral estuvo conformado en dos grupos: El grupo casos, conformado por 30 puérperas de parto pretérmino y el grupo control, conformado por 30 puérperas de parto a término; este último grupo se obtuvo mediante la técnica de pareamiento en relación 1:1 con el grupo casos. El grado de asociación se determinó mediante la prueba Chi-cuadrado, con un nivel de confianza (IC) del 95%, el cual se consideró significativo con un valor  $p < 0.05$  y se calculó el OR para determinar si el factor representa un riesgo. Resultados: La edad de 20 a 35 años se asoció ( $p=0.006$ ) con el parto pretérmino (OR=0.2) como un factor protector, mientras que el grupo etéreo de 19 años a menos se comporta como un factor de riesgo ( $p=0.048$ ; OR=3.86). En lo que respecta al número de abortos, no



se observó asociación entre el número de abortos y el parto pretérmino ( $p>0.05$ ), sin embargo, el no tener abortos se asoció al parto pretérmino ( $p=0.038$ ) como factor protector (OR= 0.20). Conclusión: La edad materna menor o igual a 19 años se presentó como un factor de riesgo para parto pretérmino en las pacientes atendidas en el Hospital Docente Madre Niño “San Bartolomé”, mientras que la edad materna de 20 a 35 años y no tener antecedente de abortos se presentaron como factores protectores para parto pretérmino<sup>(18)</sup>.

**CHIRA Jorge y SOSA Luis (2015). Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del Hospital Provincial Docente Belén .Lambayeque.** Artículo de investigación. El nacimiento pretermo es la mayor causa de morbilidad y mortalidad neonatal y responsable de 75% a 90% de las muertes neonatales no relacionadas con malformaciones congénitas. Determinar los factores de riesgo del parto pretermino en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque durante el año enero-diciembre 2010. Metodología: El presente estudio es analítico, de casos y controles pareados de tipo retrospectivo, descriptivo comparativo, transversal en el que se analizaron las historias clínicas de nacimiento pretérmino (casos:  $n=80$ ) atendidos de enero-diciembre 2010, los controles se seleccionaron al azar de las historias clínicas de pacientes con nacimientos a término ( $n=160$ ). Se analizó la asociación de nacimiento pretérmino con factores preconcepcional y gestacionales. Resultados: controles prenatales presentaron OR: 9.13 (3.51-23.7)  $p:0.0000$ , 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 preconcepcional de riesgo para parto pretermino, 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. conclusión: La incidencia de parto pretérmino en el Hospital Provincial Docente Belén-Lambayeque MINSA, en el periodo comprendido enero-diciembre 2010, de un total de 2006 gestantes fue de 8.4% similar a la reportada en la literatura. Los factores de riesgo preconcepcional asociados a parto pretérmino y con significancia estadística fueron en orden de importancia porcentual los escasos controles prenatales, anemia, y el antecedente de parto pretérmino. Los factores de riesgo gestacional asociado a parto pretérmino y con significancia estadística fueron en orden de importancia porcentual las infecciones del tracto urinario, la rotura prematura de membranas, embarazo múltiple y oligohidramnios <sup>(19)</sup>.

CUZCANO, Anabel. (2016). **Características de las madres adolescentes con parto pretérmino en el hospital Sergio Bernales durante el periodo noviembre 2014 a noviembre 2015**. Lima. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Objetivo: Determinar las características de las madres adolescentes con parto pretermino en el hospital Sergio Bernales durante el periodo noviembre 2014 a noviembre 2015. Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal con recolección de datos prospectiva en una población de 112 gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Sergio Bernales que cumplan nuestros criterios de inclusión y exclusión, para medir las variables se usó una ficha de recolección de datos. Se usó el programa SPSS v11.1. Las variables numéricas se analizaron a través de promedios y desviación estándar. Las variables categóricas usando frecuencias y porcentajes.

Resultados: El 96% no tuvo parto preterminó previo, el 94.64% no consume tabaco, el 90.18% no presento anemia, el 20.54 presento infección urinaria en algún trimestre de gestación, 12.5% de las gestantes presento ruptura prematura de membranas sin embargo el 99.11% no tuvo desprendimiento prematuro de placenta. Conclusión: Dentro de las características demográficas la edad promedio de las gestantes fue de 18 años, contaba la mayoría con estudios secundarios, acceso a servicios básicos, su vivienda era de ladrillo. En cuestión a estado civil predominó la convivencia. Las características obstétricas fueron que la mayoría de gestantes eran primigestas, no consumían tabaco, predominó el parto eutócico. La patología más frecuente que se pudo identificar fue la infección urinaria, siendo la menor a su vez el desprendimiento prematuro de placenta<sup>(20)</sup>.

SANTIAGO, Víctor. (2016). **Asociación de infección de vías urinarias y preclamsia. Hospital San Bartolomé 2010-2015.**Lima. Para optar el Título profesional de Médico Cirujano. Objetivo: Establecer el grado de asociación entre presentar infección de vías urinarias (ITU) y presentar preeclampsia en gestantes en el Hospital Nacional Docente Madre Niño (HONADOMANI) San Bartolomé de Lima-Perú, durante el periodo 2010-2015.Metodología: Se ha realizado un estudio analítico, relacional, retrospectivo de casos y control es en un total de 436 gestantes quienes fueron hospitalizadas en el HONADOMANI San Bartolomé, Lima, Perú, durante el periodo 2010 al 2015. Los casos fueron seleccionados al azar y comprendieron 218 gestantes con diagnóstico de preeclampsia y con resultados de examen de orina y/o urocultivo al momento del ingreso al hospital o durante su hospitalización. Los controles incluyeron a 218 gestantes pareadas en edad con los casos en una relación y

que no presentaron diagnóstico de preeclampsia. Se realizó estadística descriptiva y analítica de los casos y controles y se calculó OR e intervalo de confianza al 95%. Resultados: Los casos presentaron infección de las vías urinarias en 19,2% y los controles, en 7,8%. En cuanto a las características generales de las muestras tenemos que, la media de la edad fue de 29.0 +/- 6.6 años y la media del peso fue de 72 +/- 12 kg tanto en el grupo de casos como en el grupo de controles. Por otro lado, se encontró diferencias estadísticamente significativas entre la media de la talla ( $p < 0.001$ ), número de gestaciones ( $p = 0.001$ ) y tipo de parto ( $p < 0.001$ ) entre ambas muestras. Además, las gestantes con preeclampsia severa tuvieron significativamente mayor frecuencia (41%) de infección urinaria en comparación con el grupo de gestantes con preeclampsia leve (7%) con un  $p < 0.001$ . Existe asociación significativa ( $p < 0.001$ ) entre presentar ITU y presentar preeclampsia con un OR de 2.82 [IC: 1.5-5.1]. Conclusión: Las gestantes con preeclampsia tiene 2.82 veces mayor probabilidad de presentar infección urinaria en comparación con las pacientes que no presentaron preeclampsia en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el periodo comprendido 2010-2015 <sup>(21)</sup>.

**ORBEGOSO, Zamira. (2016). Infección del tracto urinario como factor de riesgo asociado al desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes que acuden al Hospital Nacional Hipólito Únanse, entre Julio y Setiembre del 2015.** Lima. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Objetivo: Determinar la asociación entre Infección del Tracto Urinario y el desarrollo de amenaza de parto pretermino. Metodología: La muestra fue de 100 gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Únanse, Lima-Perú, entre Julio y setiembre del 2015. Se realizó un

análisis variado, mediante SPSS Statistics V23, se cruzó las variables, infección del tracto urinario y amenaza de parto pretermino, utilizando X<sup>2</sup> y la medida de asociación Odds Ratio. Además, se estudió las características de la población (edad, IMC, antecedente de paridad) y si existía relación con infección del tracto urinario. Resultados: La infección del tracto urinario es un factor de riesgo de amenaza de parto pretèrmino, con razón de momios de 6.303 IC 95% (2.6-15.25). La edad de mayor frecuencia de APP fue entre 20 y 34 años, el IMC de mayor frecuencia fue de >25, y las primigestas lo presentaron con mayor frecuencia. No existe asociación estadísticamente significativa entre edad, IMC, antecedente de paridad con Infección del tracto urinario. Conclusión: La Infección del tracto urinario se comporta como factor de riesgo de amenaza de parto pretermino. Se debe dirigir medidas preventivas a mujeres en edad fértil para disminuir la infección del tracto uterino y reducir la incidencia de amenaza de parto pretermino, evitando un parto pretermino que conlleva a un aumento de la morbi-mortalidad neonatal. <sup>(22)</sup>

AHUMADA, Margarita y ALVARADO, German. (2016) **Factores de riesgo de parto pretérmino en un hospital**. Lima. artículo científico. Objetivo: determinar los factores de riesgo de parto pretérmino. Metodología: estudio caso-control retrospectivo en 600 gestantes atendidas en un hospital, con 298 gestantes en el grupo de los casos (que tuvieron un recién nacido con parto pretérmino <37 semanas) y en los controles 302 gestantes que tuvieron un recién nacido sin parto pretérmino. Se aplicó el programa estadístico Stata versión 12.2. En el análisis bivariado, se utilizó la prueba chi<sup>2</sup> y para el análisis de variables múltiples, se utilizó la regresión logística, de donde se derivaron los Odds Ratio (OR) e Intervalos de Confianza (IC) al 95%.

Resultados: los factores de riesgo relacionados con el parto pretérmino fueron el embarazo gemelar actual (OR ajustado= 2,4; p= 0,02), control prenatal insuficiente (< 6 controles (OR ajustado= 3,2; p <0,001), control prenatal nulo (OR ajustado= 3,0; p <0,001) 1,9; p= 0,005). Conclusión: el antecedente de parto pretérmino, la preeclampsia, el no tener ningún control prenatal y haber tenido un control prenatal insuficiente fueron factores de riesgo para el nacimiento pretérmino. antecedente de parto pretérmino (OR ajustado= 3,7; p <0,001) y preeclampsia (OR ajustado= 1,9; p= 0,005) Conclusión: el antecedente de parto pretérmino, la preeclampsia, el no tener ningún control prenatal y haber tenido un control prenatal insuficiente fueron factores de riesgo para el nacimiento pre término <sup>(23)</sup>.

### **3.2. MARCO TEÓRICO**

Se denomina parto prematuro al que se produce antes de las 37 semanas de gestación, cuando el embarazo tiene entre 22 semanas (para algunas 20 semanas) y 36 semanas completas contadas desde el primer día de la última de menstruación. En neonatología algunos denominan prematuro moderado al que nace entre las 32 y 36 semanas, prematuro severo al que es menor a 32 y prematuro extremo al que es menor de 28 semanas <sup>(24)</sup>.

#### **Frecuencia:**

La etiología es multifactorial. Las causas son múltiples, y a menudo aparecen asociadas. En aproximadamente un 40% de los casos, no se encuentra un factor etiológico preciso del parto pretérmino. Con frecuencia las posibles causas se han agrupado en 3 grupos: Iatrogénico: En la cual se finaliza el embarazo antes del término

por indicación médica. Secundario: Cuando se debe a consecuencia de una patología materna. Idiopático: Donde la causa no es conocida <sup>(25)</sup>.

### **Etiología:**

Se han descrito diferentes mecanismos de iniciación del parto prematuro, pero aisladamente ninguno se asocia fuertemente al mismo como para utilizarlo como un marcador seguro predictor de riesgo.

Esta diversidad de factores encontrados hace que aún se hable de una etiopatogenia multifactorial del parto prematuro. El estrés psicosocial materno puede producir estrés fetal con una reducción del flujo uteroplacentario y puede activar prematuramente el mecanismo fetal del eje hipotálamo-hipofisiario – suprarrenal. Parecería que el principal mediador inductor de prematurez por estrés es el factor liberador de la corticotrofina. Este factor proviene principalmente del hipotálamo, aunque también está localizado en las células de la placenta, amnios, corion y decidua uterina. Estimula las células del amnios, corion y decidua produciéndose prostaglandinas. Estas producen contracciones uterinas y maduran el cuello. A su vez las prostaglandinas también estimulan el factor liberador de la hormona corticotrofica de la placenta, membranas ovulares y decidua, iniciándose un círculo de retroalimentación que desencadenaría el parto prematuro. También este mecanismo libera cortisol materno y fetal y dehidroepiandrosterona. Estos son convertidos en la placenta en estrógenos que a su vez aumentan las proteínas del miometrio y activan los receptores para la oxitocina. Las infecciones ascendentes del tracto genitourinario se asocian significativamente con el parto prematuro. Estas infecciones junto con las amnióticas

contribuyen a la activación de interleuquinas que estimulan la síntesis de prostaglandinas a nivel de la decidua y de las membranas ovulares.

En el 60% de los partos prematuros se encuentran hallazgos histológicos de hemorragias de la decidua uterina. Cuando estos desprendimientos son mayores clínicamente se aprecian por pequeñas metrorragias durante el primer y segundo trimestre del embarazo. Estas hemorragias activan localmente una serie de factores que generan trombina, destrucción de la decidua y de membranas ovulares. La trombina se une a los receptores del miometrio y estimula las contracciones uterinas. En el embarazo múltiple y en el hidramnios se produce una sobre distensión del útero que puede exceder su capacidad de compensación y ser causa de parto prematuro. El estiramiento de las miofibrillas uterinas y sus puentes de unión entre ellas, activaría los receptores de la oxitocina y a síntesis de prostaglandinas de origen amniótico, decidual y cervical. Cuanto menor es el intervalo intergenesico mayor es la incidencia de niños de bajo peso, con exámenes neurológicos anormales al año de vida y de mortalidad perinatal <sup>(26)</sup>.

### **Clasificación:**

El parto prematuro se clasifica de la siguiente manera: <sup>(25)</sup>.

- a) Prematuro general: menor de 37 semanas.
- b) Prematuro tardía: de la semana 32 a las 36.
- c) Muy prematuro: aquellos nacidos entre la semana 28 y 31.
- d) Extremadamente prematuro; menores de 28 semanas.



**Complicaciones en la madre:**

Se considera una complicación materna la cual causa daño a esta, puede ser producida durante la gestación, lo cual no se observa en el embarazo, sin embargo, se produce después de un parto vaginal, lo más común en un parto pretermino es la retención placentaria; es una complicación de la placenta que no ocurren durante el embarazo, sino que se dan después del parto, en el alumbramiento, ya que este órgano no ha sido expulsado junto al bebé.

**Complicaciones en el prematuro**

A pesar que la incidencia de la prematuridad en los países desarrollados ha aumentado, la mortalidad neonatal por la prematuridad ha declinado en las últimas tres décadas en todas las razas, debido a una mejor atención perinatal y neonatal de los prematuros. El adelanto tecnológico ha permitido que la supervivencia de las semanas 22 a 23 sea de 20 a 30%, de la semana 24 sea mayor del 50% y de las semanas 28 a 29 sea mayor de 90%. Estos infantes prematuros presentan con frecuencia secuelas neurológicas graves a largo plazo, 7.5% en los infantes con peso al nacer menor de 1500 g. Debido a que desde la semana 22 hasta la semana 28 la sobrevida mejora notablemente y disminuye el riesgo de secuelas neurológicas y cognitivas graves, se piensa que el retraso en el nacimiento cuando el feto aún puede crecer y desarrollar dentro del útero materno es uno de los mayores beneficios. <sup>(26)</sup>

Las morbilidades a corto plazo del nacimiento prematuro son la dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, leucomalacia periventricular, enterocolitis necrotizante, displasia broncopulmonar, sepsis y la persistencia del conducto arterioso.

Las morbilidades a largo plazo de la prematuridad incluyen la parálisis cerebral, el retardo mental, la displasia broncopulmonar y la retinopatía del prematuro. El riesgo de estas morbilidades está directamente relacionado con la edad gestacional y el peso al nacer.

Por ejemplo, la parálisis cerebral, definida como una disfunción motora no progresiva con origen en el momento del parto, complica aproximadamente a dos por 1000 nacidos vivos. El riesgo relativo de un infante prematuro de desarrollar parálisis cerebral es cerca de 40 veces la de un infante a término <sup>(26)</sup>.

## **B. FACTORES ASOCIADOS**

Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de que padezca una enfermedad o cualquier otro problema de salud. y que no pueden ser cambiadas, es decir características inherentes de la persona <sup>(25)</sup>.

## **FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS:**

Es una característica del estado social de los adultos.

- Edad: Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia. Cada uno de los periodos evolutivos en que, por tener ciertas características comunes, se divide la vida humana: infancia, juventud, edad adulta y vejez <sup>(27)</sup>.
- Procedencia: Establecimiento público destinado al alojamiento de viajeros o huéspedes estables. Una institución destinada alojar a un determinado grupo de personas afines por razón de edad u ocupación, etc <sup>(28)</sup>.

- Estado civil: Se denomina estado civil a la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto <sup>(29)</sup>.

El estado civil puede ser el de casado, si la persona celebró matrimonio ante las autoridades legalmente establecidas al efecto por cada Estado, con otro individuo de distinto sexo, o del mismo, en países que lo permiten, naciendo a partir de este hecho la sociedad conyugal; o puede tenerse el estado de soltero si aún no se contrajo matrimonio; o el de viudo, si su cónyuge falleció <sup>(29)</sup>.

En este caso si el viudo o viuda contrae nuevo matrimonio, su estado civil será el de casado en segundas nupcias. El estado civil de divorciado se adquiere cuando se ha disuelto el vínculo matrimonial por sentencia judicial, ya sea que el divorcio se haya producido de común acuerdo o por culpa de uno de los cónyuges. El estado civil de concubino, tiene diferentes efectos legales de acuerdo al país de que se trate, y su legislación al respecto <sup>(29)</sup>.

- Grado de Instrucción: El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos <sup>(30)</sup>.

**FACTORES MATERNOS:**

Es todo lo que se desarrolla con la madre, siendo personal o familiar, datos sociodemográficos, culturales.

- **Diabetes:** Mellitus o gestacional, con o sin DPPNI y con o sin RCIU, asociada con hallazgos histopatológicos placentarios inespecíficos: edema vellositario, inmadurez vellositaria, maduración vellositaria retardada, infarto vellositario, hematoma retroplacentario, hemorragia subcoriónica y corangiosis.<sup>(31)</sup>
- **Hipertensión arterial:** Hipertensión arterial. Embarazo con hipertensión materna (pre eclampsia, hipertensión arterial crónica), con algunas de las siguientes condiciones clínicas presentes: DPPNI, síndrome de HELLP, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), asociado con hallazgos histopatológicos placentarios inespecíficos: infarto vellositario, aterosclerosis de las arterias espiraladas deciduales, hematoma retroplacentario, hemorragia intervellositaria, hemorragia subcorial, endarteritis obliterante de los vasos fetales, vasculopatía fetal trombótica y trombosis intervellositaria.<sup>(31)</sup>
- **Atención prenatal:** tiene influencia poderosa en la evolución perinatal del producto. Las madres sin atención prenatal o con atención insuficiente tienen niños más gravemente prematuros que aquellos con atención mínimo eficiente<sup>(33)</sup>.
- **Consumo de drogas:** consumo prolongado durante el embarazo de cocaína, marihuana, tolueno, alcohol y otras, RCIU severo, con o sin DPPNI

asociado con hallazgos histopatológicos placentarios inespecíficos: infarto vellositario, hemorragia y hematoma retro placentario. <sup>(31)</sup>

### **FACTORES GINECOLÓGICOS OBSTÉTRICOS:**

Es toda característica o circunstancia detectable en la embarazo que se asocia con un incremento en la probabilidad de que ocurra un daño a la salud para ella o su hijo durante el embarazo, el parto, o en el puerperio. Son los que vienen acompañados con alguna infección durante el embarazo. <sup>(32)</sup>

- Infección urinaria: 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 <sup>(33)</sup>.
- 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 parto prematuro. <sup>(33)</sup>
- Desprendimiento prematuro de placenta: Se define (también llamado separación de la placenta) es cuando esta se separa de la pared interna del útero antes de que nazca el recién nacido. Es una patología obstétrica que pertenece al grupo de las hemorragias del tercer trimestre del embarazo <sup>(33)</sup>.

### **DIAGNÓSTICO:**

El diagnóstico clínico se basa en la historia clínica, las contracciones uterinas y los cambios en el cuello uterino.

En cuanto a la historia clínica, es necesario, a través de un interrogatorio minucioso y aplicando el enfoque de riesgo, obtener los siguientes datos:

- ✓ Antecedentes de partos prematuros, inmaduros, abortos espontáneos.
- ✓ Antecedentes de natimueertos o mortinatos.
- ✓ Edad, gravidez y paridad del paciente
- ✓ El peso de la gestante.
- ✓ Tiempo de embarazo.
- ✓ Altura uterina
- ✓ Acontecimientos durante el control prenatal.
- ✓ Irritabilidad uterina.
- ✓ Monitorización de los movimientos fetales.
- ✓ Control estricto de los latidos cardiacos fetales.

Sobre las contracciones uterinas, precisar si son dolorosas, detectables por palpación abdominal o por quimografo y con duración de 30 segundos o más. Los cambios progresivos en el cuello uterino deben ser evaluados con frecuencia y comparar las variaciones entre un examen y otro. Los datos serán valorados por el mismo examinador. Los signos a tener en consideración son el borramiento, la dilatación y la posición del cuello uterino. La dilatación cervical no debe ser mayor de 2 a 3cm y para otros autores de 4 cm. Se considera trabajo de parto franco cuando la dilatación cervical supera los 4 cm. Vigilar la altura de presentación, para determinar el efecto que pueda ejercer sobre el cuello, así como el estado de membranas ovulares <sup>(34)</sup>.

### **Diagnóstico Mediante Pruebas Auxiliares:**

Estas pruebas nos ayudan a precisar en el feto su tamaño, madurez y peso, la madurez pulmonar y renal y su bienestar.

Para ello se cuenta con métodos bioquímicos, citológicos y particularmente, la ultrasonografía. <sup>(35)</sup>

Estudio del líquido amniótico:

- ✓ Bioquímico: Creatinina, bilirrubina, fosfolípidos, alfafetoproteína, acetilcolinesterasa.
- ✓ Hormonal: estriol, esterol, patógeno placentario, prolactina.
- ✓ Citológico: células poligonales anaranjadas y sin núcleo.

Ultrasonografía:

- ✓ Concordancia de la biometría fetal con la edad gestacional.
- ✓ Signos ecográficos para diferenciar un RCIU

Estudios de morfología interna y externa fetal.

- ✓ Perfil biofísico: movimientos, tono muscular, respiración, volumen del líquido amniótico y frecuencia cardíaca fetal.
- ✓ Evaluación de la placenta.

Estudio del cordón umbilical <sup>(35)</sup>.

### **Manejo Clínico Según La Guía De Salud Sexual Y Reproductiva**

#### **Amenaza De Parto Prematuro**

Contracciones cada 3 a 5 minutos antes de las 37 semanas de gestación, con o sin cambios en el cuello uterino <sup>(36)</sup>.

**Manejo:**

1. Confirmar tiempo de gestación: calcular edad gestacional por fecha de última regla (menstruación), altura uterina y/o por ecografía obstétrica (si la tuviera).
2. Evaluar el abdomen: dinámica uterina, maniobras de Leopold para determinar presentación, descartar embarazo gemelar.
3. Estimar peso fetal y tratar de valorar madurez pulmonar: medir altura uterina y ver si corresponde con edad gestacional, de ser posible ecografía, de estar capacitado y contar con equipo apropiado considerar amniocentesis para ver madurez pulmonar.
4. Evaluar vagina y periné: si hay presencia de sangrado, seguir el manejo de hemorragia obstétrica. Si hay presencia de líquido amniótico, seguir el manejo de rotura prematura de membranas.
5. Evaluar dilatación cervical: si hay dilatación cervical prepararse para la atención del parto; en caso de no contar con capacidad resolutiva referir inmediatamente.
6. En caso de gestación menor de 35 semanas aplicar corticoides.
7. Ante sospecha de placenta previa no realizar tacto vaginal.
8. Hospitalización: instalar a la gestante en un ambiente tranquilo, sin estímulos. Sedarla, hidratar con 1 litro de agua por vía oral en 30 minutos o colocar una vía endovenosa para administrar 500 mililitros de cloruro de sodio al 9% o en 60 minutos.



9. Investigar la causa del parto prematuro: buscar foco infeccioso, antecedentes de parto prematuro, pérdida de líquido.
10. Verificar si no existen contraindicaciones para Iniciar tocolisis si persisten contracciones luego de hidratación: Betamiméticos – clorhidrato de isoxuprina. Administrar 100 miligramos (10 ampollas) en 500 mililitros de NaCl 0.9%. iniciar a una velocidad de infusión de 10 gotas por minuto y aumentar 5 gotas cada 15 minutos (hasta un máximo de 50 gotas por minuto), hasta que las contracciones uterinas hayan cesado <sup>(36)</sup>.

**Contraindicaciones:**

- Rotura prematura de membranas
- Corioamnionitis
- Retraso severo del crecimiento fetal
- Óbito fetal
- Hemorragia vaginal

### 3.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

**a) Duración del Embarazo:**

Es el número de meses y semanas de gestación que tuvo la madre en el momento del parto <sup>(32)</sup>.

**b) 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 <sup>(33)</sup>.

**c) Factor:**

Característica o cualidad que tiene una enfermedad, la cual guarda relación causal o le otorga un grado mayor de posibilidad para su desarrollo <sup>(33)</sup>.

**d) Sexo:**

Es una característica básica necesaria para describir a un niño recién nacido. Los datos se clasifican en “hombres” y “mujeres” <sup>(25)</sup>.

**e) Peso al Nacer:**

Es el peso determinado inmediatamente después del parto y se expresa en gramos. La información permite conocer la incidencia de recién nacidos con peso normal o de muy bajo peso, la clasificación es por intervalos desde 500gramos a más. El bajo peso al nacer es cuando el nacido vivo pesa menos de 2500 gramos; peso normal si el peso está comprendido entre 2500 a 3 999 gramos y sobre peso o peso macrosómico si pesa de 4 000 gramos a más <sup>(23)</sup>.

**f) Parto prematuro espontáneo:**

Es el que ocurre sin causa conocida o identificada.

**g) Parto prematuro inducido:**

Es el que ocurre por situaciones obstétricas que puede comprometer el pronóstico materno o fetal <sup>(24)</sup>.

**e) Gestante controlada:**

Gestante que cumple su sexta atención prenatal <sup>(36)</sup>.

**h) Atención 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 <sup>(36)</sup>

## **4. MATERIAL Y METODOS**

### **4.1. TIPO DE ESTUDIO**

#### **De acuerdo a la orientación**

**Aplicada**, porque la investigación se orientó a lograr un nuevo conocimiento logrando determinar los factores asociados al parto prematuro basados en conocimientos previos y teorías existentes.

#### **De acuerdo a la técnica de contrastación**

**Correlacional:** Porque los datos se obtuvieron de la realidad del problema en el estudio y han permitido asociar los factores con el parto prematuro.

### **4.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

El diseño de investigación fue no experimental, y para el cumplimiento de los objetivos y dar respuesta al problema de investigación se aplicó el diseño transversal - correlacional, en virtud al tiempo de la obtención de datos será retrospectivo.

### **4.3. POBLACIÓN O UNIVERSO**

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Regional de Huacho, establecimiento de Salud de Nivel II-2, ubicado en la capital de la provincia de Huaura y sede regional del departamento de Lima.

La población estuvo constituida por todas las historias clínicas de gestantes que culminaron en parto prematuro en el Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital "Regional de Huacho" durante el periodo 01 de enero del 2016 - al 31 de diciembre del 2017, que fueron en total 355 historias clínicas, distribuidos según la tabla:

Tabla 1: Morbilidad del Recién Nacido del Hospital Regional de Huacho Según Neonatología – 2016 – 2017

Morbilidad	Periodo		Total
	2016	2017	
Partos en general	576	632	1208
Partos Prematuro	177	178	355

*Fuente: Área de Estadística – HRH*

Se usaron las historias clínicas que cumplieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

**Criterio de inclusión:**

- Todas las historias clínicas con datos completos.
- Todas las historias clínicas de gestantes con parto prematuro.
- Historias clínicas de gestantes con parto prematuro vaginal y cesárea.

**Criterio de exclusión:**

- Las historias clínicas con datos incompletos o deteriorados.
- Las historias clínicas no encontradas.
- Historias clínicas de embarazos múltiples.

Después de evaluar los criterios de inclusión y exclusión 40 historias clínicas no cumplieron con estos criterios, en consecuencia, la población quedó conformada de la siguiente manera:

**Tabla 2:** Morbilidad del Recién Nacido del Hospital Regional de Huacho Según Neonatología – 2016 – 2017

Morbilidad	Periodo		Total
	2016	2017	
Prematuro	156	159	315

*Fuente: Área de Estadística – HRH*

## 4.4 UNIDAD DE ANÁLISIS Y MUESTRA

### 4.4.1 Unidad De Análisis:

Cada historia clínica de las gestantes con parto prematuro que fueron atendidas en el Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital “Regional Huacho” durante el periodo 01 de enero del 2016 - al 31 de diciembre del 2017.

### 4.4.2 Muestra

El cálculo de la muestra se realizó mediante la siguiente formula

$$no = \frac{Z^2 pq N}{(N - 1)e^2 + Z^2 pq}$$

En concordancia con la distribución de población se usó el muestreo estratificado con asignación proporcional para cada periodo de atención, mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Ni}{N} no$$

Dónde:

n = Tamaño de la Muestra deseada

no = muestra previa

Z = Nivel de Significancia. = 1,96

p = Probabilidad de Aciertos = 0,50

q = Probabilidad de Desaciertos = 0,50

N = Población en estudio = 355

e = Error de Estimación = 0,05

Reemplazando

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(315)}{(315 - 1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{(3.8416)(0.25)(315)}{(314)(0.0025) + (3.8416)(0.25)}$$

$$n = \frac{302.53}{0.785 + 0.9604}$$

$$n = \frac{302.53}{1.7454} = 172,33$$

$$n = 172$$

Asignación proporcional para cada año de atención

$$n1 = \frac{156}{315} * 172 = 85$$

$$n2 = \frac{159}{315} * 172 = 87$$

**Tabla 3:** Distribución de las muestras para cada periodo de la Morbilidad del Recién Nacido del Hospital Regional de Huacho Según Neonatología – 2016 – 2017.

Morbilidad	Periodo		Total
	2016	2017	
Población	156	159	315
Muestra	85	87	172

*Fuente: Área de Estadística – HRH*

La selección de las unidades de estudio se realizó en forma aleatoria, usando el muestreo aleatorio simple.

#### 4.5. INSTRUMENTO DE RECOPIACIÓN DE DATOS.

**4.5.1. Técnica:** La técnica que se usó en la investigación fue el análisis documental

**4.5.2. Instrumento:** se usó como instrumento para el registro de los datos la ficha de recolección de datos (Anexo N°01), distribuida de la siguiente manera.

- Factores sociodemográficos                      4 Ítems
- Factores Maternos                                      4 ítem
- Factores Gineco obstétrico                      3 ítem
- Parto prematuro                                      1 ítem

#### 5.5.3. Validez:

La validación del instrumento se realizó mediante el juicio de expertos, en la que participaron 05 profesionales que constó de 03 Gineco-obstetra y 02 Lic. en Obstetricia que laboran en el Hospital Regional d Huacho, a quienes se les proporciono la matriz de validación (Anexo 2) en la que emitieron su opinión, siguiendo los protocolos para tal caso.

El resultado de la concordancia, fue realizado mediante el coeficiente Kendall, cuyo resultado fue:  $WK = 0,856$ . Considerándose valido el instrumento.



#### **4.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN.**

##### ***a) Análisis descriptivo:***

Con la información obtenida se elaboró una base de datos para lo cual se usó del programa estadístico SPSS versión 24.0, luego se procedió a realizar el análisis descriptivo de las variables presentando los resultados en tablas bidimensionales.

##### ***b) Contratación de la hipótesis:***

Para la contratación de la hipótesis se usó la prueba Chi-cuadrado con un nivel de significancia de 5%.

#### **4.7 ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

En el presente estudio se consideró la normatividad internacional de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM) en los siguientes principios.

En investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho de autodeterminación, la integridad la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en la investigación (principio 11).

Al realizar una investigación médica hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan dañar el medio ambiente (principio 13).

Debe tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social (principio 23).

## **5. RESULTADOS**

A continuación se describirán los resultados obtenidos de acuerdo a los objetivos específicos planteados en la tesis:

## FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS

**Tabla 1. Edad asociado a parto prematuro en gestantes, Hospital Regional de Huacho, 2016-2017.**

EDAD	PARTO PREMATURO EN SEMANAS								TOTAL		P = Valor
	< 28		28 – 31		32 -36		< 37				
	Extre. Premat.		Muy premat.		Premat. Tardío		Premat. general		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
15 -17	28	16.3	16	9.3	0	0.0	0	0.0	44	25.6	P ≥ 0.001
18 - 25	0	0.0	14	8.1	6	3.5	0	0.0	20	11.6	
26 - 35	0	0.0	0	0.0	64	37,2	6	3,5	70	40.7	
36 A +	0	0.0	0	0.0	0	0.0	38	22.1	38	22.1	
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>16.3</b>	<b>30</b>	<b>17.4</b>	<b>70</b>	<b>40.7</b>	<b>44</b>	<b>25.6</b>	<b>172</b>	<b>100</b>	

De la población de 172 mujeres de parto prematuro, el 37.2% se encontraron entre las edades de 25 a 35 años y tuvieron parto prematuro tardío entre las semanas 32 a 36ss. A diferencia del grupo poblacional de 18 a 25 años que presento un 3.5% de partos tardíos entre las semanas 32 y 36ss.

Realizando el análisis estadístico se evidencia la diferencia estadísticamente significativa entre el factor edad con parto prematuro entre las semanas de 32 a 36ss de gestación, hallándose una significancia de  $P \geq 0.001$ .

**Tabla 2. Estado Civil asociado a parto prematuro en gestantes, Hospital Regional de Huacho, 2016-2017.**

ESTADO CIVIL	PARTO PREMATURO EN SEMANAS								TOTAL		P = Valor
	< 28		28 – 31		32 -36		< 37				
	Extre. Premat.		Muy premat.		Premat. Tardío		Premat. General		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Soltera	28	16.3	17	9.9	0	0.0	0	0.0	45	26.2	P ≥ 0.001
Viuda	0	0.0	13	7.6	0	0.0	7	4.1	20	11.6	
Casada	0	0.0	0	0.0	0	0.0	43	25.0	43	25.0	
Conviviente	0	0.0	0	0.0	44	25.6	20	11.6	64	37.1	
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>16.3</b>	<b>30</b>	<b>17.4</b>	<b>44</b>	<b>25.6</b>	<b>70</b>	<b>40.7</b>	<b>172</b>	<b>100</b>	

El total de 172 mujeres de parto prematuro, el 25.6% presentaron un estado civil conviviente y tuvieron un parto prematuro tardío entre las semanas 32 a 36ss. A diferencia del grupo poblacional del estado civil soltera que presento un 16.3% de partos extremado prematuro  $\leq 28$ ss.

Realizando el análisis estadístico se evidencia la diferencia estadísticamente significativa entre el factor estado civil con parto prematuro entre las semanas de 32 a 36ss de gestación, hallándose una significancia de  $P \geq 0.001$ .

**Tabla 3. Grado de instrucción asociado a parto prematuro en gestantes, Hospital Regional de Huacho, 2016-2017.**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	PARTO PREMATURO EN SEMANAS								TOTAL	P = Valor	
	< 28		28 – 31		32 -36		< 37				
	Extre. Premat.	Muy premat.	Premat. Tardío	Premat. general	N°	%	N°	%			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Con instrucción	28	16.3	30	17,4	14	8.1	0	0.0	72	41.9	P ≥ 0.001
Sin instrucción	0	0.0	0	0.0	56	32.6	44	25.6	100	58.1	
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>16.3</b>	<b>30</b>	<b>17.4</b>	<b>70</b>	<b>40.7</b>	<b>44</b>	<b>25.6</b>	<b>172</b>	<b>100</b>	

De la población 172 mujeres de parto prematuro el 32.6 % de las gestantes fueron sin grado instrucción y tuvieron un parto prematuro tardío entre las semanas 32 a 36ss. A diferencia del grupo poblacional de gestantes con instrucción que presento un 8.1% un de partos tardíos entre las semanas 32 y 36ss.

Realizando el análisis estadístico se evidencia la diferencia estadísticamente significativo entre el factor edad con parto prematuro entre las semanas de 32 a 36ss de gestación, hallándose una significancia de  $P \geq 0.001$ .

**Tabla 4. Lugar de procedencia asociado a parto prematuro en gestantes, Hospital Regional de Huacho, 2016-2017.**

PROCEDENCIA	PARTO PREMATURO EN SEMANAS								TOTAL	P = Valor	
	< 28		28 – 31		32 -36		< 37				
	Extre. Premat.	Muy premat.	Premat. Tardío	Premat. General	N°	%	N°	%			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Zona Rural	28	16.3	30	17,4	14	8.1	0	0.0	72	41.9	P ≥ 0.001
Zona Urbana	0	0.0	0	0.0	56	32.6	44	25.6	100	58.1	
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>16.3</b>	<b>30</b>	<b>17.4</b>	<b>70</b>	<b>40.7</b>	<b>44</b>	<b>25.6</b>	<b>172</b>	<b>100</b>	

El total de 172 mujeres de parto prematuro, el 32.6% proceden de zona urbana y tuvieron un parto prematuro tardío entre las semanas 32 a 36ss. A diferencia del grupo poblacional de zona Rural que presento un 8.1% de partos de partos prematuros tardíos entre las semanas 32 a 36ss.

Realizando el análisis estadístico se evidencia la diferencia estadísticamente significativo entre el factor zona urbana con parto prematuro entre las semanas de 32 a 36ss de gestación, hallándose una significancia de  $P \geq 0.001$

**FACTORES MATERNOS****Tabla 5: Diabetes asociado a parto prematuro en gestantes, Hospital Regional de Huacho, 2016-2017.**

DIABETES	PARTO PREMATURO EN SEMANAS								TOTAL		P = Valor
	< 28 Extre. Premat.		28 – 31 Muy premat.		32 -36 Premat. tardío		< 37 Premat. general				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Si	0	0.0	0	0.0	44	25.6	0	0.0	<b>44</b>	<b>25.6</b>	
No	28	16.3	30	17.4	26	15.1	44	25.6	<b>128</b>	<b>74.4</b>	P ≥ 0.001
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>16.3</b>	<b>30</b>	<b>17.4</b>	<b>70</b>	<b>40.7</b>	<b>44</b>	<b>25.6</b>	<b>172</b>	<b>100</b>	

De la población 172 mujeres de parto prematuro, el 25.6% presentaron diabetes y tuvieron un parto prematuro tardío entre las semanas 32 a 36ss. A diferencia del grupo poblacional que no presentó diabetes un 25.6% fueron partos prematuros generales ≤ de 37ss.

Realizando el análisis estadístico se evidencia la diferencia estadísticamente significativa entre el factor diabetes con parto prematuro entre las semanas de 32 a 36ss de gestación, hallándose una significancia de  $P \geq 0.001$

**Tabla 6: Hipertensión arterial asociado a parto prematuro en gestantes,  
Hospital Regional de Huacho, 2016-2017.**

HIPERTENSIÓN ARTERIAL	PARTO PREMATURO EN SEMANAS								TOTAL		P = Valor
	< 28 Extre. Premat..		28 – 31 Muy premat.		32 -36 Premat. tardío		< 37 Premat. general				
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
No	0	0.0	0	0.0	24	14.0	14	8.1	<b>38</b>	<b>22.1</b>	
Si	28	16.3	30	17.4	46	26.7	30	17.5	<b>134</b>	<b>77.9</b>	P ≥0.001
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>16.3</b>	<b>30</b>	<b>17.4</b>	<b>70</b>	<b>40.7</b>	<b>44</b>	<b>25.6</b>	<b>172</b>	<b>100</b>	

El total de 172 mujeres de parto prematuro, el 26.7% presentaron hipertensión arterial, y tuvieron un parto prematuro tardío entre las semanas 32 a 36ss. A diferencia del grupo poblacional que no presentó hipertensión arterial un 14.0% fueron partos prematuros tardíos entre las semanas 32 a 36ss.

Realizando el análisis estadístico se evidencia la diferencia estadísticamente significativa entre el factor hipertensión arterial con parto prematuro entre las semanas de 32 a 36ss de gestación, hallándose una significancia de  $P \geq 0.001$ .



**Tabla 7: Consumo de drogas en gestantes según la presencia de parto prematuro, Hospital Regional de Huacho ,2016-2017.**

CONSUMO DE DROGAS	PARTO PREMATURO EN SEMANAS								TOTAL	P = Valor	
	< 28 Extre. Premat..		28 – 31 Muy premat.		32 -36 Premat. tardío		< 37 Premat. general				
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%			
No	28	16.3	30	17.4	40	23.3	44	25.6	<b>142</b>	<b>82.6</b>	
Si	0	0.0	0	0.0	30	17.4	0	0.0	<b>30</b>	<b>17.4</b>	$P \geq 0.001$
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>16.3</b>	<b>30</b>	<b>17.4</b>	<b>70</b>	<b>40.7</b>	<b>44</b>	<b>25.6</b>	<b>172</b>	<b>100</b>	

De la población 172 mujeres de parto prematuro el 17.4% consumieron drogas y tuvieron parto prematuro tardío entre las semanas 32 a 36ss. A diferencia del grupo poblacional que no consumieron drogas un 25.6% fueron partos prematuros generales  $\leq$  de 37ss.

Realizando el análisis estadístico se evidencia la diferencia estadísticamente significativa entre el factor consumo de drogas con parto prematuro entre las semanas de 32 a 36ss de gestación, hallándose una significancia de  $P \geq 0.001$ .

**Tabla 8: Atención prenatal asociado a parto prematuro en gestantes, Hospital Regional de Huacho, 2016-2017.**

ATENCIÓN PRE NATAL	PARTO PREMATURO EN SEMANAS								TOTAL		P = Valor
	< 28 Extre. Premat.		28 – 31 Muy premat.		32 -36 Premat. tardío		< 37 Premat. general				
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
No	0	0.0	0	0.0	68	39.5	44	25.6	<b>112</b>	<b>65.1</b>	
Si	28	16.3	30	17.4	2	1.2	0	0.0	<b>60</b>	<b>34.9</b>	P ≥ 0.003
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>16.3</b>	<b>30</b>	<b>17.4</b>	<b>70</b>	<b>40.7</b>	<b>44</b>	<b>25.6</b>	<b>172</b>	<b>100</b>	

El total de 172 mujeres de parto prematuro, el 17.4% presentaron atención prenatal y tuvieron un parto muy prematuro entre las semanas 28 a 31ss. A diferencia del grupo poblacional que no presentó atención prenatal un 39.5% fueron partos prematuros tardíos entre las semanas 32 a 36ss.

Realizando el análisis estadístico se evidencia la diferencia estadísticamente significativa entre el factor atención prenatal con parto prematuro entre las semanas de 32 a 36ss de gestación, hallándose una significancia de  $P \geq 0.003$ .

## FACTORES GINECO OBSTETRICOS

**Tabla 9. Infección urinaria asociado a parto prematuro en gestantes, Hospital Regional de Huacho, 2016-2017.**

INFECCIÓN URINARIA	PARTO PREMATURO EN SEMANAS								TOTAL		
	< 28 Extre. Premat..		28 – 31 Muy premat.		32 -36 Premat. tardío		< 37 Premat. general		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%	N	%			
No	28	16.3	26	0.0	0	15.1	0	0.0	<b>54</b>	<b>31.4</b>	
Si	0	0.0	4	2,3	70	40,7	44	25.6	<b>120</b>	<b>68.6</b>	P ≥ 0.001
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>16.3</b>	<b>30</b>	<b>17.4</b>	<b>70</b>	<b>40.7</b>	<b>44</b>	<b>25.6</b>	<b>172</b>	<b>100</b>	

De la población 172 mujeres de parto prematuro, el 40.7% si presentaron infección urinaria y tuvieron un parto prematuro tardío entre las semanas 32 a 36ss. A diferencia del grupo poblacional que no presentó infección urinaria un 15.1% fueron partos prematuros tardíos entre las semanas 32 a 36ss.

Realizando el análisis estadístico se evidencia la diferencia estadísticamente significativa entre el factor infección urinaria con parto prematuro entre las semanas de 32 a 36ss de gestación, hallándose una significancia de  $P \geq 0.001$

**Tabla 10. Desprendimiento prematuro de placenta asociado a parto prematuro en gestantes, Hospital Regional de Huacho, 2016-2017.**

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	PARTO PREMATURO EN SEMANAS								TOTAL		P = Valor
	< 28 Extre. Premat.		28 – 31 Muy premat.		32 -36 Premat. tardío		< 37 Premat. general				
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
No	28	16.3	30	17.4	40	23.3	44	25.6	142	82.6	
Si	0	0.0	0	0.0	30	17.4	0	0.0	30	17.4	P ≥ 0.001
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>16.3</b>	<b>30</b>	<b>17.4</b>	<b>70</b>	<b>40.7</b>	<b>44</b>	<b>25.6</b>	<b>172</b>	<b>100</b>	

El total de 172 mujeres de parto prematuro, el 25.6% no presentaron desprendimiento prematuro de placenta y tuvieron un parto prematuro general  $\leq$  a 37ss. A diferencia del grupo poblacional que si presentó desprendimiento prematuro de membranas 17.4% fueron partos prematuros tardíos.

Realizando el análisis estadístico se evidencia la diferencia estadísticamente significativa entre el factor desprendimiento prematuro de membranas con parto prematuro entre las semanas de 32 a 36ss de gestación, hallándose una significancia de  $P \geq 0.001$ .

**Tabla 11. Ruptura prematura de membrana asociado a parto prematuro en gestantes, Hospital Regional de Huacho, 2016-2017.**

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA	PARTO PREMATURO EN SEMANAS								TOTAL	P = Valor	
	< 28 Extre. Premat.		28 – 31 Muy premat.		32 -36 Premat. tardío		< 37 Premat. general				
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
No	0	0.0	0	0.0	0	0.0	40	23.3	<b>40</b>	<b>23.3</b>	
Si	28	16.3	30	17.4	70	40.7	4	2.3	<b>132</b>	<b>76.7</b>	P≥0.001
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>16.3</b>	<b>30</b>	<b>17.4</b>	<b>70</b>	<b>40.7</b>	<b>44</b>	<b>25.6</b>	<b>172</b>	<b>100</b>	

De la población 172 mujeres de parto prematuro, el 40.7% presentaron ruptura prematura de membrana y tuvieron un parto prematuro tardío entre las semanas 32 a 36ss. A diferencia del grupo poblacional que no presentó ruptura prematura de membrana un 23.3% fueron partos prematuros generales ≤ de 37ss.

Realizando el análisis estadístico se evidencia la diferencia estadísticamente significativa entre el factor ruptura prematura de membrana con parto prematuro entre las semanas de 32 a 36ss de gestación, hallándose na significancia de P≥0.001

## 6. DISCUSIÓN

Los resultados de la presente tesis que responden al primer objetivo específico referente a los factores sociodemográficos asociados al parto prematuro en gestantes, se presentan en las tablas 1,2,3 y 4, se aprecia que: la relación entre el factor edad el mayor porcentaje es de 37.2% tienen una edad de 26 a 35 años, y terminaron en partos prematuros tardíos, en el estado civil el mayor porcentaje 25.6% son convivientes, y terminaron en partos prematuros tardíos, de los partos que presentaron en el grado de instrucción el mayor porcentaje fue 32.6% de las gestantes sin instrucción, y terminaron en partos prematuros tardíos, y respecto al lugar de procedencia el mayor porcentaje 32.6% proceden de la zona urbana, y terminaron en partos prematuros tardíos. En los estudios de OVALLE, Alfredo, (2012)<sup>(11)</sup> y GUILLEN, Juan. (2015)<sup>(15)</sup>, se encontró que las anomalías (partos prematuros) se asociaron principalmente con una edad materna mayor de 35 años en 15% (14/92) de mujer, lo cual no coincide con la investigación y la mayoría de los nacimientos prematuros espontáneos se encuentra a partir de las 30 semanas de gestación lo cual coincide con el presente estudio. Por el contrario, en las investigaciones de BARRERA Laura, MANRIQUE Fabián y OSPINA Juan (2016)<sup>(14)</sup> ; SAMFERNANDO David y ZATTA julio (2015)<sup>(16)</sup>; GARCIA, Bethzabe (2015)<sup>(18)</sup> y CUZCANO, Anabel. (2016)<sup>(20)</sup> ,se encontró una prevalencia de parto prematuro en una media de edad 17 a 19 años la mayoría (83% ) pacientes adolescentes y un rango de edad gestacional 22- 37 semanas de gestación y una asociación significativa a la presencia del parto prematuro la pobreza y el bajo nivel de escolaridad y en cuestión ha estado civil predominó la convivencia. Finalmente en las investigaciones de SANTIAGO, Víctor. (2016)<sup>(21)</sup> y ORBEGOSO,

Zamira. (2016)<sup>(22)</sup>, La edad de mayor frecuencia de parto prematuro fue entre 20 y 34 años, lo cual coincide con la presente investigación.

Referente al segundo objetivo específico sobre identificar los factores maternos que están asociados al parto prematuro en gestantes, los resultados se presentan en las tablas 5,6, 7 y 8, se aprecia que el 25.6% tuvieron hipertensión arterial, seguido el 26.7% presentaron diabetes, todos los partos fueron prematuros tardíos, el 17.4% si consumieron drogas y fueron partos prematuros tardíos. Así mismo también se pudo evidenciar que el 39.5% no realizaron control prenatal, La prueba estadística no paramétrica Chi- cuadrado ha demostrado la existencia de la relación estadísticamente significativa entre los factores maternos y el parto prematuro, con un nivel de error  $p < 0,05$ . En el estudio de OVALLE, Alfredo, (2012)<sup>(11)</sup> La hipertensión estuvo presente en 94 de 127 médicamente indicados partos prematuros (preeclampsia en 62% e hipertensión crónica en 12%), y en 29% (preeclampsia 24%) de nacimientos prematuros de más de 30 semanas. En las investigaciones de GARCÍA, Fanny, CRUZ Fabián y ZUNIGA Carlos. (2012)<sup>(12)</sup> y CRUZ, Mari. (2015)<sup>(17)</sup>, el parto prematuro está asociado a pocas atenciones prenatales lo cual coincide con la investigación. Por otro lado, GENES, Viviana. (2012)<sup>(3)</sup> y SAMFERNANDO David y ZATTA julio (2015)<sup>(16)</sup>, coinciden en su investigación que los factores de riesgo que se asociaron significativamente al parto pretérmino fue la preeclampsia. También BARRERA Laura, MANRIQUE Fabián y OSPINA Juan (2016)<sup>(14)</sup> y AHUMADA, Margarita y ALVARADO, German. (2016)<sup>(23)</sup>, demostraron que la preeclampsia (20%) está asociada al parto prematuro, el 35.3% consumió bebidas alcohólicas durante el embarazo. En cuanto a los controles prenatales, un 40% asistió de 0 a 3 controles que

implica un control prenatal insuficiente como factor de riesgo para un parto prematuro. En el trabajo de GUILLEN, Juan. (2015)<sup>(15)</sup>. El factor materno de característica metabólica asociado con parto pretermino fue la diabetes gestacional <sup>(14)</sup>.

Referente al tercer objetivo específico sobre identificar los factores gineco-obstetricos que están asociados al parto prematuro en gestantes se muestran en las tablas 9-11 se aprecia que: el 40.7% de las gestantes presentaron rotura prematura de membrana, el 40.7% presentaron infección urinaria, en todos los casos fueron partos prematuros tardíos y el 17.4% presentaron desprendimiento prematuro de placenta y fueron de parto prematuro tardío.

Se ha demostrado que existe una relación estadísticamente significativamente entre los factores gineco- obstétricas con el parto prematuro, relación que se demostró mediante la prueba no para métrica Chi-cuadrado, con un error  $P < 5\%$ . En los estudios realizados por los siguientes autores OVALLE, Alfredo, (2012)<sup>(11)</sup>; GARCÍA, Fanny, CRUZ Fabián y ZUNIGA Carlos. (2012)<sup>(12)</sup>; RETURETA, Silvia, (2015)<sup>(13)</sup>; BARRERA Laura, MANRIQUE Fabián y OSPINA Juan (2016)<sup>(14)</sup>, GUILLEN, Juan. (2015)<sup>(15)</sup>; CRUZ, Mari. (2015)<sup>(17)</sup> y ORBEGOSO, Zamira. (2016)<sup>(22)</sup>; coinciden en su investigación que la infección de vías urinarias está asociada estadísticamente significativa a la presencia del parto prematuro. Lo cual coincide con la presente investigación en donde se da a conocer que el 68,6% presentaron infección urinaria lo cual está asociado al parto prematuro. Por otro lado en el estudio de SAMFERNANDO David y ZATTA julio (2015)<sup>(16)</sup> y CHIRA Jorge y SOSA Luis (2015)<sup>(19)</sup>, menciona que las patologías más frecuentes asociadas al parto pretérmino fueron: Ruptura prematura de membrana (32.3%), e Infección del tracto urinario (18.3). finalmente en el estudio



de CUZCANO, Anabel. (2016)<sup>(20)</sup>, el 20.54 presento infección urinaria en algún trimestre de gestación, 12.5% de las gestantes presento ruptura prematura de membranas sin embargo el 99.11% no tuvo desprendimiento prematuro de placenta., caso contrario con el presente estudio que el 54.7% presentaron desprendimiento prematuro de placenta.

## 7. CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos se concluye que:

1. Los factores sociodemográficos están asociados al parto prematuro en gestantes en un 40.7%, alcanzando los valores más significativos entre las edades de 26 a 35 años, el 37.1% tuvieron estado civil conviviente, el 58.1% sin grado instrucción y el 58.1% proceden de la zona urbana. De todos los partos fueron prematuros tardíos (32 a 36ss).
2. Los factores maternos estudiados guardan una relación de asociación significativa al parto prematuro en gestantes, dichos factores de riesgo son: el 26.7% tuvieron hipertensión arterial, el 39.5% de las gestantes no realizaron atención prenatal, el 17.4% consumió drogas y el 26.6% presentaron diabetes los cuales aumentan significativamente el riesgo a tener un parto prematuro .De todos los partos fueron prematuros tardíos (32 a 36ss).
3. Los factores Gineco – Obstétricos que están asociados al parto prematuro son: el 40.7% tuvieron rotura prematura de membrana, el 40.7% infección urinaria y el 17.4% desprendimiento prematuro de placenta las cuales aumentan significativamente el riesgo a tener un parto prematuro. De todos los partos fueron prematuros tardíos (32 a 36ss )

## **8. RECOMENDACIONES**

A la luz de los resultados de la investigación se recomienda.

1. Se recomienda a las autoridades del ministerio de salud, gobiernos locales, el desarrollo e implementación de planes de intervención que tomen en cuenta los resultados de ésta y otras investigaciones con respecto a los factores asociados a parto prematuro, a fin de disminuir la prevalencia de esta complicación, problema que tiene gran impacto en nuestro país .
2. Se sugiere al ministerio de salud, reforzar las campañas informativas con respecto a los factores a Sociodemográficos, Gineco-Obstétricos y Maternos que incrementan el riesgo de tener un parto prematuro, a través de nuevas estrategias que tomen en cuenta la realidad actual de las gestantes en el Perú, Como por ejemplo acudir a la atención prenatal.
3. Se recomienda comenzar la promoción y la prevención de esta patología en la atención prenatal.
4. Se sugiere capacitar a todo el personal de obstetricia y al agente comunitario sobre los factores de riesgo en parto prematuro, con el fin de apoyar a las pacientes en su evaluación temprana cuando se presentan los factores de riesgo.

5. Se recomienda a los profesionales de la Salud dedicadas al trabajo en el área de Gineco-Obstetricia, continuar con estudios relacionados con el tema de la presente investigación, a fin de encontrar nuevas alternativas de solución que ayuden a la prevención y disminución de los factores asociados a parto prematuro en gestantes , no sólo desde el punto de vista médico sino también social.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Organización Mundial de la Salud. Partos Prematuros. [Social online]. [Citado el 15 de octubre del 2017]. Disponible en el URL:  
[http://www.paho.org/bol/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1817:notaprematuro-](http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=1817:notaprematuro-)
2. World Health Organization (WHO). Glossary on assisted reproductive terminology [Social online]. Ginebra; 2010. [Citado el 15 de octubre del 2017]. Disponible en el URL:  
[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art\\_terminology\\_es.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology_es.pdf)
3. Genes V. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Revista Nacional Itaugua. [Artículo científico] Paraguay; 2012. [Citado el 20 de octubre del 2017] 4(2):8-14. Disponible en el URL:  
<http://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v4n2/v4n2a02.pdf>
4. Luis M, Diana C, Laura M, Martha A, Claudia P. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Revista científica. Chile: obstet. ginecol; 2016. [Citado el 26 de octubre del 2017] 81: 330-342.
5. Boletín Estadístico de Nacimientos en el Perú. 2015. [Citado el 26 de octubre del 2017]. Disponible en el URL:  
[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin\\_CNV\\_16.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf)

6. Pacheco J. Ginecología, Obstetricia y Reproducción 2da edición. Lima, 2007. [Citado el 05 de noviembre del 2017].
7. Laterra, C. Amenaza Parto Prematuro. Guía de Prácticas clínicas. Rev. Hospitalaria. [Citado el 05 de noviembre del 2017]. 22(1).
8. Pacheco J. Ginecología, Obstetricia y Reproducción 2da edición. Lima, 2014. [Citado el 05 de noviembre del 2017].
9. Sayres, WG Jr. Preterm labor. Am Fam Physician. Full-text, commentary can be found in Am Fam Physician. 2010. [Citado el 05 de noviembre del 2017]. 1;82(11):1310
10. Laterra, C. Guía de Prácticas clínicas. Amenaza Parto Prematuro. Revista hospitalaria. Mat. Inf. Ramón Sardá, 2013. [Citado el 05 de noviembre del 2017]. 22(1).
11. OVALLE, A, Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. Artículo de investigación. Chile, 2012. [Citado el 10 de noviembre del 2017].
12. García F, Cruz F, Zúñiga C. Factores asociados al parto prematuro en el departamento de lempira, honduras, 2012. Artículo científico. [Citado el 10 de noviembre del 2017]. Disponible en el URL:  
<http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2012/pdf/Vol80-4-2012-4.pdf>.
13. Retureta S. Factores de riesgo asociados a parto prematuro en gestantes del municipio ciego de Ávila. Cuba, 2015. Artículo de investigación.
14. Barrera L, Manrique F, Ospina J. Factores asociados al parto pretermo en adolescentes de Tunja. Colombia, 2016. Artículo de investigación. Guillen J.

Factores maternos asociados al parto pretérmino Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. [Tesis para optar el Título]. Lima, 2014.

15. Guillen, J. Factores asociados al parto prematuro en el Hospital Nacional Alberto sabogal Solórzano, 2014 [tesis para optar título]. Lima, 2014.
16. Samfernando D, Zatta J. Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Docente las Mercedes Chiclayo durante el 2014. [Tesis para optar el Título]. Chiclayo, 2015.
17. Cruz M. Factores de riesgo maternos preconcepcional y concepcionales del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, 2014. [Tesis para optar el Título]. Lima, 2015.
18. García, B. Edad materna y el número de abortos como factores de riesgo para parto pretérmino en pacientes atendidas en el hospital docente madre niño “San Bartolomé” durante enero a febrero del año 2015. [Tesis para optar el Título]. Lima, 2015.
19. Chira J, Sosa L. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2015. Artículo de investigación.
20. Cuzcano A. Características de las madres adolescentes con parto pretérmino en el hospital Sergio Bernales durante el periodo noviembre 2014 a noviembre 2015. [Tesis para optar el Título]. Lima, 2016.
21. Santiago A. Asociación de infección de vías urinarias y preclamsia. Hospital San Bartolomé 2010-2015. Lima, 2016. [Tesis para optar el Título].

22. 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. Lima, 2016. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano.
23. Ahumada M, Alvarado G. Factores de riesgo de parto pretérmino en un hospital. Artículo Científico. Lima, 2016. [Citado el 20 de noviembre del 2017]. Disponible en el URL:  
<http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2012/pdf/Vol80-4-2012-4.pdf>.
24. González F. Manejo del parto pretérmino. Sociedad de obstetricia y ginecología de Venezuela. Revista Científica. Caracas; Revisión 2012.
25. Schwartz, R. Obstetricia. 6ta edición. Buenos aires: El Ateneo, 2005.p 231-233. [Citado el 25 de noviembre del 2017].
26. Pacheco J. Ginecología Obstetricia y Reproducción 2da edición. Lima. Repsac, 2007, p 1321-1333. [Citado el 25 de noviembre del 2017].
27. Diccionario médico. Edad. [Social online]. [Citado el 6 de diciembre del 2017]. Disponible en el URL:  
[https://www.medicoscubanos.com/diccionario\\_medico.aspx?q=edad&utm\\_source=copypaste&utm\\_medium=various&utm\\_campaign=copypaste](https://www.medicoscubanos.com/diccionario_medico.aspx?q=edad&utm_source=copypaste&utm_medium=various&utm_campaign=copypaste)
28. Diccionario médico. Procedencia. [Social online]. [Citado el 6 de diciembre del 2017]. Disponible en el URL:  
<https://www.definicionabc.com/general/procedencia.php>.
29. Definiciones. Estado civil. Social online]. [Citado el 6 de diciembre del 2017]. Disponible en el URL:



<https://deconceptos.com/ciencias-juridicas/estado-civil>.

30. Definición de grado de instrucción. [Citado el 6 de diciembre del 2017].

Disponible en el URL:

[http://www.eustat.eus/documentos/opt\\_0/tema\\_165/elem\\_2376/definicion.html](http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html).

31. Sánchez k. Factores obstétricos. [Citado el 6 de diciembre del 2017]. Disponible

en el URL:

<https://es.slideshare.net/KarenGSanchez/riesgo-reproductivo-y-obstetrico>.

32. Mongrut A. Tratado de obstetricia. Cuarta edición. Lima. 2000. Pág. 457-459.

33. Taboada R. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias” de enero a diciembre 2013. [Tesis Pregrado]. Perú, Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Facultad de Medicina Humana. “Rafael Donayre Rojas”; 2015.

34. Benson P. Manual de Obstetricia y Ginecología. México DF: McGraw-Hill Interamericana 2012; 10: 231-234.

35. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Dwight J. Spong C. Williams Obstetricia. México: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2011. Pag. 852.

36. Vallejos C. Guía de prácticas clínica para la atención de emergencias obstetricias según nivel de capacidad resolutive. 1era edition. Lima, 2007. Pág. 75 -79.

# **ANEXOS**

ANEXO N° 1



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



**FACTORES ASOCIADOS A PARTO PREMATURO EN GESTANTES,  
HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO, 2016-2017**

**I. DATOS GENERALES:**

Historia Clínica N°:

**II. FACTORES ASOCIADOS**

**2.1. FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS**

• **Edad:**

- 15 a 17
- 18 a 25
- 26 a 35
- 36 a más

• **Estado civil:**

- Soltera
- Viuda
- Casada
- Conviviente

• **Grado de instrucción:**

- **Procedencia:**
  - 
  - Rural
  - 
  - 
  -

Urbana

Analfabeta

Primaria

Secundaria

Superior

## 2.2. FACTORES MATERNOS

- |                         |    |                          |    |                          |
|-------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| • Diabetes              | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| • Hipertensión arterial | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| • Consumo de drogas     | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| • Atención prenatal     | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |

## 2.3. FACTORES GINECO OBSTÉTRICO

- |  |    |                          |    |                          |
|--|----|--------------------------|----|--------------------------|
| • Infección urinaria.                      | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| • Rotura prematura de membranas.           | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| • Desprendimiento de prematuro de placenta | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |

## III. PARTO PREMATURO

### CLASIFICACION DE PARTO PREMATURO

- Menor de 37 semanas.
- La semana 32 a 36.
- La semana 28 a 31.
- Menores de 28 semanas.

## ANEXO N° 2

### VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

**FACTORES ASOCIADOS A PARTO PREMATURO EN GESTANTES,  
HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO, 2016-2017**

Aspectos de evaluación:

1. El instrumento persigue los fines de los objetivos generales
2. El instrumento no persigue los fines de los objetivos específicos
3. La hipótesis es atingente (atingencia: conexión, relación de una cosa con otra,) al problema y a los objetivos planteados
4. El número de los ítems que cubre cada dimensión es el correcto
5. Los ítems están redactados correctamente
6. Los ítems despiertan ambigüedades
7. El instrumento que se va aplicar llega a la comprobación de la hipótesis
8. La (s) hipótesis está formulada correctamente

LEYENDA

PUNTUACIÓN

DA: De Acuerdo

1

ED: En Desacuerdo

0

**RESULTADO DE LA VALIDACION POR JUCIO DE EXPERTOS**

**ANEXO N° 3**

Resultados de la correlación del juicio de expertos:

JUEZ	Ítem	Ítem	Ítem	Ítem	Ítem	Ítem	Ítem	Ítem	TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	
<b>Juez I</b>	1	1	1	1	1	0	1	1	7
<b>Juez II</b>	1	1	1	1	1	0	1	1	7
<b>Juez III</b>	1	1	1	1	1	0	1	1	7
<b>Juez IV</b>	1	1	1	1	0	0	1	1	6
<b>Juez V</b>	1	1	1	1	1	0	1	1	7
<b>TOTAL</b>									34

Prueba de Kendall

<b>N</b>	<b>5</b>
<b>W de Kendall</b>	<b>0,856</b>
Chi-cuadrado	8,308
G1	7

*Fuente: elaboración propia*

**ANEXO N° 4**

**Tabla 12:** Parto prematuro en gestantes, Hospital Regional de Huacho, 2016.-2017.

<b>PARTO PREMATURO</b>	<b>TOTAL</b>	
	N°	%
< de 37 semanas	44	25.6
De 32 a 36 semanas	70	40.7
De 28 a 31 semanas	30	17.4
< 28 semanas	28	16.3
<b>TOTAL</b>	<b>172</b>	<b>100</b>

Los resultados de la tabla muestran que el mayor porcentaje 40,7% de las gestantes tuvieron un parto prematuro durante las 32 y 36 semanas.

**Tabla 13.** Tipo de parto asociados a parto prematuro en gestantes, Hospital Regional de Huacho, 2016.-2017.

TIPO DE PARTO	PARTO PREMATURO EN SEMANAS								TOTAL	P = Valor	
	< 28		28 - 31		32 -36		< 37				
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Cesárea	0	0.0	0	0.0	68	39.5	44	25.6	<b>112</b>	<b>65.1</b>	P = 0.000
Parto vaginal	28	16.3	30	17.4	2	1.2	0	0.0	<b>60</b>	<b>34.9</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>16.3</b>	<b>30</b>	<b>17.4</b>	<b>70</b>	<b>40.7</b>	<b>44</b>	<b>25.6</b>	<b>172</b>	<b>100</b>	

Los resultados de la tabla demuestran que el mayor porcentaje 65,1% tuvieron parto por cesárea el parto prematuro fue entre las 32-36 semanas.

La prueba estadística no paramétrica Chi-cuadrado ha demostrado que existe relación estadísticamente significativa entre el tipo de parto y el parto prematuro.