

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A PARTO PRETERMINO EN
GESTANTES DEL SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENERO - JUNIO 2018**

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. ALEX TAIPE HUAMAN

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MEDICO CIRUJANO

PUNO – PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A PARTO
PRETERMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO GINECO-
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO

ENERO - JUNIO 2018

TESIS



PRESENTADA POR:

Bach. ALEX TAIPE HUAMAN

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

MEDICO CIRUJANO

APROBADA POR EL JURADO REVISOR CONFORMADO POR:

PRESIDENTE:

M.Sc. GILBERTO FELIX PEÑA VICUÑA

PRIMER MIEMBRO:

M.C. LUIS ELOY ENRIQUEZ LENCINAS

SEGUNDO MIEMBRO:

M.C. LUIS DECIDERIO APAZA SULLCA

DIRECTOR / ASESOR:

M.C. ELIAS ALVARO AYCACHA MANZANEDA

Área : Ciencias Clínicas
Tema : Parto Pretérmino

FECHA DE SUSTENTACION: 13/11/2018

DEDICATORIA

A DIOS

Es él quien me guía, que me ha dado la fortaleza y la sabiduría para afrontar cualquier dificultad presentada a lo largo de mi carrera.

A MI ADORADA FAMILIA

A mi padre Felipe, por los consejos, valores y principios que me ha inculcado, por enseñarme siempre que quien estudia triunfa, por creer, confiar en mí, y brindarme su apoyo para lograr mis metas. A mi madre Irene, por darme la vida, haber sido mi apoyo a lo largo de toda mi carrera universitaria, quien me apoyo en todo momento, quien con todo su cariño me guía. A mi querido hermano y hermanas, quienes durante todos estos años me brindaron su apoyo y cariño. A una persona muy especial, Marisela, por haber llegado a mi vida y completado mi felicidad, ahora mi compañera de vida, que me ha apoyado, cuidado en todo momento en la última etapa de mi carrera; con quien cumpliré un sueño anhelado, el ser padre. A mi pequeño motor quien sin conocerla me da felicidad, energías, fortaleza, que me alienta a seguir adelante, me impulsa a ser mejor persona, por quien lucharé todos los días de mi vida.

Alex Taipe Huamán

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional del Altiplano, por darme la oportunidad de estudiar en esta escuela profesional, asimismo agradezco a mis maestros por brindarme su apoyo y experiencia.

Al Hospital Regional de Ayacucho, por darme la oportunidad de realizar el internado médico y por permitir consolidar mis conocimientos y habilidades durante el último año de la carrera, y ejecutar este trabajo.

A mis compañeros(as) por esos instantes inolvidables sucedidos tanto en las aulas como en los ambientes hospitalarios.

Alex Taipe Huamán

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
ÍNDICE DE FIGURAS	8
ÍNDICE DE TABLAS	10
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS	13
RESUMEN	14
ABSTRACT	16
CAPITULO I	18
INTRODUCCIÓN	18
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	19
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	20
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTAGACIÓN	21
1.5. HIPÓTESIS	22
CAPITULO II	23
REVISIÓN DE LITERATURA	23
2.1. ANTECEDENTE DEL PROYECTO	23
2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL	23
2.1.2. A NIVEL NACIONAL	26
2.1.3. A NIVEL LOCAL	30

2.2. MARCO TEORICO	32
2.2.1. DEFINICION	32
2.2.2. CLASIFICACIÓN	33
2.2.3. ETIOLOGÍA	34
2.2.4. FISIOPATOLOGÍA	34
2.2.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO	36
2.2.5.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	36
2.2.5.2. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	37
2.2.5.3. FACTORES FETALES	38
2.2.5.4. FACTORES PATOLÓGICOS	38
2.2.6. DIAGNÓSTICO	43
2.2.7. MANEJO DEL PARTO PRETÉRMINO	44
2.2.7.1. TOCOLÍTICOS	44
MATERIALES Y MÉTODOS	48
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	48
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	48
3.3. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	49
3.4. TÉCNICA Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	49
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	49
3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	51

3.7. ASPECTOS ETICOS.....	53
CAPITULO IV	54
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	54
CONCLUSIONES.....	86
RECOMENDACIONES.....	88
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
ANEXOS	95
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	95
MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	96

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. PARTO PRE TÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.	55
FIGURA 2. EDAD DE GESTANTES ATENDIDAS CON PARTO PRETERMINO EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.....	57
FIGURA 3. GRADO DE INSTRUCCIÓN DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.....	59
FIGURA 4. ESTADO CIVIL DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.	61
FIGURA 5. NUMERO DE CONTROLES PRENATALES DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.	63
FIGURA 6. NUMERO DE PARIDAD PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.	65
FIGURA 7. EMBARAZO MULTIPLE DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.	67
FIGURA 8. ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL	

REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.	69
FIGURA 9. DIABETES GESTACIONAL DEL EMBARAZO DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.	72
FIGURA 10. INFECCION DE TRACTO URINARIO DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.....	74
FIGURA 11. AMENAZA DE PARTO PRETERMINO DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.....	76
FIGURA 12. DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.	78
FIGURA 13. ANEMIA DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018	80
FIGURA 14. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.	82

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. INCIDENCIA DE PARTO PRETERMINO EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.	54
TABLA 2. PARTO PRE TÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.	55
TABLA 3. RELACION ENTRE EL PARTO PRE TÉRMINO Y LA EDAD DE GESTANTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.	56
TABLA 4. RELACION ENTRE EL PARTO PRE TÉRMINO Y GRADO DE INSTRUCCIÓN DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.	58
TABLA 5. RELACION ENTRE EL PARTO PRE TÉRMINO Y ESTADO CIVIL DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.	61
TABLA 6. RELACION ENTRE EL PARTO PRE TÉRMINO Y NUMERO DE CONTROLES PRENATALES DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.	63
TABLA 7. RELACION ENTRE EL PARTO PRE TÉRMINO Y NUMERO DE PARIDAD PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA	

DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.....	65
TABLA 8. RELACION ENTRE EL PARTO PRE TÉRMINO Y EMBARAZO MULTIPLE DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.	67
TABLA 9. RELACION ENTRE EL PARTO PRE TÉRMINO Y ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.	69
TABLA 10. RELACION ENTRE EL PARTO PRE TÉRMINO Y DIABETES GESTACIONAL DEL EMBARAZO DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.	71
TABLA 11. RELACION ENTRE EL PARTO PRE TÉRMINO Y INFECCION DE TRACTO URINARIO DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.	73
TABLA 12. RELACION ENTRE EL PARTO PRE TÉRMINO Y AMENAZA DE PARTO PRETERMINO DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.	75
TABLA 13. RELACION ENTRE EL PARTO PRE TÉRMINO Y DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL	

REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.	77
TABLA 14. RELACION ENTRE EL PARTO PRE TÉRMINO Y ANEMIA DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.	79
TABLA 15. RELACION ENTRE EL PARTO PRE TÉRMINO Y RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.	82

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

OMS: Organización Mundial de la Salud.

MINSA: Ministerio De Salud del Perú.

RN: Recién Nacido.

RCIU: Restricción del crecimiento intrauterino.

PP: Parto prematuro.

TORCH: Rubéola citomegalovirus, herpes simple y VIH.

OR: Odds ratio.

IC: Intervalo de confianza.

P: Valor de significancia estadística.

IBA: Infección bacteriana ascendente.

ACOG: Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología.

ITU: Infección del tracto urinario.

RPM: Ruptura prematura de membranas.

DPP: Desprendimiento prematuro de placenta.

DPPNI: Desprendimiento precoz de la placenta normalmente inserta.

RESUMEN

Este trabajo de investigación tiene la finalidad de estudiar los factores de riesgo asociado a parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional de Ayacucho. **Objetivos:** Determinar los factores de riesgo asociado a parto pretérmino en gestantes del servicio Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho enero-junio 2018. **Material y métodos:** El estudio fue descriptivo, analítico, retrospectivo y transversal de observación indirecta. Se registraron los datos en una ficha y procesados estadísticamente; para la asociación entre los factores de riesgo y el parto pretérmino se utilizó la prueba Chi cuadrado. **Resultados:** De 114 gestantes con parto pretérmino, la incidencia fue 8%; se presentó el 72,8% con edad gestacional entre 32-<37 semanas, el 58,8% con edad de 20 a 34 años, 65,8% con educación secundaria, 62,3% conviviente, 51,8% sin controles adecuados, 41,2% multigesta, 4,4% embarazo múltiple, 5,3% enfermedad hipertensiva, 0,9% diabetes gestacional, 36,0% con infección del tracto urinario, 77,2% con amenaza de parto pretérmino, 2,6% con desprendimiento prematuro de placenta, 32,5% con anemia, y 19,3% con ruptura prematura de membrana. Los factores de riesgo asociados, estadísticamente significativos para parto pretérmino fueron número de controles prenatales ($p<0.05$) y amenaza de parto pretérmino ($p<0.05$). **Conclusiones:** En general se comprueba que sí hay factores de riesgo asociados al parto pretérmino y son el número de controles prenatales y amenaza de parto pretérmino. La incidencia de parto pretérmino fue de 8% del total de partos. Los factores sociodemográficos que se encontró como hallazgo por distribución poblacional y educacional en mayor frecuencia fue la edad de 20 a 34 años, estado civil conviviente y grado de instrucción secundaria, los cuales no presentan como factor de riesgo para parto pretérmino. Los antecedentes obstétricos con mayor porcentaje fue el control prenatal inadecuado y multigesta. El embarazo múltiple no actúa como factor de riesgo para parto pretérmino en el presente estudio. Las

patologías que se presentan son la amenaza de parto pretérmino, anemia e infección de tracto urinario. Y existe similitudes con las regiones de Puno, Arequipa y Tacna respecto a factores de estado civil soltera, en no tener controles prenatales adecuados e infección de tracto urinario, y se diferencia en no presentar enfermedad hipertensiva del embarazo.

Palabras clave: Parto pretérmino, Factor de riesgo.

ABSTRACT

This research work aims to study the risk factors associated with preterm delivery in pregnant women of the Regional Hospital of Ayacucho. **Objectives:** To determine the risk factors associated with preterm delivery in pregnant women of the Obstetrics and Gynecology Service of the Regional Hospital of Ayacucho January-June 2018. **Material and methods:** The study was descriptive, analytical, retrospective and cross-sectional of indirect observation. The data was recorded in a file and processed statistically; The Chi square test was used for the association between risk factors and preterm delivery. **Results:** Of 114 pregnant women with preterm delivery, the incidence was 8%; there was 72.8% with gestational age between 32- <37 weeks, 58.8% with age from 20 to 34 years, 65.8% with secondary education, 62.3% cohabiting, 51.8% without adequate controls, 41, 2% multigesta, 4.4% multiple pregnancy, 5.3% hypertensive disease, 0.9% gestational diabetes, 36.0% with urinary tract infection, 77.2% with threat of preterm labor, 2.6% with placental abruption, 32.5% with anemia, and 19.3% with premature membrane rupture. The associated risk factors, statistically significant for preterm birth, were the number of prenatal controls ($p < 0.05$) and preterm delivery threat ($p < 0.05$). **Conclusions:** In general, it is found that there are risk factors associated with preterm delivery and are the number of prenatal controls and the threat of preterm delivery. The incidence of preterm delivery was 8% of all births. The sociodemographic factors that were found as finding by population and educational distribution in greater frequency were the age of 20 to 34 years, cohabiting civil status and secondary education, which do not present as a risk factor for preterm delivery. The obstetric history with the highest percentage was inadequate and multigesta prenatal control. Multiple pregnancy does not act as a risk factor for preterm delivery in the present study. The pathologies that appear are the threat of preterm delivery, anemia and urinary tract infection. And there are similarities with the

regions of Puno, Arequipa and Tacna regarding factors of single marital status, in not having adequate prenatal controls and urinary tract infection, and it differs in not presenting hypertensive disease of pregnancy.

Key words: Preterm delivery, Risk factor.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El parto pretérmino representa un problema de salud pública desde hace siglos, sin embargo, en los últimos años es cuando se le toma en cuenta debido al aumento de casos, es por ello que cada día se da más importancia el conocer los factores de riesgo asociados a dicha problemática ya que es un eje sumamente importante en la mortalidad y morbilidad neonatal que a largo plazo traen secuelas. En 2015, entre los 5,9 millones de muertes de menores de 5 años, se produjeron 2,7 millones en el período neonatal. Las principales causas menores de 5 años fueron las complicaciones del parto prematuro.

En el mundo cada año se producen aproximadamente 15 millones de nacimientos antes de llegar a término, es decir, más de 1 en 10 nacimientos. Consecuentemente a esto más de un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones durante el parto. Y además muchos de los prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje, problemas visuales y auditivos. Por lo que es un problema a nivel mundial.

Y al conocer los factores de riesgo asociado a parto pre término en el hospital regional de Ayacucho va contribuyendo al mejor conocimiento del comportamiento de estos factores ayudando en la atención y tratamiento de la gestante en riesgo de parto pre término y así colaborar con el diseño de estrategias para reducción de la morbimortalidad neonatal. Además, por lo que presenta un alto índice de morbilidad y mortalidad, consideramos de gran importancia una adecuada identificación y análisis de dicha

problemática, y que lleve a una concientización de autoridades y profesionales del área de salud para que así se pueda establecer políticas de promoción, prevención mediante la información obtenida de este estudio.

Para que esta realidad cambie es necesaria la preparación del sistema de salud, capaz de atender las necesidades de las gestantes. De esta forma, los profesionales deben estar atentos al control prenatal, para la identificación precoz de los factores de riesgo que la gestante pueda presentar y así intervenir adecuadamente.

La importancia de esta investigación radica en la gran problemática que representa el parto pre término para la Salud Pública. Y tiene como finalidad conocer los factores de riesgo que influyen en parto pretérmino en el Hospital Región de Ayacucho; contribuye no solo a disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad materna y neonatal sino a disminuir los gastos que ello conlleva, en su hospitalización prolongada o en los cuidados de la familia. Una vez identificados dichas características, se podrá intervenir en ellos, con el fin de disminuir importantemente la incidencia de estos casos.

Por tal motivo es importante estudiar el tema de que factores predisponen a que se produzca un parto pretérmino, para poder evitarlos y que se produzcan menos casos de este problema de salud.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El presente trabajo, se elaboró al plantearse la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores de riesgo asociado a parto pretérmino en gestantes del servicio Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho enero-junio 2018?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El parto pre término es un problema que implica varios problemas en diversos ámbitos de nuestra sociedad, no solo la salud sino también como daños a la economía familiar, al tener que pagar gastos médicos que acarrear la atención del recién nacido que permanece hospitalizado por días o semanas. Además de ser la primera causa de mortalidad neonatal y los prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida.

En los últimos años es cuando se le toma en cuenta debido al aumento de casos, es por ello que cada día se da más importancia el conocer los factores de riesgo asociados a dicha problemática ya que es un eje sumamente importante en la mortalidad y morbilidad neonatal que a largo plazo traen secuelas. Si bien es cierto, son muchos los factores de riesgo implicados en el embarazo pretérmino, pero no todos han sido estudiados en profundidad; es por ello que en el presente trabajo de investigación ahondaremos en los que se presentan con mayor frecuencia al no haber trabajos de investigación sobre este tema, se desconoce la magnitud del problema y por ende no se toman medidas preventivas. Además, el parto pretérmino es un determinante muy importante de morbilidad y mortalidad en los recién nacido.

Los hallazgos contribuirán a tomar acciones dirigidas a disminuir complicaciones de las embarazadas en el período prenatal, y fortalecer el Programa de Salud Integral a la embarazada en este hospital con un plan de capacitación para gestantes sobre cuidados en el manejo de parto pretérmino.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTAGACIÓN

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores de riesgo asociado a parto pretérmino en gestantes del servicio Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho enero-junio 2018.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la incidencia de parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho durante el periodo de enero a junio del 2018.
- Determinar los factores de riesgo sociodemográficos de la gestante con parto pretérmino como; la edad, el nivel de instrucción y estado civil, en gestantes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho.
- Determinar los antecedentes obstétricos de la gestante con parto pretérmino como; el número de controles prenatales y número de paridad en gestantes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho.
- Identificar el factor fetal de la gestante con parto pretérmino como; el embarazo múltiple, en las gestantes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho.
- Identificar las patologías más frecuentes durante el embarazo en la gestante como; enfermedad hipertensiva del embarazo, diabetes gestacional, infección de tracto urinario, amenaza de parto pretérmino, desprendimiento prematuro de placenta, anemia y ruptura prematura de membranas como factor de riesgo para parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho.

- Establecer similitudes y diferencia de los factores de parto pretérmino con los factores de las regiones de Puno, Arequipa y Tacna.

1.5. HIPÓTESIS

1.5.1. Hipótesis alterna

Existen factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes de servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho durante el periodo de enero a junio del 2018.

1.5.2. Hipótesis nula

No existen factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho durante el periodo de enero a junio del 2018.

CAPITULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTE DEL PROYECTO

2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL

Según la OMS se estima que cada año nacen uno 15 millones de niños prematuros (antes de que se cumpla 37 semanas de gestación). Esa cifra esta aumentado. Las complicaciones relacionadas con la prematuridad, principal causa de defunción en los niños menores de cinco años, provocaron en 2015 aproximadamente un millón de muertes. Tres cuartas partes de esas muertes podrían prevenirse con intervenciones actuales y costoeficaces. En los 184 países estudiados, la tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 5% y el 18% de los recién nacidos. (2)

López N. y col. en la Paz, Bolivia en 2011, realizaron un estudio retrospectivo sobre “Factores obstétricos claves en los resultados neonatales y a los dos años de seguimiento en la prematuridad extrema”. La muestra lo conformaron 132 casos nacidos entre las semanas 23 y 27 en el Hospital La Paz, desde 2003 a 2005. Se establecieron tres grupos obstétricos: amenaza de parto pretérmino, rotura prematura de membranas y la asociación de ambas. Se evaluaron como variables obstétricas: Tocólisis, corticoterapia, motivo de finalización de la gestación y vía de parto, y como variables en niños: Mortalidad y morbilidad respiratoria, neurológica, visual y auditiva en neonatos y a los dos años. De los resultados, los casos con amenaza de parto pretérmino presentaron mayor displasia broncopulmonar y ductus arterioso persistente que los otros dos grupos obstétricos. Las pacientes con amenaza de parto pretérmino y tocólisis desarrollaron menos hemorragia intraventricular e infarto periventricular que los casos sin tocólisis.

Concluyen que la conducta obstétrica puede modificar el pronóstico neonatal y a los 2 años de seguimiento. (3)

Ovalle A y Col, en Chile en 2011; según un estudio realizado en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Borja Arriarán de Chile, entre el 2007 al 2009 indica que las condiciones clínicas que más frecuentemente se presentaron en el parto pre término fueron las infecciones genitourinarias (vaginal o urinaria) con un porcentaje de 19,4%. La edad gestacional promedio del parto prematuro asociada con infección genitourinaria fue 27 de semanas. En otro estudio dicho factor asociado obtuvo cifras porcentuales de 12,6% en cuanto a infecciones tipo vaginosis y un 39,5 % para infección de trato urinario siendo la edad gestacional en la que más se presentó, dicho factor fue de 28-32 semanas para vaginosis y de 32-37 para infección de vías urinarias, siendo en cierta medida similares a las investigaciones previas. (4)

Retureta S y Col, en Cuba en 2015 realizó un 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. Y 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 $p < 0,05$. Con resultados que 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. Y concluyendo que

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. (5)

De los Ángeles V y Balladares F, en Ecuador en el 2016, realizó un estudio donde obtuvieron 301 casos, el 38,5 % de casos las pacientes entre los 21 a 28 años. Los partos prematuros moderados a tardíos fueron los más frecuentes 67.4 %. En cuanto a los factores de riesgo estudiados, un 33,2% de pacientes presentaron anemia, 39,5 % presentaron infección del tracto urinario y un 12,6 % presentaron vaginosis bacteriana durante su gestación. (6)

Barrera S. Lina, et al, en Colombia en 2016; realizaron un estudio de corte transversal, observacional analítico; el estudio lo realizaron durante el año 2010 donde se obtuvo como resultados una prevalencia de parto pretérmino 6,07%; media de edad 17,3 años; rango de edad gestacional 22-37semanas. Se identificaron, asociadas al parto pretérmino, ITU (30.5%), vaginosis (26.7%), anemia (23.3%), preeclampsia (20%). En cuanto a los controles prenatales más del 70% presentaron controles inadecuados. En conclusión, el PP ocurrió en 6,1% de las gestaciones en adolescentes. Los principales factores que se insinúan como asociados con el PP son: hemorragia, baja asistencia a controles prenatales, preeclampsia, bajo nivel de escolaridad. (7)

2.1.2. A NIVEL NACIONAL

Aguirre M, y Col, en Cusco en el 2012, en un estudio para determinar los factores de riesgo maternos asociados con la prematuridad de los recién nacidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Antonio Lorena- Cusco 2011. Cuya hipótesis fue que los factores de riesgo maternos y los factores de riesgo sociales están asociados a la prematuridad de los recién nacidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Antonio Lorena Cusco 2011. Se realizó un diseño observacional- analítico, retrospectivo y de casos controles 1:2 aplicados a recién nacidos pretérmino y a término con sus respectivas madres en la Unidad de Neonatología y Obstetricia, ingresaron al estudio 25 madres que tuvieron RN pretérmino (casos) y 50 madres que tuvieron RN a término (control). Entre las características generales y/o sociales encontrados en los resultados de las madres de recién nacidos prematuros: Destacan los valores estadísticos de edades extremas (<19 - >35 años), dándose en un 52% y presentando un grado de asociación significativo $OR= 2.65$. Los factores de riesgo maternos que contribuyen al parto pre término según la fuerza de asociación directamente son: controles prenatales incompletos con un grado de asociación ($OR= 3.89$), la ruptura prematura de membranas con un grado de asociación ($OR= 3.45$), infecciones de tracto urinario con un grado de asociación ($OR= 3.43$), hipertensión inducida por el embarazo (pre eclampsia, eclampsia) con un grado de asociación ($OR= 2.25$) y finalmente el antecedente de aborto en las madres con un grado de asociación ($OR= 1.99$). Se concluyó que los factores de riesgo asociados a la prematuridad identificados en el Hospital Antonio Lorena del Cusco en el periodo Enero-Julio del 2011 fueron: edades extremas (<19 - >35 años) de las madres (factores sociales), controles prenatales incompletos, ruptura prematura de membranas, infecciones de tracto urinario, hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia, eclampsia) y antecedentes de aborto (factores de riesgo materno), confirmando la hipótesis planteada.(8)

F. Parra. Tacna, Perú 2013. En su estudio “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período enero 2010 - diciembre 2012”. Realizó un estudio retrospectivo de casos y controles, cuya población se constituyó por todas las pacientes con gestación que culminó en parto de recién nacido vivo pretérmino, durante el periodo enero 2010-diciembre 2012. Los resultados fueron: los factores asociados al parto pretérmino son la edad materna < 18 años, el antecedente de parto prematuro, período intergenésico < 2 años, la ganancia durante el embarazo < 8kg, preeclampsia y ruptura prematura de membranas, embarazo gemelar, estado civil soltero y la ocupación de agricultora. (9)

Santaya P, en Huánuco en el 2015, en un estudio correlacional para determinar los factores de riesgo maternos que influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, con 120 gestantes seleccionadas por muestreo aleatorio simple, en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco. Se encontró que el 60,0% (72 recién nacidos) presentaron prematuridad. Por otro lado, los factores que influyen en la prematuridad son la edad menor de 18 y mayor de 35 años ($X^2=4,75$; $P\leq 0,029$), la talla materna menor de 157cm ($X^2=1,070$; $P\leq 0,010$), la paridad múltipara y gran múltipara ($X^2=7,034$; $P\leq 0,004$), intervalo intergenésico menor de 2 años ($X^2=8,62$; $P\leq 0,003$), la infección de tracto urinario en anterior gestación ($X^2=6,79$; $P\leq 0,009$), ruptura prematura de membranas en la última procreación ($X^2=8,75$; $P\leq 0,003$), placenta previa ($X^2=8,79$; $P\leq 0,003$) e infección de tracto urinario en la final concepción ($X^2=19,33$; $P\leq 0,000$), y se concluyó que los factores maternos biológicos, obstétricos y médicos maternos influyen en la prematuridad de recién nacidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco.(10)

Joyce A, en Lima en 2016 realizó un estudio con el título de factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes, Hospital Nacional Docente Madre - Niño “San Bartolomé” – 2016, con un estudio observacional, analítico de casos y controles, retrospectivo. Cada muestra (grupo casos y grupo control) estuvo conformada por 54 gestantes de parto pretérmino que acudieron al Hospital San Bartolomé en el año 2016. Para el análisis univariado se empleó las frecuencias absolutas y las relativas (variables cualitativas) y el promedio y la desviación estándar (variables cuantitativas). Para el análisis bivariado, se usó la prueba no paramétrica Ji cuadrado y la medida epidemiológica Odds Ratio. Se obtuvo que los factores de riesgo para parto pretérmino espontáneo en gestantes adolescentes fueron el no tener instrucción ($p=0.028$; $OR=7.89$), la nuliparidad ($p=0.038$; $OR=3.86$), el índice de masa corporal anormal ($p=0.035$; $OR=2.49$), la ruptura prematura de membranas ($p=0.002$; $OR=5.74$), la anemia ($p=0.041$; $OR=2.34$) y la infección vaginal ($p=0.029$; $OR=2.41$). Y se concluye que la falta de instrucción, la nuliparidad, el índice de masa corporal anormal, la ruptura prematura de membranas, la anemia y la infección vaginal son factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé en el año 2016. (11)

Guadalupe S, en Lima 2017 ha realizado un estudio de tipo observacional, analítico, retrospectivo, casos y controles. La muestra fue de 400 gestantes atendidas en el Hospital María Auxiliadora durante el 2015 de los cuales se divide en casos a las gestantes con parto pretérmino y controles a las gestantes sin parto pretérmino. Se realizó un análisis univariado y bivariado, mediante SPSS Statistics V 24. En el estudio se analizó la asociación de ciertos factores de riesgo con el parto pretérmino mediante OR y sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Con resultado de la edad, el estado civil, el

control prenatal inadecuado, el número de paridad, la preeclampsia, la infección del tracto urinario, y la rotura prematura de membrana tienen valor estadísticamente significativo ($p < 0.5$) además de ser factores de riesgo para parto pretérmino (OR:2.579). Concluyendo que los factores de riesgo de acuerdo a la intensidad que representan para presentar parto pretérmino son la edad, la rotura prematura de membrana, el número de paridad, el control prenatal inadecuado, la preeclampsia, el estado civil y la infección del tracto urinario. (12)

Ruiz M, Fernando L, en Arequipa en 2018, realizaron un trabajo de investigación con la finalidad de estudiar los factores de riesgo que están asociados a parto pretérmino en el Hospital III Goyeneche de Arequipa en el año 2017. Con el siguiente objetivo determinar cuáles son los factores de riesgo asociados al parto pre término en gestantes atendidas en el Hospital Goyeneche en Arequipa 2017. Se extrajeron los datos del sistema informático perinatal y se revisaron las historias clínicas de una población formada por 107 gestantes con diagnóstico de parto pretérmino durante el año 2017. Se calculó una muestra aleatorizada de 78 gestantes, ajustada con 10% de pérdidas. De ellas se han estudiado 70 gestantes que tuvieron parto pretérmino durante el 2017. Se registraron los datos en una ficha de recolección de datos para ser procesados estadísticamente. Resultados: el 67.1% de las gestantes atendidas en el Hospital Goyeneche en Arequipa tienen entre 19 y menos de 35 años, el 4.3% tienen antecedente RN peso < 2500g, el 51.4% presentaron infecciones del tracto urinario, el 7.1% presentaron infecciones cervicales, el 21.4% tuvieron enfermedad hipertensiva del embarazo, el 38.6% tuvieron anemia, y el 78.6% tuvieron un periodo intergenesico de entre 2-10 años. El 5.7% de las gestantes atendidas presentaron anomalías congénitas, el 1.4% presentaron infecciones TORCH mientras que el 7.1% tuvieron embarazo actual gemelar. El 2.9% de las gestantes atendidas tuvieron placenta previa, el 8.6% presentaron desprendimiento prematuro de

placenta normoinsera, el 22.9% presentaron ruptura prematura de membranas, y el 14.3% presentaron distocias de cordón. Y llegaron a una conclusión que las incidencias de partos pre termino en el Hospital Goyeneche de Arequipa han sido: prematuros extremos (menor a 28 semanas) 2.9%, muy prematuros (entre 28 y menos de 32 semanas) 4.3% y prematuro moderado (entre 32 y menos de 37 semanas) 92.9%, los factores de riesgo que muestran relación estadísticamente significativa con el parto pretérmino son: edad materna, antecedente de recién nacido con peso menor a 2500g, RCIU y placenta previa. También que los factores de riesgo con una relación más fuerte con el parto pretérmino $p=0.00$, son: edad materna y placenta previa. Y final que los factores de riesgo que no presentaron relación estadísticamente significativa con parto pres términos fueron: infecciones cervicales, enfermedad hipertensiva del embarazo, anemia, VII nuliparidad, periodo intergenesico, malformación congénita, TORCH, embarazo gemelar actual, DPPNI, RPM, polihidramnios y distocias de cordón. (13)

2.1.3. A NIVEL LOCAL

Gonzales L y Zapata R, en Ayacucho en 2009, en su trabajo de tesis concluye que la incidencia de parto pretérmino equivale al 13.8%, es decir que 14 de cada 100 partos son pretérmino siendo los factores de riesgo el bajo de peso, infecciones urinarias. (14).

Lima M y Romani M., en Ayacucho en 2013, realizó un estudio con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino atendidos en el servicio de Gineco-Obstetricia de Hospital II Essalud, Huamanga, 2010 – 2013. Se planteó la hipótesis de los factores de riesgo Gineco-Obstetricia como la hipertensión inducida por el embarazo, ruptura prematura de membrana, oligohidramnios polihidramnios, placenta previa, infección genitourinaria, embarazo múltiple y los factores de riesgo materno como

la edad, paridad y antecedente de parto pretérmino, están asociados a parto pretérmino en el servicio de Gineco-Obstetricia de Hospital II Essalud de Ayacucho. Concluyendo en que la prevalencia de partos pretérminos durante los años 2010, 2011, 2012 ha sido constante con un 44% en promedio, la hipertensión inducida por el embarazo, placenta previa y la ruptura prematura de membranas está asociado a parto pretérmino ($P < 0.05$). (15)

Quispe R, en Puno en 2017, realizó un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de prematuridad en el recién nacido y establecer los factores maternos, fetales y ovulares asociados a prematuridad del recién nacido en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca entre agosto 2016 y Julio 2017. Con un diseño de estudio que tuvo 2 partes una transversal descriptiva y la otra analítica de casos y controles, hay determinó la prevalencia de la prematuridad del recién nacido y se describió las características maternas, fetales y ovulares del recién nacido; los casos fueron los recién nacidos prematuros y los controles fueron los recién nacidos a término, y se determinó los factores maternos, fetales y ovulares, asociados a la prematuridad del recién nacido. y encontró como factores de riesgo asociados, no tener control prenatal (OR de 10.13, I.C. del 95% entre 2.15 y 65.61 y valor de p 0.0002); tener control prenatal en número menor de 6 (OR de 11.03, I.C. del 95% entre 5.24 y 23.04 y valor de p de 0.0000001); procedencia de área rural (OR de 3.58, I.C. del 95% entre 1.87 y 6.89 y valor de p de 0.00002); grado de instrucción de la madre primaria (OR de 2.58, I.C. del 95% entre 1.11 y 6.07 y valor de p de 0.01); ocupación de la madre comerciante (OR de 6.68, I.C. del 95% entre 1.75 y 26.0 y valor de p de 0.006); infección del tracto urinario, (OR de 4.18, I.C. del 95% entre 2.19 y 8.0 y valor de p de 0.000002); ruptura prematura de membranas (OR de 2.9, I.C. del 95% entre 1.13 y 7.66 y valor de p de 0.01). Se encontró como factores protectores

asociados, control pre natal (OR de 0.1, I.C. del 95% entre 0.02 y 0.47 y valor de p de 0.0002); procedencia de área urbana (OR de 0.28, I.C. del 95% entre 0.15 y 0.54 y valor de p de 0.00005. (16)

Chaiña E, en Puno en 2017, realizo un estudio que planteó como objetivo identificar los factores maternos que influyen en el parto pretérmino en gestantes que acuden al Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, año 2013. Con la metodología de investigaciones de tipo explicativo. Para efectos de la contratación de hipótesis, se enmarca entre los estudios con diseños no experimentales, y se aplica específicamente el diseño analítico transversal y causal – comparativo. Para la recolección de datos, se ha utilizado como instrumento una ficha de registro diseñada para los efectos del estudio. Como conclusión general, se encontró que los factores maternos que influyen en el parto pretérmino son: ganancia de peso materno, enfermedad hipertensiva del embarazo, ruptura prematura de membranas y desprendimiento de placenta; en conjunto, explican el 28% de la variación del parto pretérmino, pero la ganancia de peso constituye un factor protector, mientras que los otros tres constituyen factores de riesgo. (17)

2.2. MARCO TEORICO

2.2.1. DEFINICION

Según la OMS se considera parto pre término al que se presenta entre las 22 y 37 semanas de gestación. Las 22 semanas de gestación coincide con productos de 500 gramos de peso y el peso de los productos antes de las 37 semanas completas, tiene un rango más amplio. (18)

Según el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), el parto pretérmino es definido como aquel que ocurre entre las 20 0/7 y 36 6/7 semanas de embarazo. (21)

En el Perú la guía del MINSA 2010 refiere que es el nacimiento de un recién nacido que se produce después de las 22 semanas de gestación y antes de completar las 37 semanas, con independencia del peso al nacer. (19)

2.2.2. CLASIFICACIÓN

Los recién nacidos producto de parto pretérmino se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional:

Prematuros extremos: Los cuales nacen con una edad gestacional < 28 semanas

Muy prematuros: Los cuales nacen con una edad gestacional 28 a < 32 semanas.

Prematuros moderados a tardíos: Los cuales nacen con una edad gestacional de 32 a <37 semanas.

Es importante la edad gestacional en la que nace porque está altamente relacionada con la supervivencia del recién nacido. (18)

Según al peso al nacer:

Peso bajo: es cuando la menor pesa menos de 2.500 g independientemente de la edad gestacional.

Peso muy bajo al nacimiento: es cuando en donde la menor pesa menos de 1.500g.

Peso extremadamente bajo: es cuando en donde la menor pesa menos de 1.000g.

Se debe tener en cuenta que es mejor utilizar la edad gestacional como método predictorio que el peso, para la sobrevivencia de los prematuros. (20)

2.2.3. ETIOLOGÍA

El parto pretérmino puede ser causado por un problema que involucra al bebé, a la madre o ambos. A menudo, la combinación de diferentes factores es responsable del nacimiento prematuro. Sin embargo, en alrededor de 1 de cada 3 nacimientos pretérmino, la causa es desconocida. (22)

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: (23)

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.

2.2.4. FISIOPATOLOGÍA

El desarrollo del parto pretérmino comparte algunos eventos fisiológicos con el parto a término, pero no son exactamente lo mismo. Es necesario entender los mecanismos que ocurren en el parto a término para poder compararlo con el parto pretérmino. El embarazo que se inicia con la implantación del blastocisto termina posteriormente con el parto y el retorno del útero a su estado inicial, a lo que llamamos involución uterina.

Durante casi toda la gestación, el útero se encuentra en un estado de inactividad y relajación, esta hipoactividad es causada por sustancias tales como la progesterona, el óxido nítrico y la relaxina, es por esto que, extrañamente se producen contracciones débiles durante esta fase, las cuales son llamadas de Braxton-Hicks. Así mismo actúa la progesterona, la cual es una hormona que favorece la quietud de las fibras musculares uterinas, inhibe la madurez cervical y disminuye la producción de citoquinas, que se piensa es la clave para la activación de la decidua. Por el contrario, los estrógenos ejercen el efecto inverso.

Poco antes de que se inicie el trabajo de parto, va haber aumento de los estrógenos producidos por la placenta, la cual activa una cascada de eventos que incluyen contracciones uterinas de gran amplitud y regularidad, madurez del cérvix, activación de la decidua y las membranas fetales. Durante esta etapa, los estrógenos aumentan la expresión de la oxitocina, receptores de prostaglandinas y proteínas asociadas a las contracciones y es así como estos cambios promueven la contractilidad uterina. Aunque la caída de los niveles de progesterona juega un papel importante, en algunos mamíferos en la iniciación del parto, en humanos y grandes primates la progesterona aumenta a través de la gestación.

Investigaciones recientes sugieren una alteración en la funcionalidad de los receptores de progesterona de la normal forma activa a una forma inactiva, promoviendo aumento de la contractilidad uterina y de algunas sustancias inflamatorias que se liberan durante el período previo al inicio del trabajo de parto. La síntesis de estrógenos por la placenta está dada, en parte, por el feto, el cual aporta andrógenos adrenales, para esto se necesita que el eje conformado por los órganos hipotálamo, hipófisis y glándula

suprarrenal esté funcionando con normalidad para así poder otorgar precursores de estrógeno hacia la placenta; la hormona liberadora de corticotropina es la que mantiene la actividad de este eje. La hormona liberadora de corticotropina es un neuropéptido que se origina en el hipotálamo, el cual también se manifiesta en membranas y placenta, y va a liberarse aumentando su nivel a medida que transcurre la gestación. Los niveles de la hormona liberadora de corticotropina se encuentran en relación con la edad gestacional, es por ello que dicha hormona se comporta como el “reloj placentario” el cual va a determinar el tiempo de la gestación. De la misma forma va a fomentar la producción de andrógeno y cortisol fetal, así mismos estos estimularan a la generación de HLC que se originan en la placenta. Los cambios cervicales, de la decidua y de las membranas fetales son consecuencia de prostaglandinas, estrógenos, progesterona y citoquinas inflamatorias que promueven el metabolismo de la matriz extracelular y maduran el cérvix. El parto a término se origina por activación de mecanismos nombrados de una manera fisiológica, mientras el pretérmino necesita mucha más estimulación, especialmente cuando ocurre antes de las 32 semanas, dada principalmente por sustancias inflamatorias. (20)

2.2.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO

2.2.5.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad materna:

Debemos de tener en cuenta que en los extremos de la vida reproductiva el proceso tanto del embarazo como el parto son causales de patologías perinatales. Por lo cual es un factor preocupante para el personal de salud. Con el transcurso del tiempo han ido variando los intervalos de los límites de edad son muchos los autores que consideran a la edad materna menor de 20 años o mayores de 34 años como factor de riesgo e inclusive hay estudios que demuestran la incidencia de parto pretérmino en esta población es de

8,9. Se debe tener en cuenta que en el Perú se considera como riesgo a las mujeres menores de 15 años y mayores de 34 años. Las tasas de parto pretérmino aumentan en las mujeres muy jóvenes lo cual se relaciona con el hecho de estar por primera vez embarazada, o que exista un desarrollo inadecuado del útero. (24)

Estado civil:

El estado civil soltero de la gestante es una condición muchas veces relacionado al parto pre término. (25)

Se asocia un riesgo incrementado de bajo peso al nacer y tiene relación con otros factores de riesgo como el embarazo en la adolescencia, consumo de alcohol y tabaquismo. En un estudio sobre 36.608 nacimientos en el Distrito de Columbia, se encontró un 34% más de incidencia de bajo peso y 35% más de mortalidad neonatal en niños nacidos de madres solteras, el riesgo permaneció elevado al realizar el análisis controlando la edad y educación materna. (34)

Nivel de instrucción:

El bajo nivel cultural está asociado a parto pretérmino porque la asociación que tiene con el nivel bajo económico siendo dependiente el uno del otro. (25)

2.2.5.2. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS**Control prenatal:**

El control prenatal tiene influencia poderosa en la evolución perinatal del producto. Las madres sin control prenatal o con control insuficiente tienen niños más gravemente prematuros que aquellos con control mínimo eficiente. (25)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda que la gestante deba tener como mínimo 5 controles iniciados con anterioridad a las 20 semanas de gestación. El control prenatal, no solo debe considerar atención a la gestante, también debe darse atención a sus vivencias, educación y promoción de la salud. (18)

Numero de paridad:

Se refiere al número de partos que una mujer ha tenido ya sea por vía vaginal o cesárea y que pesaron 500 gramos o más, o que poseen más de 20 semanas de edad gestacional. A su vez se subdivide en nulípara: no tuvo ningún parto; primípara: solo tuvo 1 parto; multíparas: mujer que ha presentado 2 o más partos y gran multípara: mujer con 5 partos a más. (27).

2.2.5.3. FACTORES FETALES

El embarazo múltiple constituye uno de los riesgos más altos de prematuridad. Casi el 50% de los embarazos dobles y prácticamente todos los embarazos múltiples con más de dos fetos, terminan antes de completar las 37 semanas. (28)

2.2.5.4. FACTORES PATOLÓGICOS

Enfermedad hipertensiva del embarazo:

La enfermedad hipertensiva del embarazo, se presenta entre el 5 y 6% de los embarazos y afecta principalmente a primigestas, no se conoce su etiología, pero se han descrito múltiples factores asociados, dentro de ellos tenemos la hipertensión crónica, las enfermedades con compromiso vascular previo, el embarazo gemelar, presencia de antecedentes familiares. Se caracteriza por hipertensión asociada a proteinuria > 300 mg en orina de 24 h. Si no existe proteinuria, debe sospecharse, de esta patología, si la

gestante presenta hipertensión con cefalea intensa, epigastralgia, visión borrosa, trombocitopenia y/o elevación de las enzimas hepáticas. Se presenta generalmente en la segunda mitad del embarazo. Muy rara vez se presenta en la primera mitad del embarazo asociada a enfermedad del trofoblasto o hidrops fetal severo. (29)

Existen 4 tipos de enfermedad hipertensiva: preeclampsia-eclampsia-síndrome de hellp, hipertensión arterial crónica, hipertension crónica más preeclampsia sobre agregada, hipertension gestacional (hie o hipertensión transitoria). (37)

Pre eclampsia

Es responsable del 50 al 70% de la HIE.

A) Pre eclampsia leve:

Presencia de A partir de 20 semanas de gestación.

PA: $> 0 = 140/90\text{mmHg}$ en una paciente normo tensa.

Edema: (+)

Proteinuria: Cuantitativa ≥ 300 mg / Orina 24 horas.(0.3 a 5 g/litro)

Cualitativa desde trazas a 1 + (Test de ácido sulfosalicílico).

B) Pre eclampsia severa:

Presencia de: PA: $> 0 = 160/110$ mm Hg.

Edema (3+) o Anasarca

Proteinuria: Cuantitativa $\geq 500\text{mg/Lt}$ en orina 24 horas

Cualitativa de 2 a 3 + (test de ácido sulfosalicílico).

Creatinina > 1.2 mg. Elevación de creatinina sérica mayor de 0,8 mg/dl).

Plaquetas $< 100,000$ /UL trastornos de coagulación

Oliguria < 500 ml./24 h.

Edema agudo de pulmón, ascitis disfunción hepática presencia de escotomas centellantes, acúfenos, hiperreflexia, dolor en hipocondrio derecho, epigastralgia. oligohidramnios, retardo de crecimiento intrauterino y ascitis.

Eclampsia: desarrollo de convulsiones tónico - clónicas generalizadas y/o de coma inexplicado en la segunda mitad del embarazo, durante el parto o puerperio, no atribuible a otras patologías.

Síndrome de hellp: patología asociada a la pre eclampsia, caracterizada por: Presencia de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetas disminuidas. Es un trastorno severo del estado gestacional y puerperal relacionado con las formas graves de pre eclampsia y eclampsia.

Hipertensión gestacional: tensión arterial $\geq 140/90$ mm Hg en dos tomas separadas por seis horas, descubierta después de las 20 semanas de gestación. El diagnóstico confirmado si la TA retorna a lo normal dentro de las 12 semanas posparto. Ausencia de proteinuria durante toda la gestación.

Hipertensión crónica: hipertensión diagnosticada antes del embarazo o durante las primeras 20 semanas de gestación, o hipertensión que se diagnostica durante el embarazo y no se resuelve a las 12 semanas posparto.

Hipertensión arterial crónica más preeclampsia sobreañadida: aparición de proteinuria luego de las 20 semanas o brusco aumento de valores basales conocidos de

proteinuria previos, o agravamiento de cifras de TA y/o aparición de síndrome HELLP y/o síntomas neurosensoriales en una mujer diagnosticada previamente como hipertensa.

Diabetes gestacional:

La diabetes gestacional, es una variante de la diabetes la cual normalmente ocurre sólo durante el embarazo, en la cual las hormonas del embarazo restringen la capacidad de la insulina para hacer su trabajo. Se desconoce la causa por la cual se da; pero se cree que es cuando la placenta comienza a actuar, es decir a partir del segundo trimestre de gestación, donde a más de efectuarse entre la madre y el feto el intercambio de nutrimentos, también se genera una función endócrina gracias a la liberación de esteroides, que tienen acción hipoglucemiante bloqueando la función de la insulina en los órganos. (30)

Infección del tracto urinario:

La infección de vías urinarias es una de las complicaciones médicas más frecuentes en el embarazo; los cambios fisiológicos asociados al embarazo predisponen al desarrollo de complicaciones que pueden afectar significativamente a la madre y al feto. Estas incluyen la bacteriuria asintomática, la cistitis aguda y la pielonefritis aguda. A pesar del desarrollo de nuevos antibióticos la infección de vías urinarias continúa asociándose a morbi-mortalidad elevada a nivel materno y fetal. (24)

La infección urinaria, múltiples estudios han informado una asociación entre el trabajo de parto prematuro y diversas infecciones del tracto genital. Estos estudios incluyen estudios con estreptococos del grupo B, Chlamydia trachomatis, vaginosis bacteriana, Neisseria gonorrhoea, sífilis, Trichomonas vaginalis, especies de Ureaplasma

y *Haemophilus influenzae* no encapsulado. En el caso de tener un cultivo positivo esto se correlaciona con la presencia de corioamnionitis histológica; sin embargo, la relación entre estas infecciones y el parto pre término no han sido probadas y son controvertidas.(31)

Amenaza de parto pretérmino:

Es la aparición de contracciones uterinas propias del trabajo de parto en pacientes con membranas integras entre las 20-22 y antes de las 37 semanas de embarazo, con pocas modificaciones del cuello uterino. Las contracciones uterinas deben ser clínicamente palpables, de 30 segundos o más de duración y una frecuencia de una o más en diez minutos, durante un periodo mínimo de una hora, capaces de producir modificaciones cervicales leves; borramiento del cérvix uterino del 80% o menos, y una dilatación igual o menor a 2 cm. (32)

Desprendimiento prematuro de placenta:

Se define como la separación parcial o total de una placenta no previa de la decidua uterina, ocurriendo esto antes de la expulsión fetal. Se desencadena a consecuencia de una hemorragia en la interfase decidua-placenta y su definición queda limitada para gestaciones mayores de 20 semanas. (33)

Anemia:

Las embarazadas con anemia tienen más probabilidades de complicaciones durante el embarazo: “Perinatales, amenaza de aborto, rotura prematura de membranas, trabajo de parto prematuro y oligohidramnios”. La fisiopatología de porque la anemia en el embarazo produce una disminución del volumen plasmático materno, lo que trae

consigo una disminución del riego sanguíneo y esto a su vez provoca una función placentaria inadecuada. “La importancia de una adecuada expansión del volumen plasmático parece estar relacionada con una disminución de la viscosidad de la sangre para una mejor irrigación placentaria”. Estudios indican que pacientes con hemoglobina menor de 6 g/dl tenía una alta asociación con parto pretérmino. (26)

En relación con la repercusión hemodinámica y el impacto perinatal la OMS clasifica la anemia durante la gestación con respecto a los valores de hemoglobina en:

- Severa Menor de 7,0 g/dL
- Moderada Entre 7,1 –10,0 g/dL
- Leve Entre 10,1- 10,9 g/dL

Ruptura prematura de membranas:

Se define como la solución de continuidad espontanea de la membrana corioamniotica 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 pre término. (25)

2.2.6. DIAGNÓSTICO

El parto prematuro se diagnostica en base al criterio clínico de contracciones uterinas regulares acompañado de cambios cervicales como dilatación, borramiento o ambos. Debido a que las contracciones uterinas por si solas pueden ser engañosa, la ACOG propuso criterios (1997) para documentar el trabajo de parto prematuro: 1) contracciones de cuatro en 20 minutos y ocho en 60 min, sumado a un cambio progresivo en el cuello uterino, 2) dilatación del cérvix más de 1 cm, 3) borramiento del cérvix de 80% o más. Sin embargo, en la actualidad, tales datos clínicos se consideran factores de

predicción inexactos (ACOG 2003); menos del 10% de mujeres con diagnóstico clínico de trabajo de parto pretérmino realmente da a luz dentro de los 7 días de presentación.(35)

2.2.7. MANEJO DEL PARTO PRETÉRMINO

Parte del manejo del parto pretérmino es clasificar estrictamente el caso, para ello es necesario determinar la edad gestacional, tanto por la clínica como por los estudios ecográficos ejecutados durante la gestación. El examen clínico comprenderá el estado clínico de la madre y el bienestar fetal, de esta manera se podrá tomar las medidas necesarias. En este lapso de tiempo, mientras se reconoce el diagnóstico y se establece las primeras medidas terapéuticas, se debe incentivar confianza a la madre, quien ya está afectada por el estrés del momento, así como el padre y/o familiares. El examen genital estará determinado por la examinación con espéculo, para poder visualizar el cérvix y observar si existe o no líquido amniótico. Se recomendará reposo decúbito lateral, en un ambiente aislado y tranquilo y se le iniciará solución salina endovenosa a razón de 100 ml/hora, debido a que la rápida expansión intravascular podría reducir las contracciones de un útero irritable. Sin embargo, no hay evidencia de beneficio del reposo o del uso de la hidratación para ayudar a prevenir el inicio del trabajo de parto prematuro, a pesar de ello la hidratación puede ser eficaz para las mujeres que estén deshidratadas.

2.2.7.1. TOCOLÍTICOS

El uso de drogas tocolíticas en el trabajo de parto es frecuentemente no necesario, a menudo sin efecto y a veces dañino. En muchas madres, los tocolíticos aparentan detener las contracciones temporalmente, pero ocasionalmente logran evitar el parto pretérmino. Además, existe una morbilidad potencial, por lo que antes de tomar decisión para su uso se debería descartar contraindicaciones médicas u obstétricas, especialmente

cardiovasculares. Los agentes tocolíticos serán usados raramente en embarazos lejos de término, porque la eventual prolongación del embarazo es delimitada y el neonato tiene un poco probabilidad de sobrevivir con menos de 23 semanas, peor aún si hay infección intraamniótica. De otra parte, el riesgo de morbilidad neonatal es mínimo después de terminar las 34 semanas, por tal motivo no es recomendable la tocolisis a esta edad gestacional. Sin embargo, puede ser exitoso en el uso de drogas tocolíticas por 48 horas cuando las membranas se encuentren íntegras, muchos estudios recomiendan que la efectividad de los tocolíticos apenas es superior que el reposo en cama y la hidratación.

NIFEDIPINO: Es un bloqueador de los canales de calcio utilizado para controlar la hipertensión y la enfermedad cardiodivascular, esto se debe a que disminuyen la contractilidad de las células musculares lisas, al disminuir el flujo del calcio hacia las células. También pueden ayudar a relajar las contracciones uterinas, de tal forma el nifedipino es sugerido como una droga tocolítica efectiva y seguro para el manejo del parto pretérmino. Las evidencias hallan que los bloqueadores de los canales de calcio parecen ser al menos tan efectivos como los beta-miméticos, y quizás mejores, para posponer el trabajo de parto prematuro. Los bloqueadores de los canales de calcio presentan muchos menos efectos adversos en la madre, hay menos necesidad de utilizar la unidad de cuidados intensivos para el recién nacido y se asocia con menor incidencia de síndrome de distrés respiratorio, enterocolitis necrotizante y hemorragia intraventricular. La dosis inicial recomendada es 20 mg de nifedipino vía oral, seguida de 20 mg vía oral después de 30 minutos. La concentración plasmática máxima ocurre entre los 15 y 90 minutos después de su administración, la vida media es de 81 minutos y la duración de su acción, alrededor de 6 horas. Si las contracciones persisten, se puede continuar la terapia con 20 mg vía oral cada 3 a 8 horas, por 48 a 72 horas, con dosis

máxima de 160 mg/ d. Después de 72 horas, si se requiere dosis de mantenimiento, se emplea nifedipino de acción prolongada, 30 a 60mg diario.

SULFATO DE MAGNESIO: Es empleado ampliamente como agente tocolítico primario por su eficacia similar a la de la terbutalina, pero con mucho mejor tolerancia. Se puede encontrar como efectos secundarios rubor, náuseas, cefalea, somnolencia y visión borrosa. Pueden ocurrir efectos tóxicos por empleo de niveles supraterapéuticos, entre ellos la depresión respiratoria y aún el paro cardíaco. Al cruzar la placenta, el SO_4Mg (sulfato de magnesio) puede causar depresión respiratoria y motora del neonato. Se recomienda que el empleo del SO_4Mg sea luego de una evaluación basal materna del hemograma y la creatinina en sangre, flujo de orina mayor de 30 mL/h, signos vitales normales, reflejos tendinosos normales y pulmones limpios a la auscultación. La dosis inicial es 4 a 6 g IV administrados en 20 minutos, seguida de dosis de mantenimiento de 1 a 4 g/h, dependiendo del volumen urinario, la persistencia de contracciones uterinas y que no se presenten efectos tóxicos colaterales. Debe limitarse el ingreso vía intravenosa, para evitar el edema pulmonar. Los niveles de sulfato de magnesio en sangre 1 hora después de la dosis inicial y cada 6 horas deben ser mantenidos en 4 a 8 mg/dL. No hay evidencia de beneficio al prolongar una terapia prolongada de sulfato de magnesio y es preferible discontinuarlo luego de 48 horas de uso, al menos que la edad gestacional sea menor de 28 semanas. Tampoco se recomienda el empleo de otro agente tocolítico después de discontinuar el SO_4Mg .

INDOMETACINA: Se encarga de inhibir la formación de prostaglandinas llevada a cabo por los macrófagos en la decidua; tocolítico utilizada como primera elección, en el trabajo de parto en gestantes que tengan menos de 30 semanas o en el

trabajo de parto pretérmino asociado a polihidramnios. Existe evidencia de que hay una reacción inflamatoria menor en las membranas y decidua en las gestaciones entre 30 a 36 semanas, al compararlas con gestaciones menores de 30 semanas. Hay estudios donde mencionan que la indometacina puede ser beneficioso para el riñón fetal en casos de polihidramnios, a pesar de ello se puede llegar a la contraparte causando oligohidramnios, ya que disminuye el flujo del riñón fetal cuando es utilizado por más de 48 horas. Es necesario evaluar el flujo urinario periódicamente, también monitorizar el índice de líquido amniótico y la temperatura materna. Se sugiere iniciar la dosis con 100 mg vía rectal, posterior a ello 50 mg vía oral cada 6 horas, por 8 dosis. Si es que existiera oligohidramnios, por lo general se logra recuperar el líquido amniótico al suspender la indometacina, aunque se tiene que tener presente que puede haber anuria fetal persistente, lesiones microquísticas en riñones y muerte neonatal. La indometacina también puede causar el cierre prematuro o la constricción del ductus arterioso. No se recomienda la utilización de indometacina después de las 32 semanas de gestación, ya que este efecto se presenta más frecuentemente. (36)

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

En el presente trabajo se realizó con el método descriptivo, analítico, retrospectivo y transversal de observación indirecta.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. Población: - La población en estudio estuvo conformada por 1405 historias clínicas de las gestantes que se atendieron su parto en servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho durante el periodo de enero a junio del 2018.

3.2.2. Muestra: La muestra estuvo constituida por 114 historias clínicas de los pacientes que acudieron con diagnóstico de parto pretérmino al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho durante el periodo de enero a junio del 2018.

3.2.3. Muestreo: El tipo de muestreo fue no probabilístico, intencional.

3.2.4. Criterio de inclusión: Gestantes con edad gestacional $>$ a 20 semanas y $<$ de 37 semanas atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho durante el periodo de enero a junio del 2018.

3.2.5. Criterio de exclusión: Partos producto de un accidente. Partos con edad gestacional $<$ 20 semanas y $>$ o = 37 semanas. Historias Clínicas ilegibles, no completas o no ubicables durante el estudio.

3.2.6. Unidad de análisis: La unidad de análisis de los cuales se obtuvo la información para el estudio fueron todas las historias clínicas de las pacientes que acudieron con diagnóstico de parto pretérmino al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho durante el periodo de enero a junio del 2018.

3.3. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la elaboración de este trabajo se utilizó los siguientes materiales:

- Fichas para la recolección de datos. (anexo 1)
- Historias clínicas de gestantes con parto pretérmino de Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho durante el periodo de enero a junio del 2018.
- Libros de ingresos y egresos al servicio de ginecología y obstetricia.
- Libro de partos del servicio de Obstetricia.

3.4. TÉCNICA Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Técnica: La técnica que se usó para la recolección de datos en nuestro trabajo, es la técnica de registro.

3.4.2. Procedimiento: Para realizar la recolección de información, se solicitó permiso para el acceso a los expedientes clínicos mediante una solicitud a la Dirección del Hospital Regional de Ayacucho, el cual fue aceptado, a continuación, se acudió a la unidad de admisión, Servicio de Gineco-Obstetrico y unidad de archivos de las historias clínicas. Se procedió a buscar la información, luego se seleccionó a las gestantes que cumplían los criterios de inclusión y exclusión, después se empezó el llenando respectivamente en la ficha de recolección de datos (ANEXO N° 01) con los diversos instrumentos.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Se ingresó el número de todas las historias clínicas de las gestantes con parto pretérmino del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho durante

el periodo de enero a junio del 2018 en Microsoft Excel 2010® y luego toda la información obtenida a través de la aplicación del instrumento se introdujo en una base de datos utilizando el programa SPSS 23.0 versión para Windows.

3.5.1. Estadística Descriptiva:

Los datos cualitativos se describen en términos de frecuencias absolutas (número de casos observados) y frecuencias relativas (porcentajes).

3.5.2. Estadística Analítica:

Para que se determine la asociación entre los factores de riesgo y el parto pretérmino se utilizara una prueba no paramétrica que es la prueba Chi cuadrado (X^2) donde se considerara intervalos de confianza de 95%. El nivel de confianza 95%, y el nivel de significancia que se plantea para dicho análisis fue 0,05.

3.5.3. Programas a utilizar para análisis de datos

Los programas que se utilizaron para el análisis de datos de este trabajo fueron:

- Microsoft Excel 2010®
- Software estadístico IBM SPSS v.23.

3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO	ESCALA	INDICADOR	FUENTES
Parto pretérmino	Recién nacido producto de un embarazo cuya edad gestacional oscila de 20 a 37 semanas de gestación.	Dependiente Cualitativa	Nominal	Recién nacidos producto de partos con edad gestacional de 20 a < 37 semanas	Ficha de recolección H.C.
Edad materna	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Independiente Cualitativa	Ordinal	1) < 19 años 2) 20 - 34 años 3) >34 años	Ficha de recolección H.C.
Nivel de Instrucción	Nivel educacional de una persona recibido por parte de un centro educativo del estado o particular.	Independiente Cualitativa	Ordinal	1) Ninguno 2) Educación Primaria 3) Educación secundaria 4) Educación superior (Técnico o universitaria)	Ficha de recolección H.C.
Estado Civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, proveniente del matrimonio o parentesco.	Independiente Cualitativa	Nominal	1) Soltera 2) Casada 3) Unión establecida (Convivientes) 4) Otros	Ficha de recolección H.C.
Numero de Control Prenatal	Número de controles prenatales que tuvo la gestante anteriormente a la fecha del parto.	Independiente Cualitativa	Nominal	1) No adecuado: Ningún control prenatal o < 6 controles prenatales 2) Adecuado: Control prenatal > o = a 6.	Ficha de recolección H.C.
Número de Paridad	Número de partos que tiene una mujer.	Independiente Cualitativa	Nominal	1) Nulípara: No tuvo ningún parto. 2) Primípara: Solo tuvo 1 parto. 3) Multíparas: Mujer que ha presentado 2 o más partos. 4) Gran Multípara: Mujer con 5 partos.	Ficha de recolección H.C.

Embarazo Múltiple	Gravidez con 2 o más productos.	Independiente Cualitativa	Nominal	1) Sí 2) No	Ficha de recolección H.C.
Enfermedad hipertensiva del embarazo	Es una complicación exclusiva; caracterizada por presentar presión alta 140/90mmHg, proteinuria Cuantitativa >= 300 mg / Orina 24 horas y edema patológico.	Independiente Cualitativa	nominal	1) Sí 2) No	Ficha de recolección H.C.
Diabetes Gestacional	Intolerancia a la glucosa que se presenta o se identifica durante el embarazo.	Independiente Cualitativa	Nominal	1) Sí 2) No	Ficha de recolección H.C.
Infección de Tracto Urinario	Consiste en la colonización y multiplicación microbiana, habitualmente bacteriana, a lo largo del trayecto del tracto urinario.	Independiente Cualitativa	Nominal	1) Sí 2) No	Ficha de recolección H.C.
Amenaza de Parto Pretérmino	Presencia de una o más contracciones uterinas durante 10 minutos, donde puede o no haber modificaciones cervicales además con rotura o no de membranas.	Independiente Cualitativa	Nominal	1) Sí 2) No	Ficha de recolección H.C.
Desprendimiento Prematuro de Placenta	Es el desprendimiento parcial o completo de la placenta antes del trabajo de parto o luego de las 20 semanas de embarazo.	Independiente Cualitativa	nominal	1) Sí 2) No	Ficha de recolección H.C.

Anemia	Alteración en la sangre por la disminución principalmente de Hemoglobina: Severa menor de 7,0 g/dL , moderada entre 7,1 –10,0 g/dL, leve Entre 10,1-10,9 g/dL	Independiente Cualitativa	Nominal	1) Sí 2) No	Ficha de recolección H.C.
Ruptura Prematura de Membranas	Es la rotura de membranas amnióticas que se da lugar antes de que empiece el trabajo de parto de manera espontánea.	Independiente Cualitativa	Nominal	1) Si 2) No	Ficha de recolección H.C.

3.7. ASPECTOS ETICOS

Los datos obtenidos de la historia clínica, así como de la identidad de las mujeres, son consideradas solamente para objetivos estipulados en el estudio, mas no para otros fines que puedan perjudicar a la paciente, respetando el principio de la confidencialidad.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA 1. INCIDENCIA DE PARTO PRETÉRMINO EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.

PARTO PRETERMINO	NUMERO	% DE INCIDENCIA
SI	114	8%
NO	1291	92%
TOTAL	1405	100%

FUENTE: Historia Clínica.

La tabla N^o 1, muestra la incidencia de parto pretérmino, observándose que del 100% representado por 1405 mujeres que acudieron al Servicio de Gineco-Obstetricia para la atención de su parto, del cual el 8 % (114) presentaron parto pretérmino y el 92 % (1291) no presentaron parto pretérmino.

Los estudios internacionales según la OMS en un estudio realizado de los 184 países estudiados, la tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 5% y el 18% de los recién nacidos, por lo que nuestro resultado se encuentra dentro de los valores encontrados.

A nivel local se encontró resultado superior a nuestros, Gonzales L y Zapata R, en Ayacucho en 2009, en su trabajo de tesis concluye que la incidencia de parto pretérmino equivale al 13.8%.

TABLA 2. PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.

Edad Gestacional	N	%
<28 semanas	6	5,3
28- <32 semanas	25	21,9
32- < 37 semanas	83	72,8
Total	114	100,0

FUENTE: Historia clínica

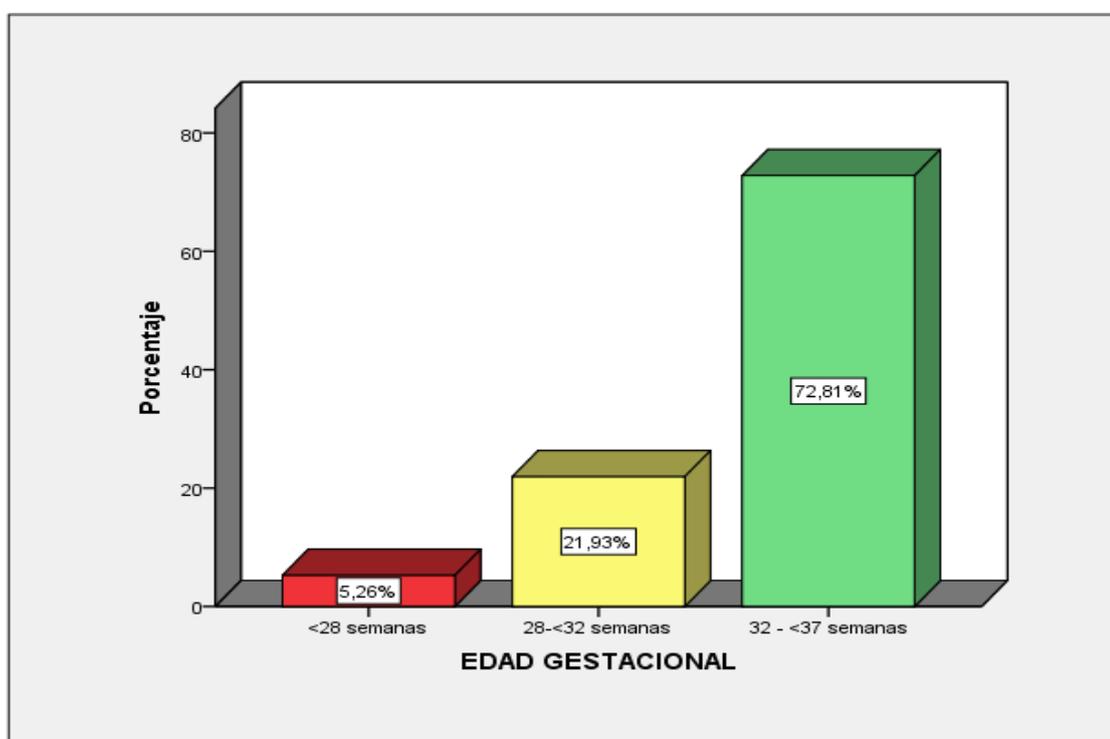


FIGURA 1. PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.
FUENTE: Historia clínica

La Tabla N°. 2 y figura 1, muestra que el 72.8% de las gestantes atendidas en el Hospital regional de Ayacucho tuvieron la edad gestacional entre 32-<37 semanas, mientras que el 21.9% tuvieron edad gestacional 28-<32 semanas y un 5.3 % edad gestacional <28 semanas.

Lo clasificamos según la OMS, como prematuros extremos los que nacieron con una edad gestacional menor a 28 semanas, muy prematuros los que nacieron con una edad gestacional 28 a menor de 32 semanas y prematuros moderados a tardíos los que nacieron con una edad gestacional de 32 a menor a 37 semanas.

De los Ángeles V y Balladares F, en Ecuador en el 2016, realizo un estudio donde obtuvieron 301 casos que los partos prematuros moderados a tardíos fueron los más frecuentes 67.4 %, similares a nuestros resultados.

ANTECEDENTES SOCIODEMOGRÁFICAS

TABLA 3. RELACION ENTRE EL PARTO PRETÉRMINO Y LA EDAD DE GESTANTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.

EDAD	PARTO PRETERMINO						TOTAL	
	Prematuros extremos		Muy prematuros		Prematuros moderados a tardíos			
	N	%	N	%	N	%	N	%
<20	3	2,6%	5	4,4%	18	15,8%	26	22,8%
20 - 34	3	2,6%	14	12,3%	50	43,9%	67	58,8%
> 34	0	0,0%	6	5,3%	15	13,2%	21	18,4%
TOTAL	6	5,3%	25	21,9%	83	72,8%	114	100,0%
$X^2=3,752$		$P>0.05$		$P=0.441$		$g.l. = 4$		

FUENTE: Historia clínica

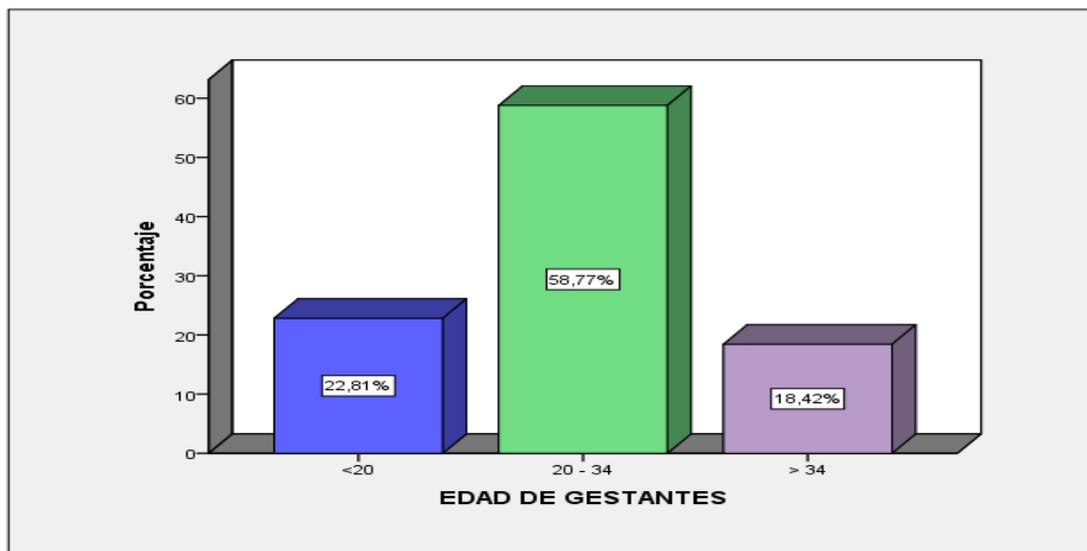


FIGURA 2.EDAD DE GESTANTES ATENDIDAS CON PARTO PRETÉRMINO EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018
FUENTE: Historia clínica

La Tabla N°. 3 y Fig 2, Muestra la edad de las gestantes y podemos observar que la mayor parte del 100% de gestante con parto pretérmino se encuentran entre 20 -34 años con 58.8%(67) y la menor parte se encuentra entre mayor de 34 años con 18.4% (21).

La Tabla N°. 3 muestra el parto pretérmino que presentaron las mujeres que acudieron al Servicio Gineco-Obstreticia del Hospital Regional de Ayacucho, observándose que del 100% representado por 114 mujeres, se observa que el 72.8% (83) de las gestantes presentaron parto prematuro moderados a tardíos, de las cuales el 43,9% (50) tienen entre 20 a 34 años de edad, seguido de 15,8% (18) menores de 20 años, y seguido de 5,3% (15) con edad mayor de 34años. En tanto el 21,9% (25) con parto muy prematuros, de las cuales el 12,3% (14) tienen entre 20 a 34 años de edad, seguido de 5.3%(6) tienen edad mayor de 34 años, seguido de 4.4% (5) tienen menor de 20años. Y 5.3%(6) con parto prematuros extremos, de las cuales 2.6%(3) con edad 20 a 34 años e igual porcentaje en menores de 20 años.

De los resultados hallados en la presente tabla, se concluye que la frecuencia del parto pretérmino se presenta en mayor porcentaje (43,9%) con partos prematuros moderados a tardíos que tienen una edad de 20 a 34 años.

Sometidos los resultados a la prueba de chi cuadrado ($X^2=3,752$) muestra que el parto pre termino y edad de las gestantes no presentaron relación estadística significativa ($P>0.05$).

A nivel internacional se obtuvieron diferentes resultados, Barrera S. Lina, et al, en Colombia en 2016; el estudio lo realizaron donde se obtuvo como resultados una media de edad 17,3 años.

F. Parra. Tacna, Perú 2013 en su estudio “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período enero 2010 - diciembre 2012” indica que los factores asociados al parto pretérmino son la edad materna < 18 años.

TABLA 4. RELACION ENTRE EL PARTO PRETÉRMINO Y GRADO DE INSTRUCCIÓN DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.

Grado de instrucción	PARTO PRETÉRMINO						TOTAL	
	Prematuros extremos		Muy prematuros		Prematuros moderados a tardíos		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Ninguno	0	0,0%	0	0,0%	2	1,8%	2	1,8%
Educación Primaria	0	0,0%	4	3,5%	8	7,0%	12	10,5%
Educación Secundaria	6	5,3%	16	14,0%	53	46,5%	75	65,8%
Educación Superior (Técnica o universitaria)	0	0,0%	5	4,4%	20	17,5%	25	21,9%
TOTAL	6	5,3%	25	21,9%	83	72,8%	114	100,0%
$X^2=4,815$	$P>0.05$				$P=0.568$		$g.l. = 6$	

FUENTE: Historia clínica

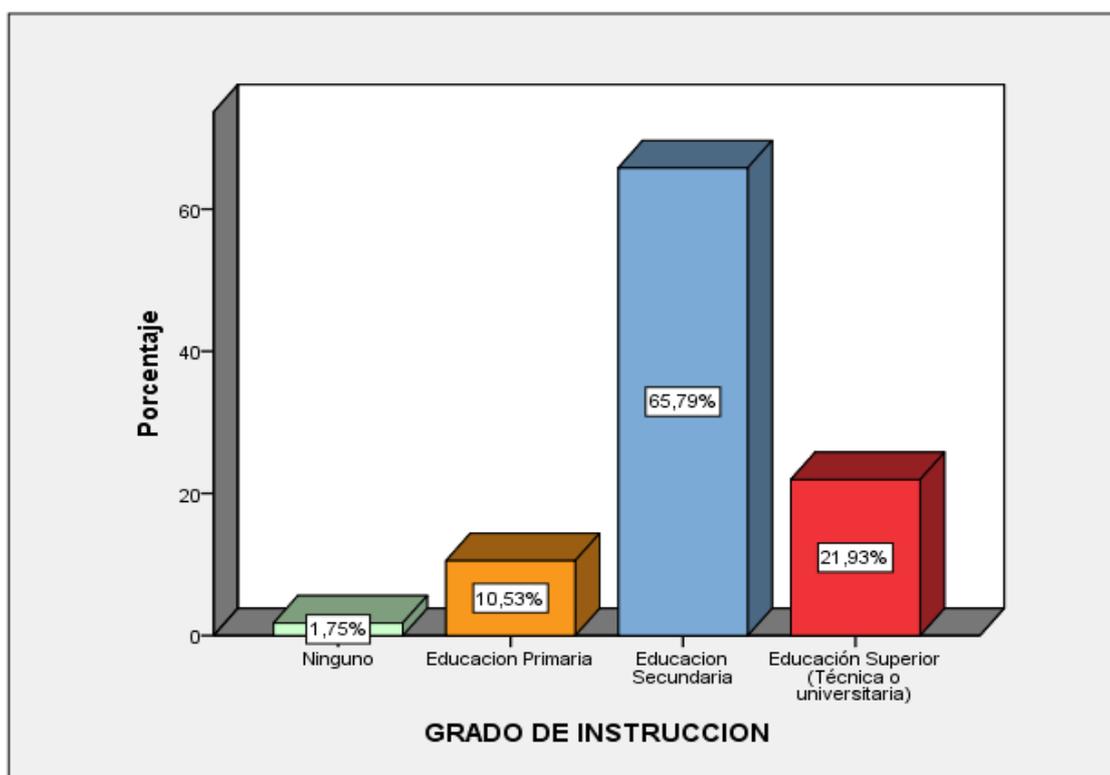


FIGURA 3. GRADO DE INSTRUCCIÓN DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.

FUENTE: Historia clínica

La Tabla N° 4 y figura 3. Se evidencia el grado de instrucción y podemos observar que la mayor parte del 100% de gestantes con parto pretérmino tiene educación secundaria de 65.8% (75), luego educación superior que hace el 21.9% (25); seguidamente educación primaria que fueron de 10.5% (12) y la menor parte presenta ningún tipo de educación con 1.8% (2).

También en la Tabla N°. 4 muestra parto pretérmino que presentaron las mujeres que acudieron al Servicio Gineco-Obstreticia del Hospital regional de Ayacucho, observándose que del 100% representado por 114 mujeres, se observa que el 72.8% (83) con parto prematuros moderados a tardíos, de las cuales el 46,5% (53) tienen educación secundaria, seguido de 17,5% (20) educación superior, y seguido de 7,0% (8) educación

primaria y 1,8% (2) mujeres no presenta ningún grado de instrucción. En tanto el 21,9%(25) con parto muy prematuros, de las cuales el 14,0%(16) presentan educación secundaria, seguido de 4,4%(5) educación superior, y 3,5%(4) educación primaria. Y 5.3%(6) con parto prematuros extremos, de las cuales 5,3%(6) presenta educación secundaria.

De los resultados hallados en la presente tabla, se concluye que la frecuencia del parto pretérmino que se presenta en mayor porcentaje (46,5% (53)) con parto prematuros moderados a tardíos tienen educación secundaria.

Sometidos los resultados a la prueba de chi cuadrado ($X^2=4,815$) muestra que el parto pre termino y grado de instrucción no presentaron relación estadística significativa ($P>0.05$).

Los estudios nacionales, también reportan cifras similares, así Guadalupe S, en lima 2017 ha realizado un estudio en el Hospital María Auxiliadora durante el 2015 donde obtuvo que la mayor parte del 100% de gestantes con parto pretérmino tiene educación secundaria con 73.5% y la menor parte presenta ningún tipo de educación con 0.5%.

TABLA 5. RELACION ENTRE EL PARTO PRETÉRMINO Y ESTADO CIVIL DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.

Estado civil	PARTO PRETÉRMINO						TOTAL	
	Prematuros extremos		Muy prematuros		Prematuros moderados a tardíos			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Soltera	2	1,8%	6	5,3%	19	16,7%	27	23,7%
Casada	0	0,0%	5	4,4%	11	9,6%	16	14,0%
Unión Establecida (Convivientes)	4	3,5%	14	12,3%	53	46,5%	71	62,3%
TOTAL	6	5,3%	25	21,9%	83	72,8%	114	100,0%

$X^2=1,981$ $P>0.05$ $P=0.739$ $g.l. = 4$

FUENTE: Historia clínica

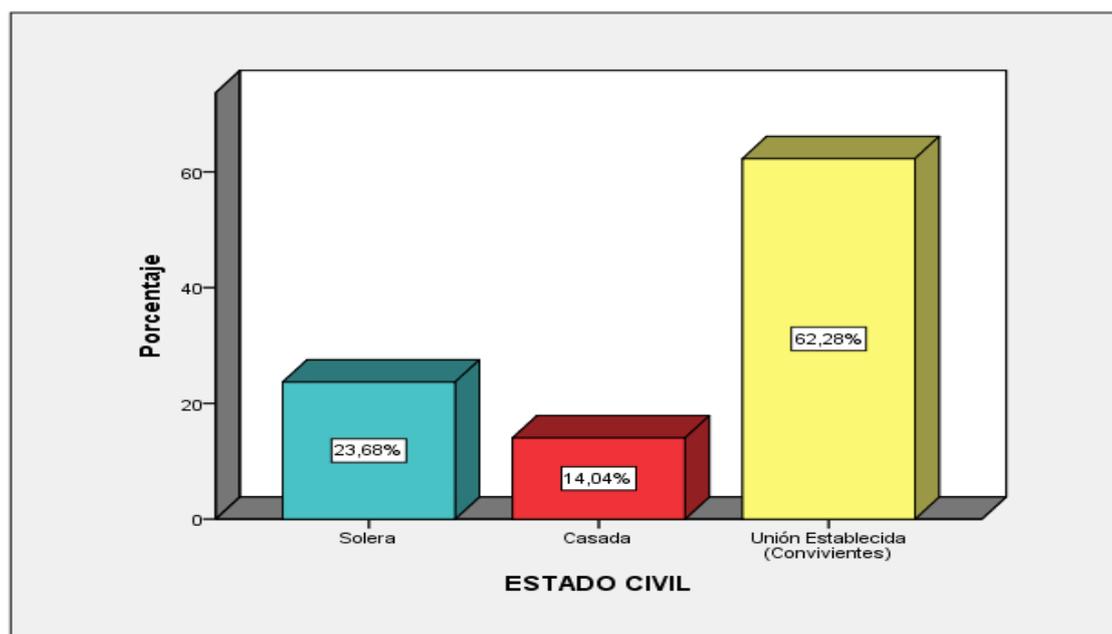


FIGURA 4. ESTADO CIVIL DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.

FUENTE: Historia clínica

En la tabla 5 y figura 4, se observa el estado civil, del 100% de las gestantes atendidas con parto pretérmino, la mayoría presento unión establecida(conviviente) un

62.3%(71), luego seguida de soltera que representa 23.7% (27) y en menor parte casada un 14%(16).

También en la Tabla N°. 5 muestra los partos pretérmino que presentaron las gestantes que acudieron al Servicio Gineco-Obstreticia del Hospital regional de Ayacucho, observándose que del 100% representado por 114 mujeres, se observa que el 72.8%(83) de las gestantes con parto prematuros moderados a tardíos, de las cuales el 46,5%(53) tienen unión establecida, seguido de 16,7% (19) soltera, y 9,6% (11) son casadas. En tanto el 21,9% (25) con parto muy prematuros, de las cuales el 12,3%(14) presentan unión establecida, seguido de 5,3%(6) son solteras, y 4,4%(5) son casadas. Y 5.3%(6) con parto prematuros extremos, de las cuales 3,5%(4) presenta unión establecidas y 1,8%(2) son solteras.

De los resultados hallados en la presente tabla, se concluye que la frecuencia del parto pretérmino que se presenta en mayor porcentaje (46,5% (53)) con parto prematuros moderados a tardíos tienen unión establecida(conviviente).

Sometidos los resultados a la prueba de chi cuadrado ($X^2=1,981$) muestra que el parto pre termino y estado civil no presentaron relación estadística significativa ($P>0.05$).

Guadalupe S, en lima 2017 ha realizado un estudio en el Hospital María Auxiliadora durante el 2015 obteniendo resultado de estado civil que tiene valor estadísticamente significativo.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

TABLA 6. RELACION ENTRE EL PARTO PRETÉRMINO Y NUMERO DE CONTROLES PRENATALES DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.

Número de controles prenatales	PARTO PRETÉRMINO						TOTAL	
	Prematuros extremos		Muy prematuros		Prematuros moderados a tardíos			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Inadecuado: CPN < 6	6	5,3%	17	14,9%	36	31,6%	59	51,8%
Adecuado: CPN > o = 6	0	0,0%	8	7,0%	47	41,2%	55	48,2%
TOTAL	6	5,3%	25	21,9%	83	72,8%	114	100,0%

$X^2=10,570$ $P<0.05$ $P=0.005$ $g.l. = 2$

FUENTE: Historia clínica

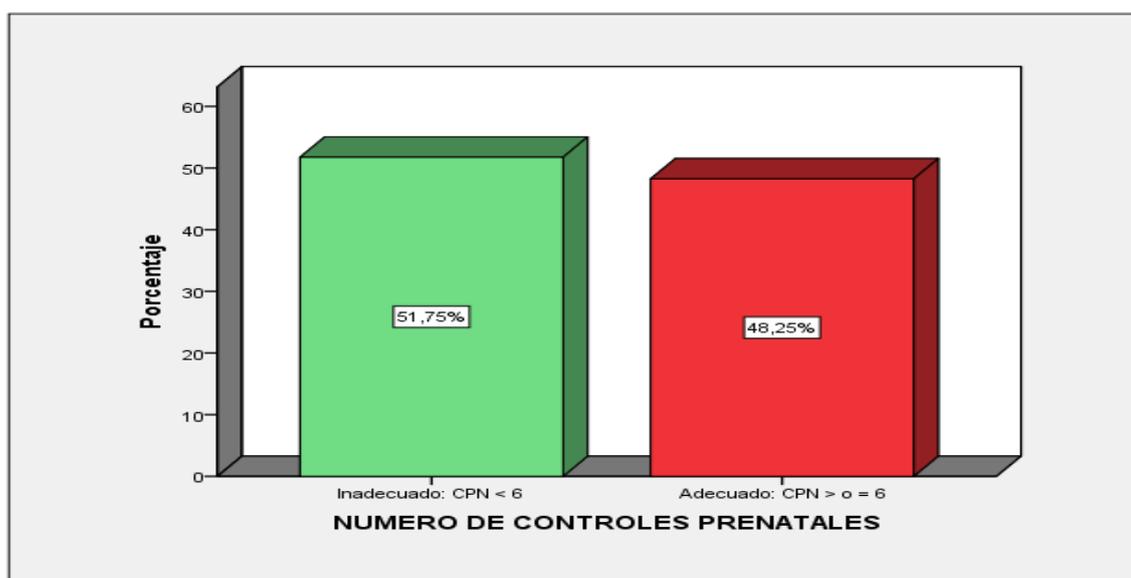


FIGURA 5. NUMERO DE CONTROLES PRENATALES DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.

FUENTE: Historia clínica

En la tabla N° 6 y figura 5, se observa los controles prenatales, del 100% de todas las gestantes con parto pretérmino la mayoría cuenta con un inadecuado control prenatal

es decir 59 gestantes que representa el 51.8% y 55 gestantes que representa el 48% con controles adecuados.

También en la tabla N°. 6 que muestra los parto pretérmino que presentaron las gestantes que acudieron al Servicio Gineco-Obstreticia del Hospital Regional de Ayacucho, observándose que del 100% representado por 114 mujeres, se observa que el 72.8% (83) de las gestantes con parto prematuros moderados a tardíos, de las cuales el 41,2% (47) tienen adecuado control prenatal, y 31,6% (36) tienen inadecuado controles prenatales. En tanto el 21,9% (25) con parto muy prematuros, de las cuales el 14,9%(17) presentan inadecuado control prenatal y 7,0%(8) presentan adecuado control prenatal. Y 5.3%(6) con parto prematuros extremos, de las cuales 5,3%(6) presenta presentaron inadecuado control prenatal.

De los resultados hallados en la presente tabla, se concluye que la frecuencia del parto pretérmino que se presenta en mayor porcentaje (41,2% (47)) con parto prematuros moderados a tardíos tienen adecuado control prenatal.

Sometidos los resultados a la prueba de chi cuadrado ($X^2=10,570$) muestra que el parto pre termino número de controles prenatales presentaron relación estadística significativa ($P<0.05$).

En estudio internacionales reportan datos similares, Barrera S. Lina, et al, en Colombia en 2016; realizaron un estudio durante el año 2010 donde se obtuvo como resultados que más del 70% presentaron controles inadecuados.

TABLA 7. RELACION ENTRE EL PARTO PRETÉRMINO Y NUMERO DE PARIDAD PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.

Número de paridad	PARTO PRETÉRMINO						TOTAL	
	Prematuros extremos		Muy prematuros		Prematuros moderados a tardíos			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nulípara	1	0,9%	2	1,8%	22	19,3%	25	21,9%
Primípara	3	2,6%	12	10,5%	25	21,9%	40	35,1%
Multigesta Gran	2	1,8%	11	9,6%	34	29,8%	47	41,2%
Multigesta	0	0,0%	0	0,0%	2	1,8%	2	1,8%
TOTAL	6	5,3%	25	21,9%	83	72,8%	114	100,0%
$X^2=6,118$		$P>0.05$		$P=0.410$		$g.l. = 6$		

FUENTE: Historia clínica

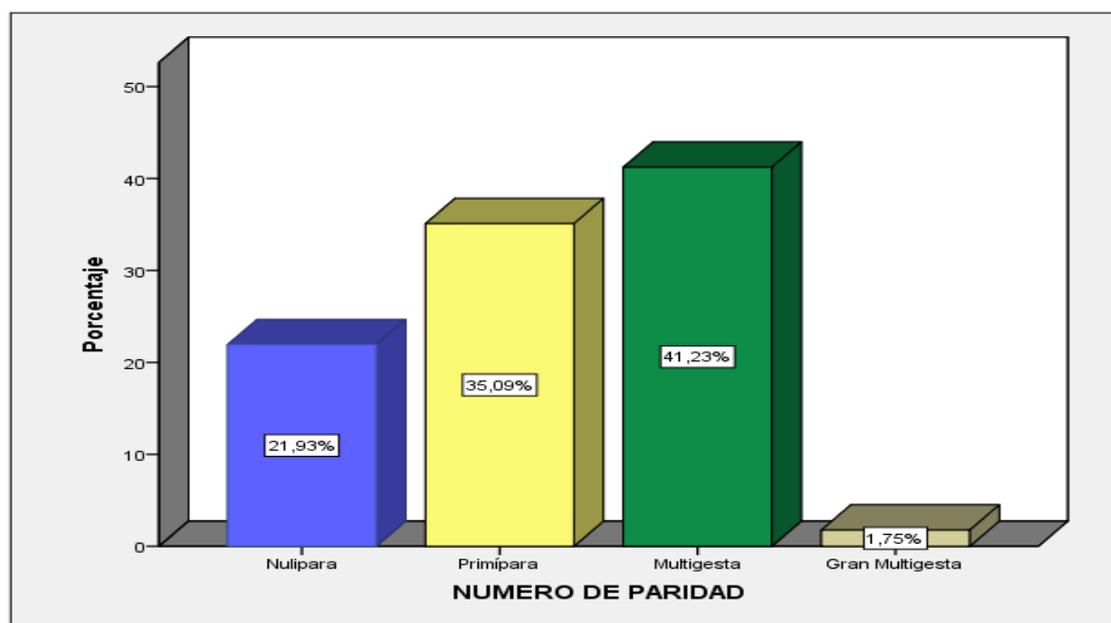


FIGURA 6. NUMERO DE PARIDAD PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.

FUENTE: Historia clínica

En la tabla 7 y figura 6, se observa de los 100%(114) de gestantes con parto pretérmino la mayoría es multigesta 41.2%(47), luego primigesta de 35.1%(40), seguido de nulípara con 21.9%(25) y en menor cantidad gran multigesta de 1.8%(2).

La Tabla N°. 7 muestra el parto pretérmino que presentaron las mujeres que acudieron al Servicio Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, observándose que del 100% representado por 114 mujeres, se observa que el 72.8% (83) de las gestantes con parto prematuros moderados a tardíos, de las cuales el 29,8% (34) son multigestas, seguido de 21,9% (25) primigestas, y seguido de 19,3%(25) son nulíparas y 1,8% (2) son gran multigestas. En tanto el 21,9% (25) con parto muy prematuros, de las cuales el 10,5%(12) son primigestas, seguido de 9,6%(11) son multigestas, y 1,8%(4) educación primaria. Y 5.3%(6) con parto prematuros extremos, de las cuales 2,6%(3) son primípara.

De los resultados hallados en la presente tabla, se concluye que la frecuencia del parto pretérmino que se presenta en mayor porcentaje (29,8% (34)) con parto prematuros moderados a tardíos son multigestas.

Sometidos los resultados a la prueba de chi cuadrado ($X^2=6,118$) muestra que el parto pre termino y numero de paridad no presentaron relación estadística significativa ($P>0.05$).

Santaya P, en Huánuco en el 2015, en un estudio correlacional para determinar los factores de riesgo maternos que influyen en la prematuridad de los recién nacidos

En la tabla N°8 y figura 7, se observa que del 100% (114) de todas las gestantes con parto pretérmino el 4.4% (5) presenta embarazo múltiple y el 95.6%(109) no presenta embarazo múltiple.

La Tabla N°. 8. muestra los partos pretérmino que presentaron las gestantes que acudieron al Servicio Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, observándose que del 100% representado por 114 gestantes, se observa que el 72.8% (83) de las gestantes con parto prematuros moderados a tardíos, de las cuales el 68,4% (78) no tienen embarazo múltiple, y 4,4%% (5) tienen embarazo múltiple. En tanto el 21,9% (25) con parto muy prematuros, de las cuales el 21,9%(25) no presentan embarazo múltiple. Y 5.3%(6) con parto prematuros extremos, de las cuales 5,3%(6) no presentaron embarazo múltiple.

De los resultados hallados en la presente tabla, se concluye que la frecuencia del parto pretérmino que se presenta en mayor porcentaje (68,4% (78)) con parto prematuros moderados a tardíos no presentaron embarazo múltiple.

Sometidos los resultados a la prueba de chi cuadrado ($X^2=1,953$) muestra que el parto pre termino y embarazo múltiple no presentaron relación estadística significativa ($P>0.05$).

En estudios nacionales se obtuvo diferentes resultados, Ruiz M, Fernando L, en Arequipa en 2018, realizaron un trabajo de investigación con la finalidad de estudiar los factores de riesgo que están asociados a parto pretérmino en el Hospital III Goyeneche de Arequipa en el año 2017 indicando que del total el 7.1% tuvieron embarazo múltiple.

En la tabla 9 y figura 8, se evidencia que del 100% de gestantes con parto pretérmino presentaron 5.3% la enfermedad hipertensiva del embarazo y 94.7%(108) no presentaron.

La Tabla N°. 9 se muestra los partos pretérmino que presentaron las gestantes que acudieron al Servicio Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, observándose que del 100% representado por 114 gestantes, se observa que el 72.8% (83) de las gestantes con parto prematuros moderados a tardíos, de las cuales el 70,2% (80) no presentaron enfermedad hipertensiva del embarazo, y 2,6%(3) si presentaron enfermedad hipertensiva del embarazo. En tanto el 21,9% (25) con parto muy prematuros, de las cuales el 19,3%(22) no presentaron enfermedad hipertensiva del embarazo y 2.6%(3) si presentaron. Y 5.3%(6) con parto prematuros extremos, de las cuales 5,3%6) no presentaron enfermedad hipertensiva del embarazo.

De los resultados hallados en la presente tabla, se concluye que la frecuencia del parto pretérmino que se presenta en mayor porcentaje (70,2% (80)) parto prematuro moderados a tardíos no presentaron enfermedad hipertensiva del embarazo.

Sometidos los resultados a la prueba de chi cuadrado ($X^2=3,061$) muestra que el parto pre termino y enfermedad hipertensiva del embarazo no presentaron relación estadística significativa ($P>0.05$).

Ruiz M, Fernando L, en Arequipa en 2018, realizaron un trabajo de investigación con la finalidad de estudiar los factores de riesgo que están asociados a parto pre termino

en el Hospital III Goyeneche de Arequipa en el año 2017 indicando que el 21.4% tuvieron enfermedad hipertensiva del embarazo.

Chaiña E, en Puno en 2017, realizo un estudio que planteó como objetivo identificar los factores maternos que influyen en el parto pretérmino en gestantes que acuden al hospital regional Manuel Núñez butrón puno, año 2013 llegando a la conclusión de que encontró que influyen en el parto pretérmino la enfermedad hipertensiva del embarazo.

TABLA 10. RELACION ENTRE EL PARTO PRETÉRMINO Y DIABETES GESTACIONAL DEL EMBARAZO DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.

Diabetes gestacional	PARTO PRETÉRMINO						TOTAL	
	Prematuros extremos		Muy prematuros		Prematuros moderados a tardíos			
	N	%	N	%	N	%	N	%
SI	0	0,0%	0	2,6%	1	0,9%	1	0,9%
NO	6	5,3%	25	21,9%	82	71,9%	113	99,1%
TOTAL	6	5,3%	25	21,9%	83	72,8%	114	100,0%
$X^2=0.377$		$P>0.05$		$P=0.828$		$g.l. = 2$		

FUENTE: Historia clínica

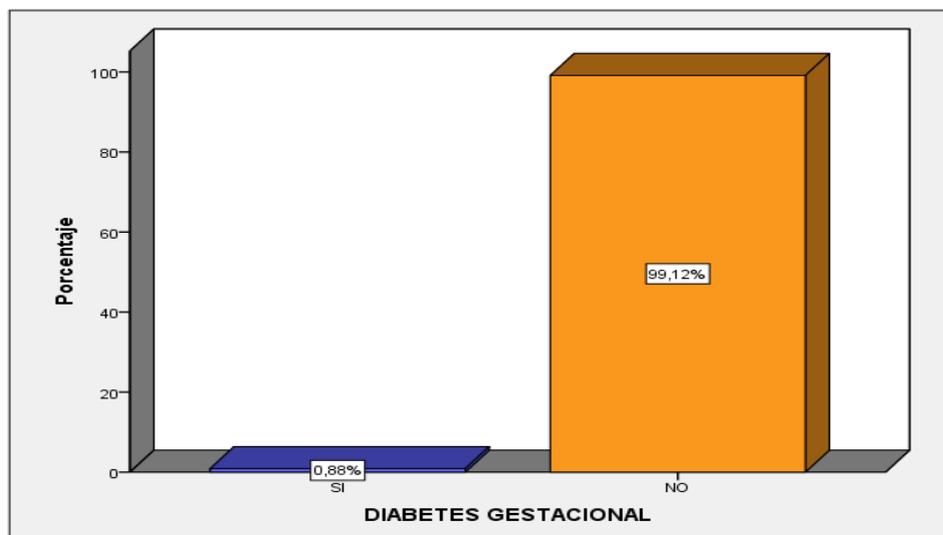


FIGURA 9. DIABETES GESTACIONAL DEL EMBARAZO DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.

FUENTE: Historia clínica

En la tabla N° 10 y figura 9. Se observa del total de gestantes con parto pretérmino se presentó 9%(1) con diabetes gestacional y el 99.1%(113) no presento.

La Tabla N°. 10 se muestra los partos pretérmino que presentaron las gestantes que acudieron al Servicio Gineco-Obstreticia del Hospital Regional de Ayacucho, observándose que del 100% representado por 114 gestantes, se observa que el 72.8% (83) de las gestantes con parto prematuros moderados a tardíos, de las cuales el 71,9% (82) no presentaron diabetes gestacional, y 0.9%(1) si presentaron diabetes gestacional. En tanto el 21,9% (25) con parto muy prematuros, de las cuales el 21.9%(25) no presentaron diabetes gestacional. Y 5.3%(6) con parto prematuros extremos, de las cuales 5,3%6) no presentaron diabetes gestacional.

De los resultados hallados en la presente tabla, se concluye que la frecuencia de parto pretérmino que se presenta en mayor porcentaje (71,9% (82)) con parto prematuros moderados a tardíos no presentaron diabetes gestacional.

Sometidos los resultados a la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.377$) muestra que el parto pre termino y diabetes gestacional no presentaron relación estadística significativa ($P>0.05$).

TABLA 11. RELACION ENTRE EL PARTO PRETÉRMINO Y INFECCION DE TRACTO URINARIO DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.

Infección del tracto urinario	PARTO PRETÉRMINO						TOTAL	
	Prematuros extremos		Muy prematuros		Prematuros moderados a tardíos			
	N	%	N	%	N	%	N	%
SI	1	0,9%	9	7,9%	31	27,2%	41	36,0%
NO	5	4,4%	16	14,0%	52	45,6%	73	64,0%
TOTAL	6	5,3%	25	21,9%	83	72,8%	114	100,0%
$X^2=1,039$		$P>0.05$		$P=0.595$		$g.l. = 2$		

FUENTE: Historia clínica

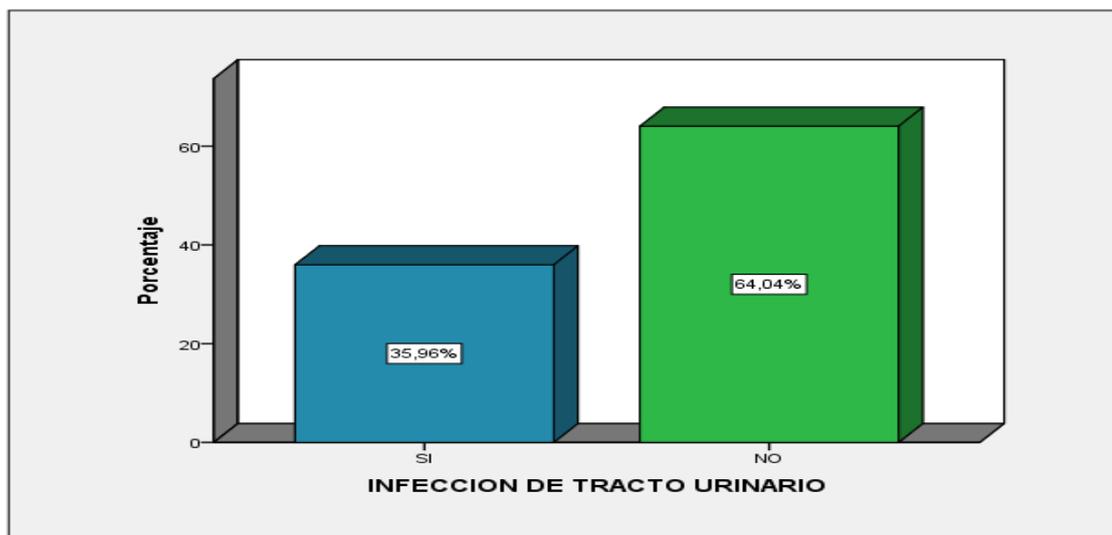


FIGURA 10. INFECCION DE TRACTO URINARIO DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.

FUENTE: Historia clínica

En la tabla 11 y figura 10 se observa que del 100% (144) de gestantes atendidas con parto pretérmino presentaron 36% con infección urinaria y 64% (73) no presentaron.

La Tabla N°. 11. se muestra los partos pretérmino que presentaron las gestantes que acudieron al Servicio Gineco-Obstreticia del Hospital Regional de Ayacucho, observándose que del 100% representado por 114 gestantes, se observa que el 72.8% (83) de las gestantes con parto prematuros moderados a tardíos, de las cuales el 45,6% (52) no presentaron infección del tracto urinario, y 27.2% (31) si infección del tracto urinario. En tanto el 21,9% (25) con parto muy prematuros, de las cuales el 14,0% (16) no infección del tracto urinario y 7.9% (9) si presento infección del tracto urinario. Y 5.3% (6) con parto prematuros extremos, de las cuales 4,4% (5) no presentaron diabetes gestacional.

De los resultados hallados en la presente tabla, se concluye que la frecuencia de parto pretérmino que se presenta en mayor porcentaje (45.6% (52)) parto prematuro moderados a tardíos no presentaron infección del tracto urinario.

Sometidos los resultados a la prueba de chi cuadrado ($X^2=1,039$) muestra que el parto pretérmino e infección del tracto urinario no presentaron relación estadística significativa ($P>0.05$).

Ovalle A y Col, en Chile en 2011 realizó un estudio en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Borja Arriarán de Chile, entre el 2007 al 2009 indica que Las condiciones clínicas que más frecuentemente se presentaron en el parto pre término fueron las infecciones del tracto urinario con un porcentaje de 19,4%.

A nivel nacional, Ruiz M, Fernando L, en Arequipa en 2018, realizaron un trabajo de investigación con la finalidad de estudiar los factores de riesgo que están asociados a parto pretérmino en el Hospital III Goyeneche de Arequipa en el año 2017. Indicando que el 51.4% presentaron infecciones del tracto urinario.

TABLA 12. RELACION ENTRE EL PARTO PRETÉRMINO Y AMENAZA DE PARTO PRETERMINO DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.

Amenaza de parto pretérmino	PARTO PRETÉRMINO						TOTAL	
	Prematuros extremos		Muy prematuros		Prematuros moderados a tardíos			
	N	%	N	%	N	%	N	%
SI	5	4,4%	15	13,2%	68	59,6%	88	77,2%
NO	1	0,9%	10	8,8%	15	13,2%	26	22,8%
TOTAL	6	5,3%	25	21,9%	83	72,8%	114	100,0%
$X^2=5,383$		$P<0.05$		$P=0.048$		$g.l. = 2$		

FUENTE: Historia clínica

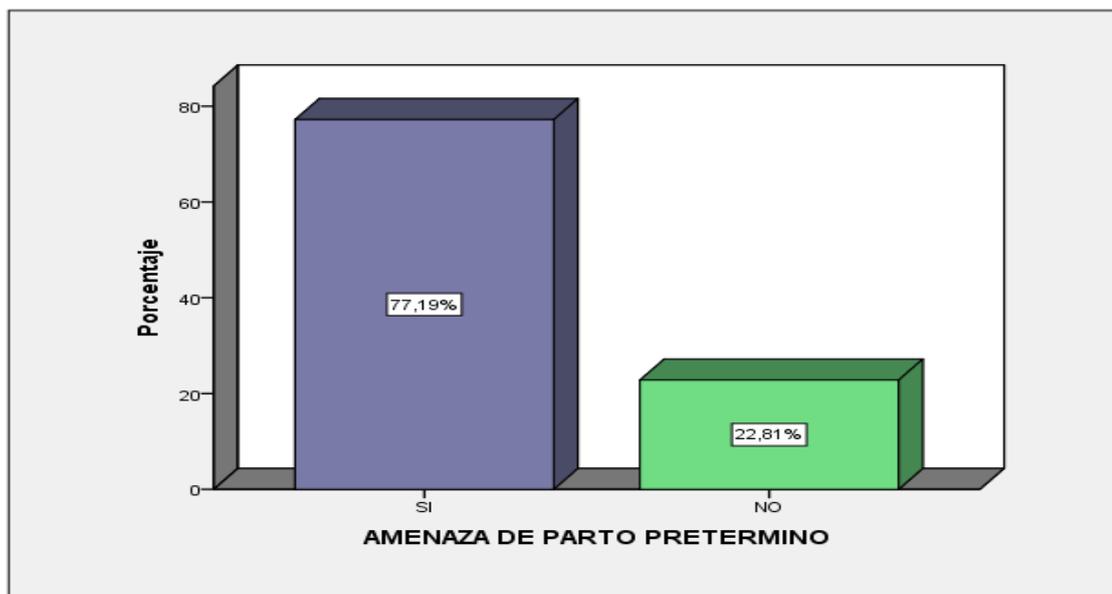


FIGURA 11. AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.

FUENTE: Historia clínica

En la tabla 12 y figura 11, se aprecia de total de gestantes con parto pretérmino el 77.2%(88) presentaron amenaza de parto pretérmino y el 22.8%(26) no presentaron.

La Tabla N°. 12 se evidencia los partos pretérmino que presentaron las gestantes que acudieron al Servicio Gineco-obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, observándose que del 100% representado por 114 gestantes, se observa que el 72.8% (83) de las gestantes con parto prematuros moderados a tardíos, de las cuales el 59,6% (68) si presentaron amenaza de parto pretérmino, y 13,2%(15) no presentaron amenaza de parto pretérmino. En tanto el 21,9% (25) con parto muy prematuros, de las cuales el 13,2% (15) si presentaron amenaza de parto pretérmino y 8.8%(10) no presentaron amenaza de parto pretérmino. Y 5.3%(6) con parto prematuros extremos, de las cuales 4,4%(5) si presentaron amenaza de parto pretérmino.

De los resultados hallados en la presente tabla, se concluye que la frecuencia del parto pretérmino que se presenta en mayor porcentaje (59,6% (68)) con parto prematuros moderados a tardíos que presentaron amenaza de parto pretérmino.

Sometidos los resultados a la prueba de chi cuadrado ($X^2=5,383$) muestra que el parto pre termino y amenaza de parto pretérmino si presentaron relación estadística significativa ($P<0.05$).

Lopez N. y col. en la Paz, Bolivia en 2011, realizaron un estudio retrospectivo sobre “Factores obstétricos claves en los resultados neonatales y a los dos años de seguimiento en la prematuridad extrema, indicando que es significativo la amenaza de parto pretérmino.

TABLA 13. RELACION ENTRE EL PARTO PRETÉRMINO Y DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.

Desprendimiento prematuro de placenta	PARTO PRETÉRMINO						TOTAL	
	Prematuros extremos		Muy prematuros		Prematuros moderados a tardíos			
	N	%	N	%	N	%	N	%
SI	0	0,0%	2	1,8%	1	0,9%	3	2,6%
NO	6	5,3%	23	20,2%	82	71,9%	111	97,4%
TOTAL	6	5,3%	25	21,9%	83	72,8%	114	100,0%
$X^2=3,633$		$P>0.05$		$P=0.13$		$g.l. = 2$		

FUENTE: Historia clínica

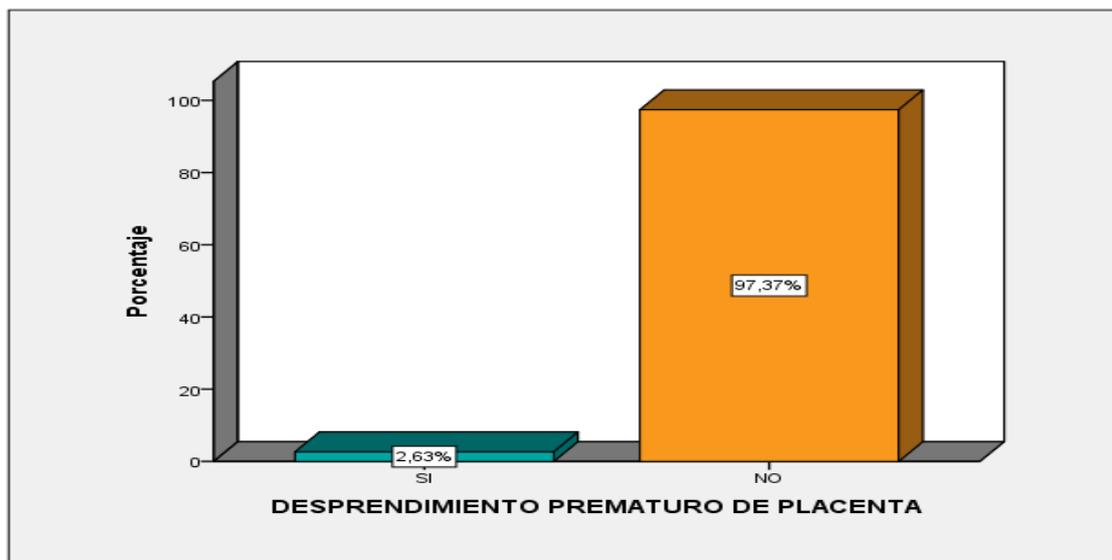


FIGURA 12. DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.

FUENTE: Historia clínica

En la tabla 13 y figura 12 se observa que del 100%(114) el 2.6%(3) presentaron desprendimiento prematuro de placenta y el 97%(111) no presento.

La Tabla N°. 13 se evidencia los partos pretérmino que presentaron las gestantes que acudieron al Servicio Gineco-obstreticia del Hospital Regional de Ayacucho, observándose que del 100% representado por 114 gestantes, se observa que el 72.8% (83) de las gestantes con parto prematuros moderados a tardíos, de las cuales el 71.9% (82) no presentaron desprendimiento prematuro de placenta, y 0.9%(1) si presento desprendimiento prematuro de placenta. En tanto el 21,9% (25) con parto muy prematuros, de las cuales el 20.2 % (23) no presentaron desprendimiento prematuro de placenta y 1.8%(2) si presento desprendimiento prematuro de placenta. Y 5.3%(6) con parto prematuros extremos, de las cuales 5,3%(6) no presento desprendimiento prematuro de placenta.

De los resultados hallados en la presente tabla, se concluye que la frecuencia del parto pretérmino que se presenta en mayor porcentaje (71.9% (82)) con parto prematuros moderados a tardíos que no presentaron desprendimiento prematuro de placenta.

Sometidos los resultados a la prueba de chi cuadrado ($X^2=3,633$) muestra que el parto pre termino y desprendimiento prematuro de placenta no presentaron relación estadística significativa ($P>0.05$).

Ruiz M, Fernando L, en Arequipa en 2018, realizaron un trabajo de investigación con la finalidad de estudiar los factores de riesgo que están asociados a parto pre termino en el Hospital III Goyeneche de Arequipa en el año 2017 indicando del total el 8.6% presentaron Desprendimiento prematuro de placenta.

TABLA 14. RELACION ENTRE EL PARTO PRETÉRMINO Y ANEMIA DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.

Anemia	PARTO PRETÉRMINO						TOTAL	
	Prematuros extremos		Muy prematuros		Prematuros moderados a tardíos			
	N	%	N	%	N	%	N	%
SI	1	0,9%	11	9,6%	25	21,9%	37	32,5%
NO	5	4,4%	14	12,3%	58	50,9%	77	67,5%
TOTAL	6	5,3%	25	21,9%	83	72,8%	114	100,0%
$X^2=2,409$		$P>0.05$		$P=0.30$		$g.l. = 2$		

FUENTE: Historia clínica

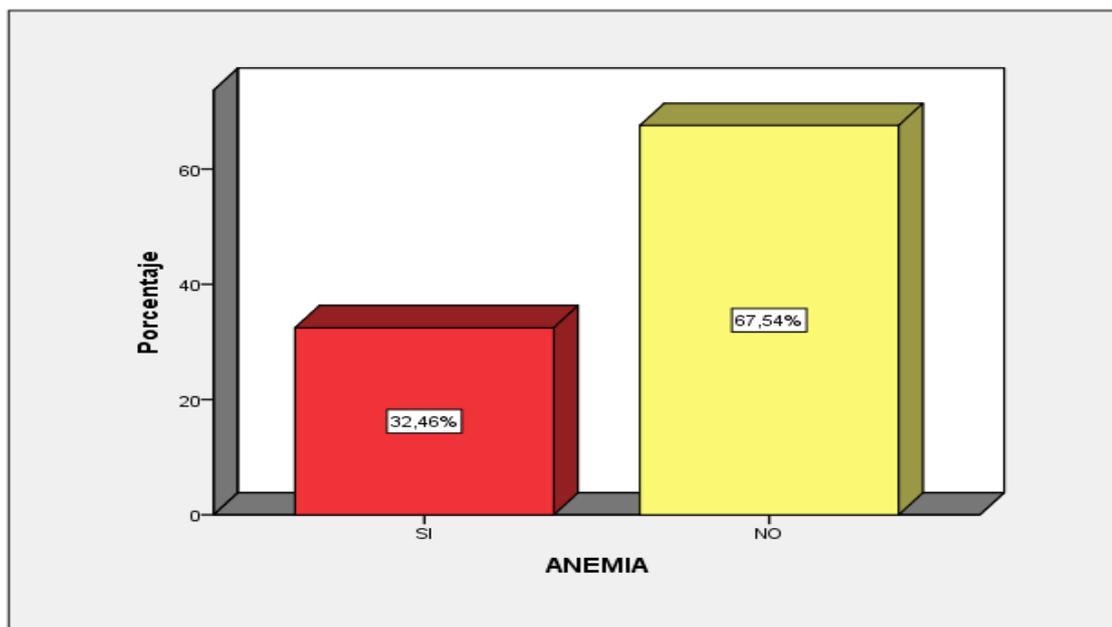


FIGURA 13. ANEMIA DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018

FUENTE: Historia clínica

En la tabla N°14 y figura 13 se observa que el 32.5%(37) de las gestantes con parto prematuro presentaron anemia.

La Tabla N°. 14 se evidencia los partos pretérmino que presentaron las gestantes que acudieron al Servicio Gineco-Obstreticia del Hospital Regional de Ayacucho, observándose que del 100% representado por 114 gestantes, se observa que el 72.8% (83) de las gestantes con parto prematuros moderados a tardíos, de las cuales el 50.9% (58) no presentaron anemia, y 21.9%(25) si presentaron anemia. En tanto el 21,9% (25) con parto muy prematuros, de las cuales el 12.3 % (14) no presentaron anemia y 9.6%(11) si presento anemia. Y 5.3%(6) con parto prematuros extremos, de las cuales 4.4%(5) no presento anemia y 0.9%(1) si presento anemia.

De los resultados hallados en la presente tabla, se concluye que la frecuencia de parto pretérmino que se presenta en mayor porcentaje (50.9% (58)) con parto prematuros moderados a tardíos que no presentaron anemia.

Sometidos los resultados a la prueba de chi cuadrado ($X^2=2,409$) muestra que el parto pre termino y anemia no presentaron relación estadística significativa ($P>0.05$).

De los Ángeles V y Balladares F, en Ecuador en el 2016, realizo un estudio donde obtuvieron 301 se obtuvo un 33,2% de pacientes que presentaron anemia.

Barrera S. Lina, et al, en Colombia en 2016; realizaron un estudio de corte transversal, observacional analítico; el estudio lo realizaron durante el año 2010 donde se obtuvo anemia (23.3%).

Ruiz M, Fernando L, en Arequipa en 2018, realizaron un trabajo de investigación con la finalidad de estudiar los factores de riesgo que están asociados a parto pre termino en el Hospital III Goyeneche de Arequipa en el año 2017, en donde el 38.6% tuvieron anemia.

TABLA 15. RELACION ENTRE EL PARTO PRETÉRMINO Y RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.

Ruptura prematura de membranas	PARTO PRETÉRMINO						TOTAL	
	Prematuros extremos		Muy prematuros		Prematuros moderados a tardíos			
	N	%	N	%	N	%	N	%
SI	2	1,8%	6	5,3%	14	12,3%	22	19,3%
NO	4	3,5%	19	16,7%	69	60,5%	92	80,7%
TOTAL	6	5,3%	25	21,9%	83	72,8%	114	100,0%
$X^2=1,429$		$P>0.05$		$P=0.490$		$g.l. = 2$		

FUENTE: Historia clínica

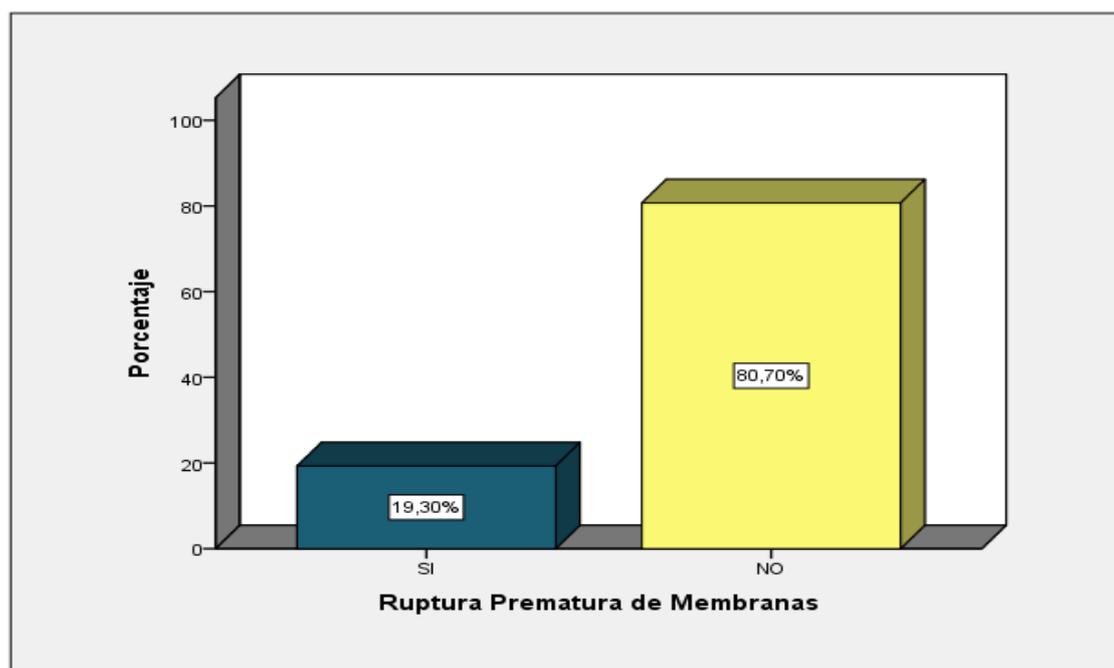


FIGURA 14. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA DE PACIENTES ATENDIDAS EN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2018.

FUENTE: Historia clínica

En la tabla 15 y figura 14 se observa del total de gestantes atendidas con parto pretérmino un 80.7%(92) no presentaron ruptura prematura de membrana y 19.3%(22) si presentaron.

La Tabla N°. 15 se evidencia los partos pretérmino que presentaron las gestantes que acudieron al Servicio Gineco-Obstreticia del Hospital Regional de Ayacucho, observándose que del 100% representado por 114 gestantes, se observa que el 72.8% (83) de las gestantes con parto prematuros moderados a tardíos, de las cuales el 60.5% (69) no presentaron ruptura prematura de membrana, y 12.3%(14) si presentaron ruptura prematura de membrana. En tanto el 21,9% (25) con parto muy prematuros, de las cuales el 16.7 % (19) no presentaron ruptura prematura de membrana y 5.3%(6) si presento ruptura prematura de membrana. Y 5.3%(6) con parto prematuros extremos, de las cuales 3.5%(4) no presento ruptura prematura de membrana y 1.8%(2) si presento ruptura prematura de membrana.

De los resultados hallados en la presente tabla, se concluye que la frecuencia del parto pretérmino que se presenta en mayor porcentaje (60.5% (69)) con parto prematuros moderados a tardíos que no presentaron ruptura prematura de membrana.

Sometidos los resultados a la prueba de chi cuadrado ($X^2=1,429$) muestra que el parto pre termino y ruptura prematura de membrana no presentaron relación estadística significativa ($P>0.05$).

Ruiz M, Fernando L, en Arequipa en 2018, realizaron un trabajo de investigación con la finalidad de estudiar los factores de riesgo que están asociados a parto pre termino

en el Hospital III Goyeneche de Arequipa en el año 2017, el 22.9% presentaron Ruptura prematura de membranas.

Finalmente, respecto a la relación que existe entre los factores, en la tabla 6, se sometió los resultados a la prueba de chi cuadrado ($X^2=10,570$) y muestra que el parto pre termino con el número de controles prenatales muestra una relación estadística significativa porque $P=0.005$ ($P<0.05$). Y en la tabla 12, Sometidos los resultados a la prueba de chi cuadrado ($X^2=5,383$) muestra que el parto pre termino y amenaza de parto pretérmino si presentaron relación estadística significativa porque $P = 0.048$ ($P<0.05$). Luego podemos concluir que si existen factores de riesgo asociados a parto pre término en gestantes de servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho durante el periodo de enero a junio del 2018; aceptando la hipótesis alternativa.

A nivel internacional, Retureta S y Col, en Cuba en 2015 realizó un estudio, refiriendo que edad materna y factores de riesgo de parto prematuro, se aplicó la prueba de interdependencia Chi cuadrado, considerando que la asociación fue significativa cuando $p<0,05$.

A nivel nacional, Guadalupe S, en lima 2017 ha realizado un estudio de tipo observacional, analítico, retrospectivo, en el Hospital María Auxiliadora durante el 2015, refiere que control prenatal inadecuado tienen valor estadísticamente significativo ($p<0.5$).

A nivel local, Lima M y Romani M., en Ayacucho en 2013, realiza un estudio en el servicio de Gineco-Obstetricia de Hospital II Essalud, Huamanga, 2010 – 2013.

Concluyendo que la hipertensión inducida por el embarazo, placenta previa y la ruptura prematura de membranas está asociado a parto pretérmino ($P < 0.05$). Quispe R, en Puno en 2017, realizó un estudio en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca entre agosto 2016 y Julio 2017, encontrando como factores de riesgo asociados, no tener control prenatal ($p = 0.0002$) y tener control prenatal en número menor de 6 ($p = 0.0000001$).

CONCLUSIONES

1. En general se comprueba la hipótesis alternativa, que sí hay factores de riesgo asociados a parto pretérmino en la población en estudio y son el número de controles prenatales y amenaza de parto pretérmino, y son de carácter prevenibles o modificables.
2. La incidencia de parto pretérmino en el Servicio Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho en periodo de enero a junio del 2018 fue de 8 % del total de partos.
3. Entre los factores sociodemográficos se observa que la edad de 20 a 34 años, tener relación de conviviente y grado de instrucción secundaria se presentaron en mayor frecuencia como hallazgos por distribución poblacional y educacional, los cuales no representa como factor de riesgo para parto pretérmino.
4. Entre los antecedentes obstétricos observamos que el tener control prenatal inadecuado y el ser multigesta es un factor de riesgo para presentar parto pretérmino.
5. El factor fetal de la gestante con parto pretérmino como el embarazo múltiple no es un factor de riesgo para parto pretérmino en el presente estudio.

6. Dentro de las patologías que se presentan durante el embarazo y de acuerdo a la intensidad de factor de riesgo que significan para presentar parto pretérmino tenemos a la amenaza de parto pretérmino, anemia e infección de tracto urinario.

7. Existe similitudes con las regiones de Puno, Arequipa y Tacna en presentar con mayor frecuencia el estado civil soltera por distribución poblacional, que no es factores de riesgo; y el tener controles prenatales inadecuados e infección de tracto urinario que si son factores de riesgo para parto pretérmino; y se diferencia por presentar en menor frecuencia enfermedad hipertensiva del embarazo que es factores de riesgo para parto pretérmino.

RECOMENDACIONES

1. En base al presente estudio se debería concientizar y educar a las pacientes gestantes en relación a los signos de alarma del embarazo con énfasis en la infección del tracto urinario, ruptura prematura de membranas, amenaza de parto prematuro y anemia.
2. Dar más importancia en la realización de los respectivos controles y exámenes complementarios prenatales para detectar los factores asociados al origen del parto pretérmino y así evitarlos o tratarlos oportunamente para evitar la aparición del mismo.
3. Capacitar al personal de salud para el reconocimiento precoz de todos los factores de riesgo para parto pretérmino y actuar oportunamente sobre los que sean modificables.
4. Elaborar estrategias de intervención comunitaria para el diagnóstico oportuno y vigilancia cercana a pacientes en riesgo o con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, tanto en el Hospital Región de Ayacucho, como en los centros de atención primaria.
5. Realizar investigaciones prospectivas donde se tomen en cuenta otras variables de estudio, para identificar otros factores de riesgo no considerados en la presente investigación.

6. Ampliar estrategias para capacitaciones de las gestantes y sus familiares, adecuadas a las costumbres de la zona y así concientizar, hacer entender los signos de alarma y los riesgos que podría presentar el parto pretérmino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J. Global, Regional, and National causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet*. 2016; 388(10063): 3027–3035.
2. Organización Mundial de la Salud. Nacimiento prematuro. [Internet] .[actualizada el 19 de febrero de 2018; acceso 1 de julio de 2018]. Disponible en:<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
3. López N, González M. Factores obstétricos claves en los resultados neonatales y a los dos años de seguimiento en la prematuridad extrema. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 2011 marzo; 76(5):302 – 310.
4. Alfredo Ovalle, Gustavo Rencoret, Ariel Fuentes, María José del Río, Carla Morong, Pablo Benítez. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un Hospital Público de Santiago de Chile, *Rev Med Chile* ,2012; 140: 19-29.
5. Retureta Milán S, Rojas-Álvarez L, Retureta Milán M. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. *Medisur*.2015;13(4):1-8. Disponible en [http:// www. medisur.sld.cu/index. php/ medisur/article/ view/2972](http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2972) Ciego de Ávila-Cuba.
6. Fabián P. Balladares Tapia y Valeria Chacón J. Prevalencia y factores de riesgo del parto pretérmino en pacientes atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2014. [Tesis Pregrado]. Ecuador: Escuela de Medicina, Universidad de Cuenca; 2016.

7. Barrera Sánchez LF, Manrique Abril FG, Ospina Díaz JM. Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja. [Tesis Pregrado].Boyacá:Universidad Católica del Norte;2016.
8. Aguirre M, Villena S. Factores de riesgo maternos asociados a la prematuridad de los recién nacidos en el servicio de neonatología del Hospital Antonio Lorena Cusco enero-julio 2011. [Tesis Pregrado]. Cusco: Universidad San Antonio Abad del Cusco, Facultad de Enfermería;2012.
9. F.Parra. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período enero 2010 - diciembre 2012. [Tesis Pregrado]. Tacna, Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2013.
10. Santaya P. Factores de riesgo maternos que influyen en la prematuridad de los recién nacidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco. [Tesis Pregrado]. Huánuco: Universidad de Huánuco, Facultad Enfermería; 2016.
11. Joyce Cristy Alarcón Celedonio. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes, Hospital Nacional Docente Madre - Niño “San Bartolomé” – 2016. Lima Perú. [Tesis Pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana;2017
12. Guadalupe Huamán Shessira Miluzka. Factores de riesgo asociado a parto pre término en gestantes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015. [Tesis Pregrado]. Lima: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina;2017.
13. Moreno Ruiz, Luis Fernando. Factores de riesgo asociados al parto pre término en gestantes atendidas en el Hospital Goyeneche en Arequipa 2017. [Tesis Pregrado]. Arequipa. Universidad Católica de Santa María. Facultad de Medicina Humana;2018.

14. Gonzales M. Louedes y Zapata L. Rocio. Factor de riesgo asociado al parto pretérmino en gestantes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho. junio-octubre 2009. Ayacucho-Peru. [Tesis Pregrado]. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristobal de Huamanga. Facultad de Obstetricia; 2009.
15. Lima L. Miriam y Romani C. mell. Factores de riesgo asociado al parto pretermino atendidos en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II Essalud. Huamanga, 2010-2012. [Tesis Pregrado]. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristobal de Huamanga. Facultad de Obstetricia; 2013.
16. Quispe Adco Reynaldo. Prevalencia y factores asociados a prematuridad del recién nacido en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo de agosto 2016 y julio 2017. [Tesis Pregrado]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano. Facultad de Medicina Humana; 2018.
17. Chaiña E. Factores maternos que influyen en el parto pretérmino en gestantes que acuden al Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón, Puno, durante el año 2013. [Tesis Pregrado]. Moquegua: Universidad José Carlos Mariátegui; 2017.
18. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Anuales. [Internet]. Citado el 17 de enero de 2017. [Consultado el 1, julio, 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>.
19. Ministerio de Salud del Perú. Gobierno del Perú. [Internet]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM4872010MINSA%20Atenciones%20Obstetricas.pdf>.
20. Alexis Palencia. Parto prematuro. MD. Pediatra neonatólogo UIS - universidad de antioquia – UMNG. CCAP. Precop SCP. (Colombia).; 2006. 9(4).
21. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of preterm labor. *Obstet Gynecol.* 2016;127(159):e29-e38.

22. García A, Rosales S, Jiménez G. Diagnóstico y manejo del parto pretérmino. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia. 2010; p. 129 -149.
23. Gabriela Quirós González, Raúl Alfaro Piedra, Mariela Bolívar Porras y Natalia Solano Tenorio. Amenaza de Parto Pretérmino. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD, 2016; Vol. 1 No I: 75 -80.
24. Sánchez Mendoza Inès Katherine. Factores que inciden en la amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en maternidad Doctora Matilde Hidalgo de Pröcel y propuesta de prevención septiembre del 2012 a febrero del 2013. [Tesis Pregrado]. Guayaquil- Ecuador: Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Obstetricia; 2013.
25. Raúl Francisco, Taboada Ramírez. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias” de enero a diciembre 2013. [Tesis Pregrado]. Iquitos-Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Facultad de Medicina Humana. “Rafael Donayre Rojas”; 2015.
26. Iglesias J, Tamez L, Reyes I. Anemia y embarazo, su relación con complicaciones maternas y perinatales. Medicina Universitaria [Internet]. 2009 [citado 2015 mayo 22]; 11(43):95-98.
27. Hitler, Saavedra Casternoque. Factores asociados a prematuridad en el Hospital II-1 de Yurimaguas, julio a diciembre del 2014. [Tesis Pregrado]. Iquitos-Perú: Universidad Nacional De La Amazonía Peruana Facultad De Medicina Humana “Rafael Donayre Rojas”. 2015.
28. Calderón J. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguridad Social. 2012 enero; 43(4).
29. Ríos A. Parto prematuro. En: Zigelboim I, Guariglia D. Editores. Clínica Obstétrica. Caracas: Editorial Disinlimed, CA.; 2006. p. 447-455.

30. Bolzan-Guimary. Relación entre el estado nutricional y la diabetes gestacional. En Bolzan-Guimary, Relación entre el estado nutricional y la diabetes gestacional (pág. 35). Buenos Aires, Argentina: Editorial Kapreluz.
31. Bretelle, Gynecologie. GdReO. High Atopobium vaginae and Gardnerella vaginalis vaginal loads are associated with preterm birth. [Online].; 2015 [cited 2018 Enero 14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25452591>.
32. Laterra C, Sucasaca S, Di Marco I, Valenti E. Guía de práctica clínica: Amenaza de parto pretérmino. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá. 2015; 13(4): 518-21.
33. Cervillo N. Ruptura prematura de membrana. Aller. J/Pagés G. Obstetricia Moderna. Tercera Edición. Editorial de McGraw-Hill Interamericana. Cap.23. Pg. 297- 305. Disponible en: http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia_moderna/om_23.pdf
34. Reyes I. Factores de riesgo de parto prematuro estudio de casos y controles Hospital Nacional Sergio E. Bernales mayo a setiembre 2003. [Tesis Pregrado].Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004
35. Cunningham F, MacDonald P, Gant N, Leveno K, Gilstrap III L, Hankins G, et al. Parto prematuro. Williams Obstetricia 23a. Edición, Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 804-831
36. Julian N. Robinson, Errol R Norwitz. Nacimiento prematuro: Factores de riesgo e intervenciones para la reducción de riesgo. UpToDate. Junio 2017.
37. Cifuentes B, Rodrigo Ginecología y Obstetricia Basadas en las Nuevas Evidencias, 2da ed. Ed. Distribuna, Bogotá 2009.

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en gestantes del Servicio Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho enero-junio 2018

DATOS:

FICHA N° :

HC:

Edad gestacional:

ANTECEDENTES SOCIODEMOGRÁFICAS:

a) Edad:

a) < 20 años ()

b) 20-34 años ()

c) > 34 años ()

b) Nivel de instrucción:

Ninguno ()

Educación primaria ()

Educación secundaria ()

Educación superior (Técnica o universitaria) ()

c) Estado civil:

Soltera ()

Casada ()

Unión establecida (Convivientes) ()

Otros ()

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

a) Número de Controles Prenatal:

Inadecuado: CPN < 6 ()

Adecuado: CPN > o = 6 ()

b) Número de Paridad:

Nulípara ()

Primípara ()

Multigesta ()

Gran multigesta ()

FACTOR FETAL

Embarazo múltiple SI () NO ()

PATOLOGÍAS ASOCIADAS DURANTE LA GESTACIÓN:

Enfermedad hipertensiva del embarazo SI () NO ()

Diabetes gestacional SI () NO ()

Infección del tracto Urinario SI () NO ()

Amenaza de parto pretérmino SI () NO ()

Desprendimiento prematuro de placenta SI () NO ()

Anemia SI () NO ()

Ruptura prematura de membranas SI () NO ()

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES
¿Cuáles son los factores de riesgo asociado a parto pretérmino en gestantes del Servicio Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho de enero-junio del 2018?	<p>Objetivo general: Determinar los Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en gestantes del servicio Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho de enero-junio del 2018.</p> <p>Objetivo específico: Determinar la incidencia de parto pretérmino en Gestantes del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho durante el periodo de enero a junio del 2018.</p> <p>Determinar los factores de riesgo sociodemográficos de la gestante con parto pretérmino como; la edad, el nivel de instrucción y estado civil, en gestantes del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho.</p> <p>Determinar los antecedentes obstétricos de la gestante con parto pretérmino como; el número de controles prenatales y número de paridad en gestantes del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho.</p> <p>Identificar el factor fetal de la gestante con parto pretérmino como; el embarazo múltiple, en las gestantes del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho.</p> <p>Identificar las patologías más frecuentes durante el embarazo en la gestante como; enfermedad hipertensiva del embarazo, diabetes gestacional, infección urinaria, amenaza de parto pretérmino, desprendimiento prematuro de placenta, anemia y ruptura prematura de membrana como factor de riesgo para parto pretérmino en gestantes del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho.</p> <p>Establecer similitudes y diferencia de los factores de parto pretérmino con los factores de las regiones de Puno, Arequipa y Tacna.</p>	<p>HIPOTESIS ALTERNATIVA Existen factores de riesgo asociados a parto pre término en gestantes de Servicio Gineco-obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho durante el periodo de enero a junio del 2018.</p> <p>HIPOTESIS NULA No existen factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho durante el periodo de enero a junio del 2018</p>	<p>VARIABLE DEPENDIENTE: Parto pretérmino</p> <p>VARIABLE INDEPENDIENTE: SOCIODEMOGRÁFICAS: a) Edad: b) Nivel de instrucción c) Estado civil</p> <p>OBSTÉTRICOS: a) Número de Controles prenatal b) Número de paridad</p> <p>FACTOR FETAL: Embarazo múltiple</p> <p>PATOLOGÍAS ASOCIADAS DURANTE LA GESTACIÓN Enfermedad hipertensiva del embarazo Diabetes gestacional Infección del tracto Urinario Amenaza de parto pretérmino Desprendimiento prematuro de placenta Anemia Rotura prematura de membranas</p>	<p>a) < 20 años b) 20-34 años c) > 34 años</p> <p>Ninguno Educación primaria Educación secundaria Educación superior (Técnica o universitaria)</p> <p>Soltera Casada Unión establecida (Convivientes) Otros</p> <p>Inadecuado: CPN < 6 Adecuado: CPN > 6</p> <p>Nulpara Primipara Multigesta Gran multigesta</p> <p>SI () NO ()</p>	<p>Tipo de investigación: Método descriptivo, analítico, retrospectivo y transversal de observación indirecta.</p> <p>Población: Estuvo conformada por 1405 historias clínicas de las gestantes que se atendieron su parto en servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho durante el periodo de enero a junio del 2018.</p> <p>Muestra: Estuvo constituida por 114 historia clínica de los pacientes que acudieron con diagnóstico de parto pretérmino al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho durante el periodo de enero a junio del 2018.</p> <p>Técnica: Revisión de historias clínicas</p> <p>Instrumento: hoja de recolección de datos</p> <p>Procesamiento de datos: Se procedió a registrar en el programa de Microsoft Excel 2010 debidamente codificados y luego utilizando el programa SPSS 23.0. Los datos cualitativos se describen en términos de frecuencias absolutas y frecuencias relativas. Para que se determine la asociación entre los factores de riesgo y el parto pretérmino se utilizó la prueba Chi paramétrica que es la prueba Chi cuadrado (X²) donde se considerara intervalos de confianza de 95%.</p>	<p>De 114 gestantes con parto pretérmino, la incidencia fue 8%; se presentó el 72.8% con edad gestacional entre 32-<37 semanas, el 58,8% con edad de 20 a 34años, 65,8% con educación secundaria, 62,3% conviviente, 51,8% sin controles adecuados, 41,2% multigesta, 4,4% embarazo múltiple, 5,3% enfermedad hipertensiva, 0,9% diabetes gestacional, 36,0% con infección del tracto urinario, 77,2% con amenaza de parto pretérmino, 2,6% con desprendimiento prematuro de placenta, 32,5% con anemia, y 19,3% con ruptura prematura de membrana</p>	<p>En general se comprueba que sí hay factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Las incidencias de partos pre término fue 8%. Los factores sociodemográficos con mayor porcentaje fue la edad, el estado de conviviente y grado de instrucción de secundaria. Los antecedentes obstétricos con mayor porcentaje fue el control prenatal inadecuado y multigesta. El embarazo múltiple no actúa como factor de riesgo para parto pretérmino. Las patologías que se presentan son la amenaza de parto pretérmino, anemia e infección de tracto urinario. Y existe similitudes con las regiones de Puno, Arequipa y Tacna respecto a factores de estado civil soltera, en no tener controles prenatales adecuados e infección de tracto urinario, y se diferencia en no presentar enfermedad hipertensiva del embarazo.</p>