

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO



Factores clínicos asociados a parto pretermino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Centro Medico Naval “Cirujano Mayor Santiago Tavara”

Presentado por la Bachiller:

Aliaga Rafael Greta Cecilia

Tesis para para optar el título de Médico Cirujano

Asesor de Tesis:

Dr. De la Cruz Vargas, Jhony Ph.D.,MCR,MR

Lima – Perú

2018

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme el don de la perseverancia para alcanzar mis metas y darme la fuerza para afrontar todos los desafíos que se me presentan.

A mi Madre por haber proporcionado la mejor educación y lecciones de vida, por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ella entre los que se incluye este. Me formo con reglas y con algunas libertades, pero al final de cuentas me motivo constantemente para alcanzar mis anhelos.

A mi Padre y hermanas por haberme enseñado que con esfuerzo, trabajo y constancia todo se consigue; por cada día hacerme ver la vida de una forma diferente y confiar en mis decisiones.

A mi abuelito por haberme aportado todo desde pequeña, por darme la voluntad de llevar a cabo todo aquello que me proponga con el mayor entusiasmo y dedicación.

A mi tutor que sin su ayuda y conocimiento no hubiese sido posible realizar este proyecto.

A mi Universidad por permitir convertirme en una profesional en lo que tanto me apasiona, gracias a cada maestro que hizo parte de este proceso integral de formación.

DEDICATORIA

En especial a mi Madre pues ella fue el principal cimiento para la construcción de mi vida profesional, sentó en mi las bases de responsabilidad y superación, en ella tengo el espejo en el cual me quiero reflejar pues sus virtudes infinitas y su gran corazón me llevan a admirarla cada día más.

RESUMEN

Delimitar en el Servicio de Gineco Obstetricia del Centro Medico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távora" los Factores Clínicos asociados al Parto Pre termino en Gestantes durante el año 2016"

MÉTODO: Es un estudio retrospectivo, observacional, analítico de tipo casos y controles. Se tomó por muestreo 160 embarazadas que concurren al Centro Medico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távora" los Factores Clínicos asociados al Parto Pre termino en Gestantes durante el año 2016"; 80 casos (Parto Pre termino) y 80 controles (Parto a término). Se hizo inicialmente un análisis Univariado y bivariado, para completar con un análisis multivariado con regresión logística mediante SPSS Statistic V24. Para esta investigación se analiza la vinculación de algunos factores de riesgo para el parto pre término a través de sus correspondientes intervalos de confianza al 95%, con un Valor $p < 0.05$ y el Odds Ratio.

RESULTADOS: Los factores de riesgo asociados al parto pre termino fueron: la "Edad Materna menor a 20 años" (OR= 3.18 $p=0.00$ IC95% =1.41-7.18), "Control Pre Natal Inadecuado" (OR= 4.11 $p=0.00$ IC95%=1.55-10.88), "Multiparidad" (OR =5.00 $p=0.00$ IC95%=2.53-9.85), "Embarazo Múltiple" (OR=3.46 $p=0.01$ IC95%=1.19-10.04), "Pre Eclampsia" (OR=4.94 $p=0.02$ IC95%=1.03-5.07), "Infección del tracto Urinario" (OR=2.46 $p=0.01$ IC95%=1.19-5.07), "Desprendimiento Prematuro de Placenta" (OR=3.35 $p=0.03$ IC95%= 1.03-10.88). No alcanzaron significancia la "Diabetes Gestacional" (OR=3.16 $p=0.14$ IC95%=0.61- 16.16), "Amenaza de parto pre termino" (OR= 1.66 $p=0.31$ IC95%= 0.61-4.53), "Anemia" (OR= 1.76 $p=0.29$ IC95%=0.60-5.10), "Ruptura Prematura de Membranas" (OR=2.08 $p=0.30$ IC95%=0.50-8.86).

CONCLUSIÓN: El perfil de los factores clínicos asociados significativamente al parto pre termino fueron: Edad Materna menor a 20 años, Control Pre Natal Inadecuado, Multiparidad, Embarazo Múltiple, Pre Eclampsia, Infección del tracto Urinario, Desprendimiento Prematuro de Placenta.

Palabras Claves: Trabajo de Parto Prematuro, Factores de riesgo.

ABSTRACT

To delimit the Clinical Factors associated with Preterm Delivery in Pregnant Women during the year 2016 in the Obstetrics Service of the Naval Medical Center "Cirujano Mayor Santiago Távora"

METHOD: It is a retrospective, observational, analytical study of type and control. 160 pregnant women were taken by sampling who attended the Naval Medical Center "Cirujano Mayor Santiago Távora" the Clinical Factors associated with Preterm Birth in Pregnant Women during the year 2016 "; 80 cases (Preterm Delivery) and 80 controls (Delivery at term). An univariate and bivariate analysis was initially performed, to be completed with a multivariate analysis with logistic regression using SPSS Statistic V24. For this research, we analyze the linkage of some risk factors for preterm delivery through their corresponding 95% confidence intervals, with a Value $p < 0.05$ and the Odds Ratio.

RESULTS: The risk factors associated with preterm delivery were: "Maternal Age under 20 years" (OR = 3.18 $p = 0.0095$ CI = 1.41-7.18), "Inadequate Prenatal Control" (OR = 4.11 $p = 0.0095$ IC95 % = 1.55-10.88), "Multiparity" (OR = 5.00 $p = 0.00$ IC95% = 2.53-9.85), "Multiple Pregnancy" (OR = 3.46 $p = 0.01$ IC95% = 1.19-10.04), "Pre Eclampsia" (OR = 4.94 $p = 0.02$ IC95% = 1.03-5.07), "Urinary Tract Infection" (OR = 2.46 $p = 0.01$ IC95% = 1.19-5.07), "Placental Premature Detachment" (OR = 3.35 $p = 0.03$ IC95% = 1.03-10.88). "Gestational Diabetes (OR = 3.16 $p = 0.14$ IC95% = 0.61-16.16), Threat of preterm delivery (OR = 1.66 $p = 0.31$ IC95% = 0.61-4.53), "Anemia", did not reach significance. "(OR = 1.76 $p = 0.29$ IC95% = 0.60-5.10)," Premature Membrane Rupture "(OR = 2.08 $p = 0.30$ IC95% = 0.50-8.86).

CONCLUSIÓN:

The profile of clinical factors significantly associated with preterm delivery were: Maternal Age under 20 years, Inadequate Prenatal Control, Multiparity, Multiple Pregnancy, Pre Eclampsia, Urinary Tract Infection, Placental Premature Detachment.

Key Words: Premature Labor, Risk factors.

INTRODUCCIÓN

El parto Pre Terminado (PPT) se caracteriza por que ocurre se presenta previo a los 259 días desde la fecha de última regla o 37 semanas completas, con la existencia de contracciones con un ritmo de 4 cada 20 minutos o de 8 en 60 segundos, también con la continua modificación del cérvix, dilatación cervical \geq a 1cm pero inferior a 3cm y un borramiento del cuello uterino $<$ 50%.¹

En los países en vías de progreso, como el nuestro, la morbilidad y mortalidad neonatal podría ser considerada por su elevada incidencia como un indicador de salud pública insuficiente. Sin embargo el aumento de la cobertura en el control pre natal que viene sucediendo en el país de un 87% tiene al menos 4 controles pre natales; aunque se halla carencia en la eficacia de este servicio, que presenta como resultado que no se identifiquen y traten debidamente las complicaciones maternas (principalmente anemia y la infección del tracto urinario), las que influirían en la posible causa del parto pre terminado.⁵

Se estima que la prematuridad y el bajo peso al nacer (8% de los Recién nacidos registran bajo peso, de acuerdo a ENDES 2012), corresponde al inadecuado cuidado pre natal. El parto prematuro refleja considerables costos emocionales y económicos para la familia y comunidad.⁶

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	8
1.1 LINEA DE INVESTIGACIÓN	8
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:.....	9
1.4 JUSTIFICACIÓN	9
1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
1.6 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	11
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	12
2.1 ANTECEDENTES	12
2.2 BASE TEÓRICA	22
2.3 DEFINICIONES CONCEPTUALES	33
CAPITULO III : HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	34
3.1 HIPOTESIS	34
3.2 VARIABLES	34
CAPITULO IV. METODOLOGÍA	36
4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	36
4.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	36
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	37
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	38
4.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:	39
4.6 TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:	39
4.7 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LAS INVESTIGACIONES CON SUJETOS HUMANOS.....	40
CAPITULO V: RESULTADO Y DISCUSIÓN	41
5.1 RESULTADOS	41
5.2 DISCUSIÓN:.....	57
CAPITULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	61
CONCLUSIÓN.....	61
RECOMENDACIONES.....	62
BIBLIOGRAFÍA:	63
ANEXOS:	70

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 LINEA DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación está fundamentada en la Prioridad Número Uno “Salud Materno Fetal” de las prioridades de investigación 2016- 2021 y fue desarrollada en el servicio de Gineco Obstetricia del Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara durante el periodo comprendido entre el 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2016.

El principal recurso material que se empleó son las historias clínicas como fuente valiosa de información, el recurso humano es principal componente para la recolección de datos y el programa SPSS para el procesamiento de los resultados. A nivel económico los gastos fueron asumidos íntegramente por el investigador.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El parto Pre Terminado (PPT) se caracteriza por que se presenta previo a los 259 días desde la fecha de última regla o 37 semanas completas, con la existencia de contracciones con un ritmo de 4 cada 20 minutos o de 8 en 60 segundos, también con la continua modificación del cérvix, dilatación cervical \geq a 1cm pero inferior a 3cm y un borramiento del cuello uterino $<$ 50%.¹

India, China y Nigeria se encuentran dentro de las tres primeras poblaciones entre los países con una elevada incidencia de nacimientos prematuros. Aunque un 60% de los nacidos prematuros se encuentran en África y Asia meridional, representando una preocupación mundial. En América Latina la cifra es de 9% para los Estados Unidos, 7.4% para Japón y un 50% para Bangladesh.^{3,4}

En los países en vías de progreso, como el nuestro, la morbilidad y mortalidad neonatal por su elevada incidencia podría ser considerada como un indicador de salud pública insuficiente. Sin embargo el aumento de la cobertura en el control pre natal que está sucediendo en el país hasta un 87% tiene al menos 4 controles pre natales; aunque se halla carencia en la eficacia de esta atención, que presenta a modo de resultado que no identifiquen y traten debidamente las complicaciones maternas (principalmente anemia y la infección del tracto urinario), las que influirían en la posible causa del parto pre termino.⁵

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son los Factores Clínicos vinculados con la presentación del parto pre termino en gestantes del servicio de Gineco Obstetricia del Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara en el año 2016.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Un recién nacido prematuro es aquel que nace antes de completar las 37 semanas de gestación, siendo la gestación una variable fisiológica fijada en 280 días, mas menos 15 días.

Como se sabe el parto pre término puede ser causada por múltiples factores. En la totalidad de los casos, no se conoce la causa idiopática (causa precipitante). En ocasiones, se halla una causa que podría ser evidente (gestación múltiple, poli hidramnios) que exprese la aparición de la dinámica. En algunas oportunidades, es posible reconocer focos infecciosos de otros lugares de organismo.⁷

La importancia de esta investigación está en el enorme problema que implica el nacimiento pre término para la Salud Pública. Corresponde tener en consideración que el parto pre termino representa el 75% de las muertes neonatales y entre un 20 a 40% de los prematuros que sobreviven muestran complicaciones, en la mayoría manifiestan secuelas múltiples, no solo en la etapa peri natal, igualmente en la niñez, adolescencia y vida adulta, infortunadamente la mayoría sobrevive con déficit motor, del conocimiento o conducta dado que con frecuencia se producen discapacidades neurológicas que tienen como secuelas dificultades físicas, esto contribuye perjudicialmente en su adaptabilidad a la sociedad y así como en la salud del recién nacido prematuro.^{8,9,28}

El parto prematuro además de ser un inconveniente Gineco Obstetra es también actualmente el mayor reto clínico en la Medicina Perinatal. Puesto que está relacionado con un índice elevado de morbimortalidad a corto y largo plazo en el recién nacido.¹⁰

El objetivo de esta investigación es identificar los factores de riesgo de forma precoz, reconocer la importancia de los principales factores desencadenantes del cese del embarazo y tener en cuenta que no solo existe un factor responsable en el nacimiento pre término, sino que es multifactorial. Así mismo en cada caso el resultado sería ventajoso y se reducirá la morbilidad y mortalidad neonatal. A la vez tratar de identificar patrones de mortalidad evitables, con el fin de priorizar intervenciones a corto plazo desde los servicios de salud, gracias a la información recolectada, para que así colaboren en la reducción de la tasa de mortalidad infantil, por medio de la prevención de dichos factores desencadenantes.

1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Determinar los Factores Clínicos asociados al Parto Pre termino en Gestantes del servicio de Gineco Obstetricia del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” en el año 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Evaluar como los antecedentes obstétricos como: el Número de controles pre natales, Numero de paridad y si los Antecedentes personales de nacimiento prematuro de la gestante están asociados al parto Pre Termino.

Identificar las patologías más frecuentes durante el embarazo en la gestante como: Pre Eclampsia, Diabetes gestacional, Infección de las vías Urinarias, Amenaza del parto Pre término, Anemia y Ruptura prematura de membranas como factor de riesgo clínico asociado para parto pre termino en gestantes.

Identificar los factores de riesgo socio demográficos de la gestante con parto pre término como: la Edad, Nivel de Instrucción y Estado Civil, asociado para parto pre término en gestantes.

1.6 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El lugar donde se planteó el problema de investigación fue en el servicio de Gineco Obstetricia del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”. El tiempo en que se realizara el presente estudio comprende el año 2016.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

INTERNACIONALES

Retureta S, Retureta M, León O, Rojas L, Álvarez M. en el año 2014 realizó una investigación descriptiva, “Caracterización del parto prematuro en el municipio Ciego de Ávila de Cuba”, el objetivo fue conocer la distribución, frecuencia y principales factores de riesgo que condicionan la aparición del parto pre termino en el municipio Ciego de Ávila, así mismo menciona en la misma que el parto pre termino constituye un problema de salud a nivel mundial, representando así el 75% de la morbilidad y mortalidad infantil neonatal; y donde además concluye que la frecuencia del mismo está por encima del 6% para los años de estudio, presentándose principalmente entre los 18 y 34 años; y el 72,1% del total de partos pre termino se presentó con una edad gestacional entre las 34 y 36 semanas; concluyendo que las principales causas determinadas fueron: Infecciones vaginales y Urinarias y los antecedentes de parto pre termino.¹¹

Margarita E. Ahumada-Barrios, Germán F. Alvarado. Factores de Riesgo de parto pre término en un hospital. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2750. El objetivo del presente estudio fue determinar los factores de riesgo de parto pre término. Realizó un estudio caso-control retrospectivo en 600 gestantes atendidas en un hospital, con 298 gestantes en el grupo de los casos (que tuvieron un recién nacido con parto pre término < 37 semanas) y en los controles 302 gestantes que tuvieron un recién nacido sin parto pre término. En los resultados se evidencia que entre los factores de riesgo asociados al parto pre termino son: actual embarazo gemelar (OR ajustado =2.4 ; p=0.02), Insuficiente control pre natal (< 6 controles) (OR ajustado =3.2 ; p<0.00), control pre natal nulo (OR ajustado =3.0 ; p<0.00), Antecedentes de parto pre termino (OR ajustado =1.9 ; p<0.00). Como conclusión, los antecedentes de parto pre término, la pre eclampsia, el haber tenido un insuficiente control pre natal y no tener ningún control pre natal están dentro de los factores de riesgo para el parto pre termino.¹²

Laughon SK, Albert PS, Leishear K, Mendola P. en el año 2014 realizaron un estudio de cohorte retrospectivo en Utah, Estados Unidos; “Consecutive Pregnancies Study: recurrent preterm delivery by subtype”, donde evaluaron el riesgo de recurrencia de parto pre término en mujeres que habían presentaron un parto pre término previo al embarazo actual. De las 3836 mujeres que tuvieron un parto pre término en el primer embarazo (7,6%), 1160 repitió en el segundo (30,7%). La tasa de recurrencia de un trabajo de parto pre término fue 31,6% para las mujeres con un parto pre término espontáneo previo y el 23 % de las mujeres con un parto pre término por indicación médica.¹³

Molina M. en el año 2013 realizo un estudio retrospectivo de corte transversal, “Prevalencia de parto pre término en pacientes con infección de vías urinarias en el área de Gineco-Obstetricia del hospital provincial general de Latacunga en el período junio 2011-junio 2012”, el objetivo fue determinar la relación existente entre la infección de vías urinarias y la prevalencia de parto pre término, y concluyo que la infección de vías urinarias es una patología asociada al parto pre término y se da primordialmente en embarazadas primigestas con edad gestacional entre 31-36,6 semanas y con edades entre 20-34 años de edad.¹⁴

Balladares Tapia Fabián Patricio y Chacón Jarama Valeria de los Ángeles realizaron un estudio de tipo transversal, retrospectivo, con el objetivo de determinar los factores de riesgo y la prevalencia del parto pre termino en pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el 2010 y 2014. Siendo el universo estudiado 301 casos de Parto pre término en el transcurso del 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2014. Tuvieron 301 casos. De 21 a 28 años la ocurrencia fue 38.5%. El parto prematuro moderado a tardío tuvo más frecuencia 67.4%. Así mismo los factores de riesgo estudiados, mostro anemia un 33.2%, manifestaron infección de las vías urinarias 39.5% y solo un 12.6% presento vaginosis bacteriana en el curso de la gestación.¹⁵

Jorge Emmanuel Acosta y colaboradores, realizó un estudio de tipo prospectivo, observacional, descriptivo. Realizado en la unidad de Ginecología y Obstetricia, en el servicio de Planificación Familiar, Hospital General de México en el año 2014, acerca de la Prevalencia de la Infección de las vías urinarias en pacientes hospitalizadas con parto pre termino. Mostro que 97%(35.6%) presentaron urocultivo positivo y de estas 32 (32.9%) concluyeron el embarazo por parto pre termino. Asi mismo hallo asociación entra una hemoglobina inferior de 11g/dl y infección de las vías urinarias.¹⁶

Vilchez Torres Ana Gabriela realiza un estudio de tipo caso- control investigando 80 mujeres con parto pre termino y 80 mujeres con parto a término, el objetivo de su investigación fue determinar cuáles son los principales factores de riesgo de parto pre termino en las mujeres atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense, desde el primero de julio del 2014 y el treinta de junio del 2015. Obteniendo como resultado un significativo incremento de parto pre termino en las mujeres que trabajan en contraste con las que no trabajan.

La edad, estado civil y procedencia no se vincularon con la presentación del parto pre término; además, se observó un aumento del riesgo no significativo en las edades extremas. Así mismo en cuanto a los antecedentes Gineco Obstétricos no patológicos, no se vinculó ninguno de forma significativa a un aumento del riesgo de parto pre término; la multiparidad también se vinculó a un no significativo aumento.¹⁷

En cuanto a los antecedentes patológicos Gineco Obstétricos y no Gineco Obstétricos, los antecedentes familiares como la hipertensión, diabetes gestacional, cardiopatías y los antecedentes personales de hipertensión, síndrome hipertensivo gestacional, anterior muerte peri natal, diabetes inducida en el embarazo y el aborto como antecedente previo, aumentaron en forma significativa la presencia de parto pre termino en las pacientes en estudio. Así mismo en cuanto a los controles pre natales se obtuvo que el número de controles inadecuado y un inadecuado índice de masa corporal se vinculan a un aumento de

riesgo de presentar parto pre término en las pacientes en estudio. La asociación de los factores maternos con el embarazo actual que se vincularon a un aumento significativo en la presentación del parto pre termino son: el embarazo múltiple, síndrome hipertensivo gestacional, amenaza de parto pre término, infección de las vías urinarias y ruptura prematura de membranas. Llegándose a la conclusión que el parto prematuro en esta población de estudio tiene asociación de muchos factores de riesgo y que la mayoría de estos tienen carácter modificable o prevenible.¹⁷

Javier Alexander Rivera Salas realizo un estudio de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo, en el cual se estudiaron a 64 pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Vicente de Paul, durante el periodo diciembre 2015 – Agosto 2016. Con el objetivo determinar los principales factores maternos y fetales en el parto pre término. Se determinó que la causas más frecuente de parto pre término con un 64.1% fueron la falta de controles prenatales, el periodo intergenésico también cumple un papel importantísimo con el 37.5%, así mismo se encontró que el 76.6% de las pacientes tuvieron menos de tres factores asociados al parto pre término, en lo concerniente a los factores fetales tenemos a la ruptura prematura de membranas la cual significo un 26.6. Concluyendo que el factor materno más importante que interviene en el parto pre término es la falta de controles prenatales.¹⁸

Un estudio hecho por la Dra. Couto Nunez Dayana y colaboradores en el hospital General Docente “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso”, Cuba en el año 2014. Realizaron un estudio transversal de tipo descriptivo. Dónde se estableció que entre las causas de morbilidad destaco la prematuridad. La prevalencia de la mortalidad de los neonatos con prematuridad moderada en la serie fue de 63.6%. Siendo la enfermedad hipertensiva la que represento la primera causa de presentación, luego el síndrome de respuesta inflamatoria fetal.¹⁹

Smid MC , Lee JH , Grant JH , Miles G, Stoddard GJ, et al: Raza materna y recurrencia intergeneracional de nacimientos prematuros. 2017. El parto prematuro es un trastorno complejo con un componente genético hereditario. Los estudios de mujeres blancas sobre todo pre término muestran que tienen un mayor riesgo de parto prematuro. EL objetivo de este estudio fue evaluar y comparar el riesgo intergeneracional de parto prematuro entre las madres no hispanas blancas y negras. Este fue un estudio de cohortes retrospectivo basado en la población, utilizando el Archivo de Nacimiento Vinculado Intergeneracional de Virginia. Se incluyó a todas las madres blancas no hispanas de raza negra y no hispana nacidas en Virginia entre 1960 y 1996 que entregaron su primer recién nacido, no-anómalo, singleton ≥ 20 semanas entre 2005 y 2009. Se evaluó la distribución general de la edad gestacional entre las madres blancas y negras nacidas a término y pre término (<37 semanas) y sus recién nacidos a término y pre término

(<37 semanas) utilizando la regresión de Cox y las funciones supervivientes de Kaplan-Meier. Las madres fueron agrupadas por edad gestacional materna al parto (término, ≥ 37 semanas completas, parto prematuro tardío, 34-36 semanas y parto pre término temprano, <34 semanas). Los resultados primarios fueron: (1) parto prematuro entre todos los nacimientos elegibles; Y (2) sospecha de parto prematuro espontáneo entre nacimientos de mujeres con complicaciones médicas (p. Ej., Diabetes, hipertensión, pre eclampsia y, por lo tanto, mayor riesgo de parto prematuro médicamente indicado). Se utilizó una regresión logística multivariable para estimar las probabilidades de nacimiento prematuro y prematuro espontáneo por raza materna y edad gestacional materna después de ajustar los factores de confusión, incluyendo la educación materna, la edad materna, el tabaquismo, el consumo de drogas / alcohol y el género infantil. Y se obtuvo como resultado que de 173.822 partos capturados en la cohorte de nacimientos intergeneracionales, 71.676 (41,2%) mujeres cumplieron con los criterios de inclusión para este estudio. De la cohorte entera, el 30.0% (n = 21.467) eran negros no hispanos y el 70.0% eran madres blancas no hispanas.

En comparación con las madres blancas no hispanas, las madres negras no hispanas tenían más probabilidades de haber nacido prematuros tardíos (6,8% vs 3,7%) o pre término temprano (2,8 frente al 1,0%), $p < 0,001$.

Las madres blancas no hispanas que nacieron prematuramente (temprano o tarde) no tuvieron mayor riesgo de parto pre término temprano o tardío en comparación con las madres blancas no hispanas nacidas a término. El riesgo de parto pre término temprano fue más pronunciado para las madres negras que nacieron pre término temprano (odds ratio ajustado, 3,26, intervalo de confianza del 95%, 1,77-6,02) en comparación con las madres blancas no hispanas. En conclusión se encontró un efecto intergeneracional del nacimiento prematuro entre las madres negras no hispanas pero no las madres blancas no hispanas. Las madres negras nacidas <34 semanas tienen el mayor riesgo de entregar a su primer hijo muy prematuro.²⁰

L.R.Lucio Gonzales y colaboradores en Asturias – España en el año 2015. Realizo un estudio analítico tipo casos y controles donde analizo si el parto pre termino se presentaba con una elevada incidencia de infecciones del tracto urinario. Obteniendo por resultado que en un 50% las gestantes presentaban ITU, los recién nacidos Pre términos tenían complicaciones perinatales mayores (83.3%). Llego a la conclusión que la elevada incidencia de infección del tracto urinario es un factor de riesgo para el parto pre termino.²¹

NACIONALES

Alcázar L, en el año 2012 realizó un estudio correlacional, “Impacto económico de la anemia en el Perú”, que se caracteriza por utilizar datos agregados a nivel macro y la exposición al riesgo de anemia de las poblaciones pertinentes para cada grupo con el fin de extrapolar el costo de la anemia a nivel nacional para poder ajustar mejor las estimaciones a la economía y condiciones del Perú; en donde además se incorporan algunos parámetros nacionales y se resalta la prevalencia de la anemia entre las mujeres en edad fértil y en especial entre las gestantes que pone en riesgo la salud del niño y de la madre, pues la anemia está directamente relacionada con la precocidad del parto.²²

David René Rodríguez Díaz, Víctor Morales Castañeda, Randy Escudero Farro, Danitza Arévalo García, Lizbeth Cabrera Rojas. Factores de riesgo maternos asociados a parto pre término: un estudio multicéntrico. Trujillo metropolitano, 2011 – 2013 El objetivo de este estudio es determinar los factores de riesgo maternos asociados al parto pre término, el cual acontece entre las 20 y 37 semanas de gestación. Usaron un diseño retrospectivo, de casos y controles, de 70 pacientes por grupo (pre término y a término), evaluaron las variables mediante la prueba de test exacto de Fisher cuando las frecuencias esperadas fueron menores de 5, consideraron una asociación estadística a un valor $p < 0,05$ y un intervalo de confianza del 95%. Obtuvieron como resultado respecto al desarrollo de parto pre término con el antecedente de parto pre término ($p = 0,0048$; OR = 7,0345), control prenatal inadecuado ($p = 0,0038$; OR = 4,8889), desprendimiento prematuro de placenta ($p = 0,0014$; OR = 8,5), vaginosis bacteriana ($p = 0,0003$; OR = 4,0702) e infección de vías urinarias ($p = 0,0020$; OR = 2,9688). Llegando a la conclusión que el antecedente de parto pre término, infección de vías urinarias, control prenatal inadecuado, vaginosis bacteriana y el desprendimiento prematuro de placenta, son factores de riesgos asociados al desarrollo de parto pretérmino.²³

Karina Huaroto Palomino et.al. Realiza un estudio con el objetivo de determinar los Factores de Riesgo Maternos, Obstétricos y Neonatales vinculados al parto pre termino en el Hospital Regional de Ica en el año 2012. Fue un estudio retrospectivo, observacional, analítico tipo casos y controles. Su universo de estudio fue 107 pacientes, 31(casos) con diagnóstico de parto pre termino y 76(controles) con diagnóstico de parto a término. Obtuvo como resultado que las madres adolescentes presentaron partos pre términos en un 23%, < de 19 años fue la edad materna extrema en el estudio y presento 76.7%; mientras que un 20.5% corresponde al estado civil casada, el 84.1% presento un bajo peso al nacer, nuliparidad, bajo grado de instrucción, infecciones urinarias y vaginosis bacteriana.

Concluyó que como factores de riesgo maternos son: edad materna extrema, madre adolescente, procedencia rural y bajo nivel de instrucción, por otra parte como antecedentes patológicos: la infección urinaria; y como factores de riesgo neonatales la gemelaridad y el bajo peso al nacer.²⁴

Guillen Guevara Juan José en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en el periodo comprendido desde enero a junio del 2014, realiza un estudio tipo retrospectivo, descriptivo y de corte transversal con el objetivo de determinar los factores de riesgo maternos asociados al parto pre termino. Teniendo en cuenta que la media de la edad de los casos fue de 28.7+/- 7.2 años y de los controles de 26.5 +/- 5.6 años, y la menor edad presentada fue de 15 años y la mayor de 40 años. Se evidencio una elevada frecuencia en las pacientes mayores de 35 años de los casos, existiendo una relación significativamente estadística. En su totalidad los controles presentaron una mayor edad gestacional a las 37 semanas y en los casos se evidencio una elevada frecuencia entre las 35 a 37 semanas de edad gestacional. Así mismo las patologías maternas infecciosas de mayor presentación son la vulvovaginitis (32%), infecciones urinarias (28%). Concluyéndose que entre los factores maternos infecciosos vinculados al parto pre término se encuentran la corio amnionitis, vulvovaginitis e infección de las vías urinarias. Y la diabetes gestacional como un factor materno metabólico vinculado al parto pretermino.²⁵

Taboada Ramírez Raúl C. realiza una investigación sobre los factores de riesgo asociados al parto pre término en el hospital de Loreto durante el año 2013, es un estudio tipo analítico de casos y controles. Observando que las gestantes con parto pre termino tenían entre 19 a 35 años en un 49.3%; se encontraban en convivencia un 72%, Nivel de estudio secundario un 49.3%, presentaban infección del tracto urinario en 46.7% y un 36% presento ruptura prematura de membranas, así mismo un 40 % presentaban un anterior parto pre termino. Concluyo que todo tenía repercusión a nivel de la morbilidad y mortalidad neonatal.²⁶

María Abigail, Aparcana Valdivia en el Hospital María Auxiliadora en el distrito de San Juan de Miraflores en el año 2013, realiza un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal con el objetivo de delimitar los factores de riesgo asociados al parto pre término. Obtuvo como resultado que un 40% de las gestantes son añosas, tuvieron un inadecuado control pre natal en un 31%, presentaron abortos en sus embarazos anteriores en un 35%, mientras que presentaron amenaza de parto pre término en su actual gestación en un 30%; en cuanto al factor de riesgo materno se evidencio que las gestantes que tuvieron anemia fueron el 43%, la presencia de enfermedad hipertensiva del embarazo fue el 39%, tuvo infección del tracto urinario un 34%; mientras que como factor de riesgo fetal un 8% de los recién nacidos presentaron retardo del crecimiento intra uterino de los recién nacidos y como factor de riesgo placentario el 31%presento ruptura prematura de membranas. Concluyo que en el Hospital María Auxiliadora son factores de riesgo para parto pre término: gestante añosa, control pre natal inadecuado, enfermedad hipertensiva del embarazo, infección de las vías urinarias, anemia, antecedente de aborto.²⁷

Saavedra Casternoque , Hitler en el hospital II- 1 de Yurimaguas –Loreto durante el periodo de julio a diciembre del 2014 realiza un estudio cuantitativo de diseño analítico tipo caso control con el objetico de determinar los factores asociados a la prematuridad .El universo de estudio fueron 98 madres con recién nacidos pre maturos nacidos en el Hospital II-1 de Yurimaguas- Loreto. Obtuvo como resultado que en un 74.5%(20 a 34 años) fueron madres con recién nacidos prematuros, 43.6% vienen de zonas urbano marginales mientras que un 40% son de las zonas urbanas , 76.4% se encuentran en convivencia, el 78.2% tiene grado de estudios secundarios, el 7.3%presento antecedentes de prematuridad, el 49.1% son primigestas y el 61.8% tienen menos de 6 controles pre natales. Así mismo el 61.8% presentaron morbilidad en el embarazo; se obtuvo como resultado que en primer lugar se encontró la anemia con 38.2%, segundo lugar la infección de las vías urinarias con 21.8%, seguida de la hipertensión inducida durante el embarazo con 14.5% y la pre eclampsia con 9.1%.En las madres con inadecuado control pre natal se evidenció un OR de 2.43(p= 00) para la presentación de recién nacidos

prematuros , las que tienen controles de 6 a más tienen un OR protector (0.41). Para tener un recién nacido prematuro las madres con morbilidades durante la gestación tiene un OR de 1.94 ($p=0.04$), en donde la pre eclampsia tiene un OR de 5.4 ($p=0.02$) y la hipertensión inducida por el embarazo OR de 4.51($p=0.01$) son factores de riesgo la para presentar parto prematuro. Las madres que presentaron una elevada frecuencia de recién nacidos prematuros fueron: Menores de 20 años (52.9%), casadas (38.5%), grado de instrucción primaria y antecedente de prematuridad (66.7%), nuliparidad (52.2%). Mientras que las madres que presentaron anemia, infección de las vías urinarias no se encontró relación estadística con la pre maturidad.²⁸

Panta Fernando Carpio en el Hospital Regional de Lambayeque durante el año 2013 realiza un estudio retrospectivo, transversal, de casos y controles con el objetivo de determinar los factores de riesgo maternos asociados al desarrollo e parto pre termino. En el cual analiza dos grupos: Un grupo de casos constituido por 35 partos pre término y otro grupo control constituido por 35 partos a término. Obtuvo como resultado que el desprendimiento prematuro de placenta (OR8.5; $p=0.02$), antecedente de parto pre termino (OR 7.3; $p=0.04$), control pre natal <6(OR 4.8; $p=0.04$), vaginosis bacteriana (OR4.0; $p=0.01$), infección de las vías urinarias (OR 2.97; $p=2.97$) se vincularon con la presentación del parto pre término. Llegando a la conclusión que el desprendimiento prematuro de placenta, antecedente de parto pre término, el control pre natal inadecuado, vaginosis bacteriana y la infección de las vías urinarias son factores de riesgo para el parto pre término.

Zatta Cóndor Julio Edgar y Sam Fernández David realizaron una investigación de diseño no experimental tipo retrospectivo comparativo de casos y controles en 71 pacientes cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo del parto pre termino en las gestantes adolescentes. Obtuvieron como resultado que los antecedentes obstétricos vinculados al parto pre termino son: tener más de una pareja sexual (OR =6,7), no tener control pre natal(OR= 11), actual embarazo múltiple (OR=2,1), cesárea como antecedente(OR= 2,9) y la multiparidad(OR= 12,4).

Entre las patologías vinculadas con mayor frecuencia al parto pre termino son: la ruptura prematura de membranas (32,3%), pre eclampsia(28,0%) y la infección de las vías urinarias(18,3%).Así mismo en las más usuales dentro el parto pre termino son: la pre eclampsia(32,3%) seguida de las infecciones de las vías urinarias (15,7%) y la rotura prematura de membranas (10,7%).También menciona la anemia tiene una asociación significativa($p < 0.05$) con el parto pre término. Llegando a la conclusión que en el parto pre término los factores de riesgo asociados son no tener un control pre natal, tener más de una pareja sexual, ser múltipara, ruptura prematura de membranas, anemia moderada, infección de las vías urinarias y la pre eclampsia.³⁰

2.2 BASE TEÓRICA

EPIDEMIOLOGÍA

Los recién nacidos antes de llegar a término en el mundo son aproximadamente 15 millones que nacen cada año, así mismo como resultado del parto pre termino son más de 1 en diez nacimientos. Es primordial destacar que los recién nacidos prematuros que mueren todos los años son por complicaciones durante el parto siendo más de un millón. La prematuridad en el mundo, en los niños menores de 5 años es la principal causa de mortalidad. Están aumentando las tasas de nacimientos de recién nacidos pre termino en la mayoría de los países que poseen de datos confiables al respecto.³⁴ La presentación en el 5- 10 % de los embarazos en donde el 20% de las embarazadas con diagnóstico de trabajo de parto pre termino finalizan en parto pre termino desencadenando en el recién nacido una mortalidad de 75- 80% y daños neurológicos en un 50%.³⁵

DEFINICIÓN

La revista médica JAMA (Journal of the American Medical Association) y el Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) definen el parto pre término como aquel parto que se produce antes de 37 0/7 semanas de gestación.^{31,32}

Así mismo la Organización Mundial de la Salud (OMS) precisa como parto pre término como aquel que se presenta antes de las 37 semanas de gestación o inferior a los 259 días, a partir de la fecha de última menstruación. El límite inferior de edad gestacional que establece el límite entre parto pre término y aborto es de acuerdo a la OMS, 22 semanas de gestación o 500 gramos de peso.³³

La dinámica Uterina se refiere a la presencia de cuatro o más contracciones que sean dolorosas, palpables en 20 minutos y que duren al menos 30 segundos.³⁶

La ecografía mide la modificación cervical, si la longitud cervical es \leq a 25 mm se considera acortado, o por la modificación que es el borramiento cervical mayor al 75% y dilatación mayor de 2 cm (Test de Bishop).³⁶

CLASIFICACIÓN

En el parto pre término los subtipos se describen de forma variable. La OMS divide por la edad gestacional a los niños nacidos de partos pre términos en:

Prematuros Extremos: Nacen con menos de 28 semanas de edad gestacional.

Muy Prematuros: Nacen con 28 a <32 semanas de edad gestacional.

Prematuros Moderados a Tardíos: Nacen con 32 a < 37 semanas de edad gestacional.

FACTORES DE RIESGO

ANTECEDENTES

CONTROL PRE NATAL:

Su influencia es predominante en la evolución perinatal del producto, debido a que presentan niños más gravemente prematuros las madres con un control pre natal insuficiente o sin control pre natal en comparación de las que tienen un control pre natal eficiente mínimo.²⁶

NUMERO DE PARIDAD:

Es el número de partos que una mujer tuvo, sea por parto eutócico o distócico y que peso \geq a 500gr, o que presento una gestación de más de 20 semanas. Y es subdividido en Nulíparas: cuando no tuvo ni un parto, Primíparas: cuando tuvo solo un parto, Multípara: Es aquella que presentó \geq a 2 partos y Gran Multípara: cuando tuvo \geq a 5 partos.²⁸

EMBARAZO GEMELAR:

Clásicamente describen la frecuencia de uno en ochenta para los gemelares dobles y uno en 6.400 para los triples. En los últimos 30 años la frecuencia ha ido aumentando aproximadamente en 70%, llegando a presentarse a 32.1 por cada 1,000 embarazos. Este incremento es explicado por el aumento en la edad materna para los embarazos gemelares dicigóticos así como por la reproducción asistida.

En el embarazo gemelar es riesgo asociado no es dependiente de la cigocidad si no de su corionicidad. Así tenemos que en los embarazos dobles, son dicigotos los dos tercios y monocigotos es solo un tercio. Desde la perspectiva obstétrica es primordial precisar que el número de placentas (corionicidad) o el número de sacos amnióticos (número de sacos amnióticos). Todas las gestaciones bicoriales son bicigóticas. En los embarazos monocoriales la corionicidad va a depender del instante en el que el huevo se divide. El embarazo será biamniótico y bicorial, si esta división es hasta el tercer día post concepción, y será una gestación biamniótica y bicorial cuando esta sucede entre el tercer a noveno día. Así mismo

será mono amniótico y monocorial si acontece desde el noveno a treceavo día. Sera mono amniótico, monocorial y con fusión de fetos (siameses) si ocurre posterior al noveno a treceavo día.³⁷

En la gestación gemelar hay un aumento considerable de parto prematuro, reflejando que un 50% de los nacimientos es inferior a las treinta y siete semanas y un 10% ocurre antes de las treinta y dos semanas .El número de fetos suele estar relacionado directamente, por lo que en un embarazo triple la frecuencia de parto prematuro es aún mayor(30% inferior a las treinta y dos semanas).No han mostrado ser de utilidad en cuanto a la prevención del parto prematuro, el reposo en cama, toco líticos orales de mantención y el cerclaje.³⁸

FACTORES PATOLÓGICOS

La Pre Eclampsia se determina con la presencia de proteinuria e hipertensión posterior a las 20 semanas de gestación. En ocasiones puede estar acompañada de edemas pero la presencia de estos no es necesaria para su diagnóstico. Es una patología propia y característica de la gestación en la que los síntomas son tratables y la finalización es la cura del mismo, el no recibir un tratamiento adecuado puede llevar a complicaciones graves para el feto como para la mujer gestante.³⁹

Puede estar acompañada en el feto con insuficiencia placentaria y esta se refleja por la restricción o enlentecimiento del crecimiento intrauterino (RCIU), pudiendo ocasionar la muerte fetal. Si es que no lo hizo antes la situación materna, es usual que la situación del feto, exija a culminar antes de término el embarazo.³⁹

La Pre Eclampsia en su etiopatogenia se define como un estado de generalizada vasoconstricción que es secundario a una inadecuada función del epitelio vascular, caso contrario ocurre con un embarazo normal donde la vasodilatación es propia. Esto se vincula a una isquemia placentaria previa a la aparición de la clínica, entonces para el endotelio vascular esto parece ser uno de los orígenes de los factores tóxicos.

Esta isquemia puede ser causada por una insuficiente placentación en el cual las células trofoblásticas no realizan el habitual reemplazo de las arterias espirales en la capa muscular, y todo esto lleva a una estable vasodilatación que posibilita la elevación de sangre varias veces garantizando a la unidad feto placentaria este correcto aporte de sangre.³⁹

Se establece el diagnóstico cuando se evidencia una presión arterial $\geq 140/90$ y una proteinuria de $\geq 300\text{mg}/24$ horas, posterior a las veinte semanas en una embarazada previamente sana, con la presencia o no de edemas. La hipertensión y la elevación de la proteinuria en una gestante con patología renal o hipertensión previa es llamada Pre Eclampsia sobre agregada y es similar el manejo clínico.

Se considera Pre Eclampsia grave e un gestante previamente sana, si los valores de la presión arterial sistólica o diastólica son superiores a 160 y/o 110 respectivamente, además si la proteinuria supera los valores de $2\text{g}/24\text{hrs}$; o presenta signos de afección en el sistema nervioso central (cefalea, hiperreflexia, alteración en la visión), Síndrome de HELLP(hemólisis, enzimas hepáticas elevadas, disminución de las plaquetas), insuficiencia cardíaca (edema agudo de pulmón), epigastralgia, o una creatinina mayor a $1.2\text{mg}/\text{dl}$ (insuficiencia renal) o de insuficiencia cardíaca(edema pulmonar agudo).³⁹

DIABETES GESTACIONAL:

Con o sin retardo del crecimiento intrauterino, con o sin desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, con evidencia histopatológica placentaria inespecífica vinculada como: inmadurez de las vellosidades, retardo en la maduración de las vellosidades, edema en las vellosidades, infarto de las vellosidades, hematoma retro placentario o hemorragia sub corionica.⁴⁰

INFECCION DEL TRACTO URINARIO:

El embarazo es el más importante factor de riesgo de las infecciones del tracto urinario. Durante el desarrollo del embarazo mostraron una infección del tracto urinario bajo el 5 a 10% de las gestantes. En cuanto a las gestantes con ingresos Hospitalarios un 10% son por infecciones del tracto urinario. Así mismo es un factor de riesgo para pielonefritis, bajo peso al nacer y parto pre termino la bacteriuria sintomática no tratada.⁴¹

Se define como Infección del tracto Urinario, cuando en las vías urinarias la existencia de bacterias son capaces de producir alteraciones funcionales y/o morfológicas. Debe existir en el cultivo de orina una bacteriuria significativa (>100.000 unidades formadoras de colonias /ml de un solo uro patógeno) en la recolección de orina por micción espontánea, o >1.000 unidades formadoras de colonias /ml si la recolección orina es sonda vesical o cualquier cantidad si la recolección es por punción supra púbica. En el transcurso de la gestación se considera una bacteriuria asintomática con solo un uro cultivo positivo.⁴¹

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS:

Se describe como espontanea cuando antes del comienzo del trabajo de parto sucede la ruptura. Se trata de una ruptura prematura pre termino de membranas ovulares si esta ruptura se da antes de las treinta siete semanas del embarazo. Las causas de dicha ruptura varían con la edad gestacional y se deben a múltiples causas.⁴²

Es primordial tener en cuenta el tiempo transcurrido entre el nacimiento del niño y la ruptura prematura de membranas, debido a la solución de continuidad que las membranas representan como una barrera protectora de feto la cual evita ascender a los microorganismos a la cavidad uterina, pudiendo causar infección fetal y corio amnionitis aspiración pulmonar del líquido amniótico, ingestión o por vía hematogena. Debido a esto se desencadena el trabajo de parto, por las proteasas bacterianas o por el proceso inflamatorio de las membranas, haciendo que estas se rompan. Entonces cuando el retraso del nacimiento es más de diez y ocho horas es mayor el riesgo de infección.⁴²

DESPREDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA:

El desprendimiento prematuro de placenta por metrorragia del embarazo así como el embarazo múltiple, son importantes factores de riesgo. Así mismo el desprendimiento prematuro de placenta no asociado con sangrado, se ha vinculado significativamente al parto pre término. Se considera al desprendimiento prematuro de placenta (DPP) como una patología obstétrica la cual se incluye dentro del grupo de las hemorragias del 3° trimestre del embarazo. El desprendimiento prematuro de placenta tiene una incidencia de 0.52 a 1.29% en los nacimientos. En nuestro territorio (nacional), aproximadamente la incidencia del DPP es de 1/300 de las gestaciones, pero oscila sustancialmente según la población y los criterios diagnósticos utilizados.²⁶

AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO:

Esto comprende el comienzo de los dolores del parto previo a las 37 semanas, puede que conlleve o no a un parto prematuro. Si esto sucede previo a las veinte semanas estaremos ante la existencia de una amenaza de aborto o aborto; y esta circunstancia es muy distinta al parto prematuro.²⁶

ANEMIA:

De acuerdo a la definición de la OMS se comprende por anemia cuando los valores de hemoglobina son \leq de 11g/dl durante la gestación. Es uno de los problemas de salud pública más graves a nivel mundial por lo que, en el mundo es una de las principales causas de discapacidad. Durante la gestación la prevalencia de la anemia varía considerablemente de acuerdo a los estilos de vida, desigualdad en las características socio económicas y el comportamiento en cuanto a la búsqueda de salud en las distintas culturas. En el mundo casi la mitad de todas las gestantes suelen ser afectadas por anemia. La deficiencia nutricional es la primera causa de anemia ferropénica que afecta a todas las gestantes. Esta descrito que las gestantes con anemia ferropénica presentan con una frecuencia significativamente mayor niños con bajo peso al nacer o prematuros.³⁰

Dentro de los primordiales factores de riesgo para presentar anemia ferropénica se encuentran: tener un bajo aporte de hierro, síndrome de mala absorción, necesidades de hierro que son especialmente altas durante algunos periodos de vida y los distintos grados de pérdidas sanguíneas crónicas.

FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS:

Edad Materna:

Es importante considerar cuando la gestación se da en los extremos de edad reproductiva son causa de patologías perinatales la gestación como el parto. Puesto que es un factor alarmante para el personal asistencial. Con el paso del tiempo los intervalos del límite de edad han variado, muchos son los autores que consideran una edad materna <20 o >34 años como factor vinculado, además en

esta población hay estudios que muestran que la incidencia de parto pre término es de 8.9.⁴³ Es primordial conocer que en el Perú las mujeres <15 años y >34 años se consideran en riesgo. En la mujer muy joven la tasa del parto pre término se incrementa y se correlaciona con la existencia de un inadecuado desarrollo del útero o ser primigesta.

ESTADO CIVIL SOLTERA:

Es una circunstancia a menudo asociada al parto pre término la gestante con un estado civil de soltera.²⁶

GRADO de INSTRUCCIÓN:

Un nivel bajo cultural está vinculado con un bajo nivel económico y son dependientes el uno del otro, y ambos están asociados con el parto pre término.

EVALUACIÓN CLÍNICA:

Para realizar el diagnóstico del Parto Pre término es preciso constatar la aparición de los siguientes parámetros, entre las semanas 20^a y 37^a de gestación, e independientemente de la integridad o no de las membranas.

Contracciones uterinas: debe tenerse en cuenta la posibilidad de parto pre término en todas las mujeres que presenten síntomas de hiperactividad uterina, al menos cuatro contracciones en 20 minutos, u ocho en 60 minutos, antes de la semana 37^a, las cuales se pueden manifestar como contracciones dolorosas o indoloras, presión pélvica, dolor lumbar, sangrado vaginal, entre otras.¹⁰

Cambios en el cérvix:

Para el diagnóstico del parto pre termino durante el examen físico la modificación cervical usualmente es un examen de referencia el cual se vincula al parto pre termino, la presencia de un borramiento mayor al 80% y/o una dilatación cervical mayor a 2cm. Son subjetivos e inexactos durante el examen clínico del cérvix, por tanto su práctica entre los examinadores se limita. Por lo que existen otros tipos de exámenes más específicos y sensibles que la han sustituido en la actualidad. De por medio está el ultrasonido vaginal por cervicometria que frente al examen digital ha demostrado ventaja.^{10,45} A través de lo que se visualice en el ultrasonido vaginal del cuello uterino nos permitirá comprender la mayor parte de las modificaciones que se dan durante un embarazo normal, y prever quienes tendrán un elevado riesgo de labor de parto pre termino y parto prematuro.

En mujeres sin síntomas esta inversamente relacionada la longitud del cérvix con el riesgo del parto pre termino y el valor predictivo positivo de un cuello corto de 15mm es más elevado para los prematuros extremos. Por ultrasonido trans vaginal la medición del cuello uterino tiene un elevado valor predictivo negativo si posterior a las 24 semanas del embarazo es mayor la longitud a 3cm.⁴⁵

DIAGNÓSTICO

Longitud cervical y Ecografía trans vaginal:

Se efectúa entre las 20 y 34 semanas del embarazo, como adición a la evaluación cervical en lo posible, si la modificación cervical es dudosa o si no es franca la

contractilidad. Se vincula con un relativo riesgo de parto prematuro en 4.8% la longitud cervical inferior a 25mm. Destaca como valor predictivo negativo una longitud superior a 30mm y con una longitud cervical inferior a 18mm nos da un valor predictivo positivo mayor. Por tanto, la existencia de contracciones con una longitud cervical de 25mm, más la presencia de las características antes mencionadas nos dan el diagnóstico de amenaza de parto pre término. Independientemente de la frecuencia de contracciones cuando es mayor la longitud cervical es muy baja la posibilidad de amenaza de parto pre término.¹⁰

Prueba de Fibronectina Fetal:

En el trofoblasto adyacente al espacio intervelloso, la membrana coriónica se localiza en la decidua basal y es la que produce un glicoproteína denominada fibronectina fetal. La principal función de la fibronectina fetal al parecer es el de una molécula de adhesión con la decidua materna contigua lo cual sirve de unión entre las membranas coriónicas. En la secreción cérvico vaginal, suele hallarse normalmente, en las primeras veinte dos semanas del embarazo. Entre las 24 y 34 semanas de embarazo no deberán encontrarse en las secreciones vaginales, excepto cuando hay una dilatación prematura y borramiento del cuello. A menudo se vinculan con síntomas de contracciones uterinas. Un resultado no reactivo asegura en más del 95% las posibilidades de que no habrá un parto pre término en los siguientes catorce días por lo que la gestante puede seguir con sus actividades sin tener necesariamente un tratamiento o procedimiento.^{10,45}

TRATAMIENTO

Medida General:

Se ha evidenciado que la hidratación y el reposo en cama no disminuyen la presencia del parto pre término, por tanto aconsejarlo de forma rutinaria no es adecuado.¹⁰

Progesterona:

En gestantes con antecedentes de parto pre término se puede utilizar como prevención del mismo. La principal función se da durante la quiescencia uterina a través del bloqueo de los efectos pro inflamatorios de los estrógenos. Es preferible usar la vía vaginal, debiéndose iniciar entre las semanas 16 a 24 del embarazo. Se ha evidenciado que con el uso de la progesterona las tasas del parto pre término han disminuido en un estimado del 45% en aquellas gestantes que presentan cuello corto.³⁵

Toco líticos:

Su uso no se encuentra vinculado a una reducción de la morbilidad neonatal y mortalidad perinatal. Está indicado primordialmente para las embarazadas que cursan con amenaza de parto pre término para llegar a prolongar el parto, al menos por 48 horas. Lo que permite que los glucocorticoides antenatales tengan un efecto máximo lo cual reducirá la morbilidad en los nacidos prematuros. Para el manejo del parto pre término aún no se ha descrito un toco lítico de primera elección. Por lo tanto la preferencia, experiencia y circunstancias clínicas, del médico darán el tratamiento.

Para el uso en la amenaza del Parto Pre término los tocolíticos empleados son: Sulfato de magnesio, agonistas de los receptores beta adrenérgicos (Terbutalina), antagonistas de calcio, inhibidores de los receptores de oxitocina (Atosiban) y los anti inflamatorios no esteroideos (AINES).

La recomendación por el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia es de preferencia los antagonistas de calcio; el Nifedipino por presentar menos efectos adversos es el más usado, y los agonistas adrenérgicos beta y los AINES. Además, la Indometacina y el Atosiban, son los que presentan menos efectos colaterales y deben emplearse durante no más de 48 horas y antes de completar la semana 32 del embarazo, por lo que en la mayoría de los casos son la primera línea de tratamiento. La tocolisis tiene como contra indicación: Malformaciones congénitas o cromosomias letales, eclampsia y pre eclampsia, avanzada dilatación cervical, sangrado materno con inestabilidad hemodinámica, abrupto e insuficiencia placentaria.⁴⁷

2.3 DEFINICIONES CONCEPTUALES

Edad Materna: Es la edad completa de la embarazada durante el estudio.

Grado de Estudios: Ninguno, primaria, secundaria, superior.

Edad Gestacional: Edad en semanas del embarazo hasta el momento del parto.

Estado Civil: Soltera, casada o conviviente.

Patologías Asociadas: Comprende las enfermedades que agravan el embarazo como son: Placenta previa o con baja implantación, Pre eclampsia, ruptura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta, infección de las vías urinarias y las hemorragias obstétricas.

CAPITULO III : HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPOTESIS

HIPOTESIS ALTERNA:

Los “Factores de riesgo clínico están asociados al parto pre termino en gestantes del servicio de Gíneco Obstetricia del Centro Medico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara en el año 2016”

HIPOTESIS NULA:

Los “Factores de riesgo clínica no están asociados al Parto Pre termino en gestantes del servicio de Gíneco Obstetricia del Centro Medico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara en el año 2016”

HIPOTESIS ESPECÍFICA:

Los factores de riesgo obstétricos están asociados a gestantes con parto pre término.

Las enfermedades concomitantes están asociadas a las gestantes con parto pre término

Los factores de riesgo epidemiológicos están asociados a las gestantes con parto pre término.

3.2 VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES

Amenaza de Parto Pre termino

VARIABLES INDEPENDIENTES

Edad Materna

Estado civil

Grado de Estudios

Edad Gestacional

Infección de tracto Urinario

Ruptura Prematura de Membranas

Hemorragia del Segundo Trimestre

Pre Eclampsia

Embarazo Gemelar

CAPITULO IV. METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se desarrolló un estudio de tipo observacional, retrospectivo, analítico tipo caso control.

4.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Observacional: Debido a que el investigador se limita y no interviene solo mide para el estudio las variables necesarias.

Retrospectivo: Ya que el parto pre término es la variable dependiente que se analizara en la investigación y después de ser presentada en las pacientes se tomara en cuenta así como a través de la historia clínica perinatal de la base de datos estos serán recolectados.

Analítico Correlacional: Porque se estudiara y analizara la asociación entre la variable DEPENDIENTE (Parto pre termino) e INEPENDIENTE (estado civil, grupo etario, grado de instrucción, antecedentes obstétricos, embarazo múltiple y las más frecuentes patologías durante la gestación).

Caso Control: Debido a que para poder comparar a la población de estudio esta será dividida en dos grupos. El primer grupo estará constituido por madres con parto pre termino (Variable dependiente del estudio) y el segundo está constituido por madres con parto a término de este modo se podrá evaluar el dominio de las independientes acerca de la variable dependiente.

METODO DE INVESTIGACIÓN:

Metodología cuantitativa y con la aplicación de una ficha de recolección de datos.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

Constituido por las gestantes con edad gestacional entre las 22 a 37 semanas que acudieron para la atención de parto al servicio de Gineco-Obstetricia del Centro Medico Naval Cirujano Mayor Santiago Távora en el año 2016.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se usó el programa de estadística EPIDAT 3.1; con un valor de significancia del 95%, y una potencia mínima del 80%, la relación entre los casos: controles es de 1:1. Y la proporción de gestantes esperada con parto pre término, expuestas al inadecuado control pre natal, del 0,2% con un Odds Ratio esperado de 4,88.

CALCULO DE LA MUESTRA

Valor aproximado del Odds Ratio que se desea estimar (w): Se estableció un Odds Ratio mínimo de 4.88

La frecuencia de Exposición entre los casos (P_1): 0.50

La frecuencia de exposición entre los controles (P_2): 0.2%

Seguridad con que espera trabajar (riesgo de cometer un error tipo I): Seguridad 95% ($\alpha = 0,05$).

Poder estadístico que se requiere para la investigación (riesgo de cometer un error tipo II) Poder del 80% ($\beta = 0,2$)

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

MUESTRA:

Constituido por las gestantes que presentaron parto pre término y a término que fueron atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Centro Medico Naval Cirujano Mayor Santiago Távora en el año 2016.

Definición de Casos y Controles:

Casos: Recién nacidos con parto pre término, y con edad gestacional menor de 37 semanas al momento de nacer.

Controles: Recién nacidos a término, con edad gestacional mayor o igual a 37 semanas.

UNIDAD DE ANALISIS:

Constituido por las gestantes que presentaron parto pre término y fueron atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Centro Medico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara en el año 2016.

TIPO DE MUESTRA

Se realizó un muestreo probabilístico.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Gestantes con edad gestacional de 22 semanas hasta las 37 semanas con un cuadro clínico concordante al parto pre término estando caracterizado por la predisposición a los factores de riesgo como son los maternos, obstétricos y útero placentarios.

Se tomara en cuenta para el estudio las historias completas de las gestantes.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Partos con edad gestacional menor a 20 semanas y mayor o igual a las 37 semanas.

Partos producto de un accidente.

Historias clínicas no completas o no ubicables e ilegibles durante el estudio.

4.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

TECNICA:

- a) Selección de historias clínicas del servicio de Gineco Obstetricia de Centro Medico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távora" en el año 2016.
- b) Separación de historias clínicas de hospitalización que presenten los criterios de exclusión e inclusión para su transcripción y registró en la base de datos Excel y ficha de recolección de datos.

INSTRUMENTO:

- a) Para el análisis de las variables la ficha de recolección de datos (edad materna, grado de instrucción materna, edad gestacional, estado civil materno, ruptura prematura de membranas, hemorragia de la segunda mitad del embarazo, infección del tracto urinario materna, pre eclampsia y embarazo gemelar). La ficha de recolección de datos fue elaborada por la tesista.
- b) Registro en la base de datos de SPSS

4.6 TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:

Se realizara la transcripción de datos desde las fichas de recolección de datos a la hoja de cálculo de Microsoft Excel 2013. Posteriormente los datos serán analizados mediante el paquete estadístico SPSS24, donde se realizaran los análisis respectivos.

Se obtendrá la frecuencia de los primordiales factores de riesgo determinados en las gestantes. Será descrita la variable amenaza del parto pre término a través de los porcentajes y frecuencias encontradas. Para establecer la relación entre las variables cualitativas, factores sociales y reproductivos se aplicará la prueba de asociación de Odds ratio, con 95% de intervalo de confianza. Además para las variables cuantitativas se calculará con las medias centrales como son mediana, moda y media.

4.7 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LAS INVESTIGACIONES CON SUJETOS HUMANOS

La presente investigación se realizará respetando los principios bioéticos de investigación clínica vigente a nivel nacional e internacional. Se protegerá en todo momento la confidencialidad y la identidad de los datos.

El protocolo será aprobado por el Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas de la Universidad Ricardo Palma, se registrará en el Consejo de Facultad de Medicina Humana, y se solicitará su aprobación por las autoridades competentes del Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara.

CAPITULO V: RESULTADO Y DISCUSIÓN

5.1 RESULTADOS

TABLA N° 1: FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS DE LA GESTANTE CON PARTO PRE TÉRMINO

Factores Sociodemográficos	Grupo de Estudio			
	CASOS		CONTROLES	
	Gestación Pre término		Gestación a Término	
Edad Materna	N°	%	N°	%
<20	15	18.75	10	12.50
20-34	55	68.75	65	81.25
>34	10	12.5	5	6.25
Total	80	100	80	100
Estado Civil	N°	%	N°	%
Soltera	1	1.25	1	1.25
Casada	78	97.5	78	97.5
Conviviente	1	1.25	1	1.25
Total	80	100	80	100
Grado de Instrucción	N°	%	N°	%
Primaria	1	1.25	1	1.25
Secundaria	1	1.25	1	1.25
Superior	78	97.50	78	97.5
Total	80	100	80	100

En cuanto a la edad observamos que el mayor porcentaje de las gestantes con parto pre término se encuentra entre los 20 y 34 años, y el menor porcentaje tiene una edad menor a 20 años. En contraste con el parto a término en donde el mayor porcentaje se presenta entre los 20 y 34 años y el menor porcentaje se encuentra en mayores de 34 años.

En relación al estado civil encontramos que tanto para las gestantes con parto a pre termino como para las gestantes con parto a término en su totalidad presentan igual estado civil. Así mismo el grado de instrucción superior es reflejado en tu totalidad para ambos grupos de estudio.

TABLA N°2: FACTORES CLINICOS UTERO PLACENTARIOS Y OBSTETRICOS DEL GRUPO DE ESTUDIO DEL CENTRO MEDICO NAVAL "CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TAVARA"

Factores clínicos útero placentarios y obstericos	Grupo de Estudio			
	Gestación Pre término		Gestación a Término	
Numero de Control Prenatales	N°	%	N°	%
Inadecuado <6	20	25	6	7.5
Adecuado >6	60	75	74	92.5
Total	80	100	80	100
Paridad	N°	%	N°	%
Primípara	20	25	50	62.5
Múltipara	45	56.25	20	25
Gran Múltipara	15	18.75	10	12.5
Total	80	100	80	100
Embarazo Múltiple	N°	%	N°	%
Si	15	18.75	5	6.2
No	65	81.25	75	93.8
Total	80	100	80	100
Pre eclampsia	N°	%	N°	%
Si	9	11.25	2	2.5
No	71	88.75	78	97.5
Total	80	100	80	100
Diabetes Gestacional	N°	%	N°	%
Si	6	7.5	2	2.5
No	74	92.5	78	97.5
Total	80	100	80	100
ITU	N°	%	N°	%
Si	29	36.25	15	18.8
No	51	63.75	65	81.2
Total	80	100	80	100
APP	N°	%	N°	%
Si	11	13.75	7	8.75
No	69	86.25	73	91.25
Total	80	100	80	100
DPP	N°	%	N°	%
Si	12	15	4	5
No	68	85	76	95
Total	80	100	80	100
Anemia	N°	%	N°	%
Si	10	12.5	6	7.5
No	70	87.5	74	92.5
Total	80	100	80	100
RPM	N°	%	N°	%
Si	6	7.5	3	3.75
No	74	92.5	77	96.25
Total	80	100	80	100

En la tabla N°2 observamos:

Con respecto al control pre natal todas las gestantes de ambos grupos de estudio en su mayoría cuentan con un control pre natal adecuado lo cual es reflejado en un 75% (parto pre termino) y 92.5 % (parto a término).

Con respecto al número de paridad encontramos que todas las gestantes con parto pre término en su mayoría son múltiparas en contraste con todas las gestantes con parto a término que en su mayoría son primíparas.

Con respecto a la gestación múltiple se obtuvo que solo el 18.75% del total de las gestantes con parto pre término lo presentó mientras que esta se presentó en un 6.2% en todas las gestantes con parto a término.

Con respecto a la Pre eclampsia en el parto pre termino en su totalidad esta se presentó en un 11.25% en contraste con las gestantes con parto a término en el que solo es un 2.5%.

Con respecto a la Diabetes Gestacional del total de gestantes con parto a término se obtuvo que el 7.5% presento diabetes gestacional en comparación a las gestantes con parto a término de las cuales solo un 2.5% presento esta patología.

Con respecto a la Infección del Tracto Urinario (ITU) en el parto pre término en la totalidad delas gestantes se obtuvo que un 36.25% presento ITU y que de todas las gestantes con parto a término solo el 18.8% presento esta patología.

Con respecto a la Amenaza de Parto Pre termino (APP) de la totalidad de las gestantes con parto a término se obtuvo que el 13.75% presento APP en comparación de todas las gestantes con parto a término de las cuales solo el 8.75% presento APP.

En relación al Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP) del total de gestante con parto pre término 100% (80) se observa que solo el 15% (12) presentan la patología y que de todas las gestantes con parto a término 100% (80) solo el 5% (4) presenta la patología.

ANALISIS BIVARIADO

TABLA N°1: EDAD COMO FACTOR SOCIAL VINCULADO AL PARTO PRE TERMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NAVAL “ CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TAVARA” DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

Edad Agrupada	Parto Pre termino	Sin Parto Pre término	Chi Cuadrado	Valor P	OR	IC 95%
<20	25 31.2%	10 12.5%	8,22	0.00	3.18	1.410- 7.181
>20	55 68.8%	70 87.5%				
TOTAL	80	80				
p< 0.05 para significancia estadística						
OR: Odd Ratio						
Fuente : Elaboración Propia						

TABLA N°1: Se obtuvo que un 31.2% de las gestantes con parto pre término tuvo menos de 20 años, similares valores se evidencio en las gestantes sin parto pre termino de las cuales solo un 12.5% tuvo menos de 20 años. Se efectuaron los cálculos y análisis estadísticos del chi cuadrado, en el cual se obtuvo un $\chi^2=8.22$ y como valor $p= 0.00 < \alpha=0.05$, lo cual nos indica que hay asociación significativamente estadística entre una edad menor a 20 años y el parto pre termino en gestantes del Hospital Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”. Igualmente es un factor de riesgo para parto pre termino una edad menor a 20 años con un $OR=3.18$ y un $IC95%= 1.41 - 7.18$, lo que nos sugiere que la gestante con una edad menor de 20 años tiene 3.18 veces más de riesgo de presentar parto pre termino que las gestantes con parto a término.

TABLA N°2: NUMERO DE CONTROLES PRE NATALES COMO FACTOR OBSTETRICO VINCULADO AL PARTO PRE TERMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NAVAL “ CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TAVARA” DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

Número de Controles Pre natales	Parto Pre termino	Sin Parto Pre término	Chi Cuadrado	Valor P	OR	IC 95%
Inadecuado	20 25%	6 7.5%	9.00	0.00	4.11	1.553- 10.886
Adecuado	60 75%	74 92.5%				
TOTAL	80	80				
p< 0.05 para significancia estadística						
OR: Odds Ratio						
Fuente: Elaboración Propia						

TABLA N°2: Se obtuvo que solo un 25% de los embarazos con parto pre termino tuvieron un inadecuado control pre natal, cifras semejantes se encuentra en las gestantes sin parto pre termino, puesto que solo un 7.5% tuvo un inadecuado control pre natal .Se efectuaron los cálculos y análisis estadísticos del chi cuadrado, en el cual se obtuvo un $\chi^2=9.00$ y como valor $p= 0,00 < \alpha=0.05$,lo cual nos indica que hay asociación significativamente estadística entre un inadecuado control pre natal y el parto pre termino en gestantes del Hospital Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”. Igualmente el inadecuado control pre natal es un factor de riesgo para el parto pre termino con un $OR= 4.11$ y con un $IC95%= 1.55-10.88$, lo que nos sugiere que la gestante con un inadecuado control prenatal tiene 4.11 más veces de riesgo de presentar parto pre termino que las gestantes con parto a término.

TABLA N°3: NUMERO DE PARIDAD COMO FACTOR OBSTETRICO VINCULADO AL PARTO PRE TERMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NAVAL “ CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TAVARA” DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

NUMERO DE PARIDAD	Parto Pre termino	Sin Parto Pre término	Chi Cuadrado	Valor P	OR	IC 95%
Múltipara	60 75%	30 37.5%	22.85	0.00	5.00	2.536-9.859
Primípara	20 25%	50 62.5%				
TOTAL	80	80				
p <0.05 para significancia estadística						
OR: Odds Ratio						
Fuente: Elaboración propia						

TABLA N°3: Se obtuvo que solo un 75% de los embarazos con parto pre termino fueron múltiparas , cifras semejantes se obtuvo en las gestantes sin parto pre termino puesto que solo un 37.5% fueron múltiparas .Se efectuaron los cálculos y análisis estadísticos del chi cuadrado, en el cual se obtuvo un $\chi^2=22,85$ y como valor $p= 0,00 < \alpha=0.05$,lo cual nos indica que hay asociación significativamente estadística entre la multiparidad y el parto pre termino en gestantes del Hospital Naval “Cirujano Mayor Santiago Távora”. Igualmente la multiparidad es un factor de riesgo para el parto pre termino con un $OR= 5.00$ un $IC95%= 2.53-9.85$, lo que nos sugiere que la gestante múltipara tiene 5.00 más veces de riesgo de presentar parto pre termino que las gestantes con parto a término.

TABLA N°4: EMBARAZO MULTIPLE COMO FACTOR FETAL VINCULADO AL PARTO PRE TERMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NAVAL “ CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TAVARA” DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

Embarazo Múltiple	Parto Pre termino	Sin Parto Pre término	Chi Cuadrado	Valor P	OR	IC 95%
SI	15 18.75%	5 6.2%	5.71	0.01	3.46	1.193- 10.044
NO	65 81.25%	75 93.8%				
TOTAL	80	80				
p <0.05 para significancia estadística						
OR: Odds Ratio						
Fuente: Elaboración propia						

TABLA N°4: Se obtuvo que solo un 18.75% de los embarazos con parto pre termino tuvieron embarazo múltiple, cifras semejantes se encuentra en las gestantes sin parto pre termino, puesto que solo un 6.2% tuvo un embarazo múltiple .Se efectuaron los cálculos y análisis estadísticos del chi cuadrado, en el cual se obtuvo un $\chi^2=5.71$ y como valor $p= 0,00 < \alpha=0.05$,lo cual nos indica que hay asociación significativamente estadística entre el embarazo múltiple y el parto pre termino en gestantes del Hospital Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”. Igualmente el embarazo múltiple es un factor de riesgo para el parto pre termino con un $OR= 3.46$ y con un $IC95%= 1.19-10.04$, lo que nos sugiere que la gestante con un embarazo múltiple tiene 3.46 más veces de riesgo de presentar parto pre termino que las gestantes con parto a término.

TABLA N°5: PRE ECLAMPSIA COMO FACTOR CLINICO VINCULADO AL PARTO PRE TERMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NAVAL “ CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TAVARA” DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

Pre Eclampsia	Parto Pre termino	Sin Parto Pre término	Chi Cuadrado	Valor P	OR	IC 95%
SI	9 11.25%	2 2.5%	4.78	0.02	4.94	1.033- 23.657
NO	71 88.75%	78 97.5%				
TOTAL	80	80				
p <0.05 para significancia estadística						
OR: Odds Ratio						
Fuente: Elaboración propia						

TABLA N°5: Se obtuvo que solo un 11.25% de los embarazos con parto pre término tuvieron Pre eclampsia, cifras semejantes se encuentra en las gestantes sin parto pre termino, puesto que solo un 2.5% tuvo Pre eclampsia. Se efectuaron los cálculos y análisis estadísticos del chi cuadrado, en el cual se obtuvo un $\chi^2=4.78$ y como valor $p= 0,02 < \alpha=0.05$,lo cual nos indica que hay asociación significativamente estadística entre la Pre eclampsia y el parto pre termino en gestantes del Hospital Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”. Igualmente la Pre eclampsia es un factor de riesgo para el parto pre termino con un $OR= 4.94$ y con un $IC95%= 1.03-23.65$, lo que nos sugiere que la gestante con Pre eclampsia tiene 4.94 más veces de riesgo de presentar parto pre termino que las gestantes con parto a término.

TABLA N°6: DIABETES GESTACIONAL COMO FACTOR CLINICO VINCULADO AL PARTO PRE TERMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NAVAL “ CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TAVARA” DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

Diabetes Gestacional	Parto Pre termino	Sin Parto Pre término	Chi Cuadrado	Valor P	OR	IC 95%
SI	6 7.5%	2 2.5%	2.10	0.14	3.16	0.619- 16.165
NO	74 92.5%	78 97.5%				
TOTAL	80	80				
p< 0.05 para significancia estadística						
OR: Odds Ratio						
Fuente: Elaboración propia						

TABLA N°6: Se obtuvo que solo un 7.5% de los embarazos con parto pre término tuvieron diabetes, cifras semejantes se encuentra en las gestantes sin parto pre término, puesto que solo un 2.5% tuvo diabetes. Se efectuaron los cálculos y análisis estadísticos del chi cuadrado, en el cual se obtuvo un $\chi^2=2.10$ y como valor $p= 0,14 > \alpha=0.05$, lo cual nos indica que no hay asociación significativamente estadística entre la diabetes y el parto pre término en gestantes del Hospital Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”. Igualmente la diabetes es un factor de riesgo para el parto pre termino con un $OR= 3.16$ y con un $IC95%= 0.61-16.16$, lo que nos sugiere que la gestante con diabetes tiene 3.16 más veces de riesgo de presentar parto pre termino que las gestantes que no tienen diabetes gestacional, sin alcanzar significancia estadística.

TABLA N°7: INFECCION DEL TRACTO URINARIO COMO FACTOR CLINICO VINCULADO AL PARTO PRE TERMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NAVAL “ CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TAVARA” DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

ITU	Parto Pre termino	Sin Parto Pre término	Chi Cuadrado	Valor P	OR	IC 95%
SI	29 36.25%	15 18.8%	6.14	0.01	2.46	1.196- 5.078
NO	51 63.25%	65 81.2%				
TOTAL	80	80				
p< 0.05 para significancia estadística						
OR: Odds Ratio						
Fuente: Elaboración propia						

TABLA N°7: Se obtuvo que solo un 36.25% de los embarazos con parto pre término tuvieron Infección del tracto urinario, cifras semejantes se encuentra en las gestantes sin parto pre término, puesto que solo un 18.8% tuvo Infección del tracto urinario. Se efectuaron los cálculos y análisis estadísticos del chi cuadrado, en el cual se obtuvo un $\chi^2=6.14$ y como valor $p= 0.01 < \alpha=0.05$, lo cual nos indica que hay asociación significativamente estadística entre la Infección del tracto urinario y el parto pre termino en gestantes del Hospital Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”. Igualmente la Infección del tracto urinario es un factor de riesgo para el parto pre termino con un $OR= 2.46$ y con un $IC95%= 1.19-5.07$, lo que nos sugiere que la gestante con Infección del tracto urinario tiene 2.46 más veces de riesgo de presentar parto pre término que las gestantes con parto a término.

TABLA N°8: AMENAZA DE PARTO PRE TERMINO COMO FACTOR CLINICO VINCULADO AL PARTO PRE TERMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NAVAL “ CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TAVARA” DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

Amenaza de Parto Pre termino	Parto Pre termino	Sin Parto Pre término	Chi Cuadrado	Valor P	OR	IC 95%
SI	11 13.75%	7 8.75%	1.00	0.31	1.66	0.610- 4.533
NO	69 86.25%	73 91.25%				
TOTAL	80	80				
p < 0.05 para significancia estadística						
OR: Odds Ratio						
Fuente: Elaboración propia						

TABLA N°8: Se obtuvo que solo un 13.7% de los embarazos con parto pre término tuvieron amenaza de parto pre término, cifras semejantes se encuentra en las gestantes sin parto pre término, puesto que solo un 8.75% tuvo amenaza de parto pre término. Se efectuaron los cálculos y análisis estadísticos del chi cuadrado, en el cual se obtuvo un $\chi^2=1.00$ y como valor $p= 0.31 > \alpha=0.05$, lo cual nos indica que no hay asociación significativamente estadística entre la amenaza de parto pre término y el parto pre término en gestantes del Hospital Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”. Igualmente la amenaza de parto pre término es un factor de riesgo para el parto pre término con un $OR= 1.66$ y con un $IC95%= 0.61-4.53$, lo que nos sugiere que la gestante con amenaza de parto pre término tiene 1.66 más veces de riesgo de presentar parto pre término que las gestantes con parto a término.

TABLA N°9 : DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA COMO FACTOR CLINICO VINCULADO AL PARTO PRE TERMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NAVAL “ CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TAVARA” DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

Desprendimiento Prematuro De Placenta	Parto Pre termino	Sin Parto Pre término	Chi Cuadrado	Valor P	OR	IC 95%
SI	12 15%	4 5.0%	4.44	0.03	3.35	1.032- 10.889
NO	68 85%	76 95%				
TOTAL	80	80				
p <0 .05 para significancia estadística						
OR: Odss Ratio						
Fuente: Elaboración propia						

TABLA N°9: Se obtuvo que solo un 12% de los embarazos con parto pre término tuvieron desprendimiento prematuro de placenta, cifras semejantes se encuentra en las gestantes sin parto pre término, puesto que solo un 4% tuvo desprendimiento prematuro de placenta. Se efectuaron los cálculos y análisis estadísticos del chi cuadrado, en el cual se obtuvo un $\chi^2=4.44$ y como valor $p=0.03 < \alpha=0.05$, lo cual nos indica que hay asociación significativamente estadística entre el desprendimiento prematuro de placenta y el parto pre término en gestantes del Hospital Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”. Igualmente el desprendimiento prematuro de placenta es un factor de riesgo para el parto pre término con un OR= 3.35 y con un IC95%= 1.03-10.88, lo que nos sugiere que la gestante con desprendimiento prematuro de placenta tiene 3.35 más veces de riesgo de presentar parto pre término que las gestantes con parto a término.

TABLA N°10: ANEMIA COMO FACTOR CLINICO VINCULADO AL PARTO PRE TERMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NAVAL “ CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TAVARA” DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

Anemia	Parto Pre termino	Sin Parto Pre término	Chi Cuadrado	Valor P	OR	IC 95%
SI	10 12.5%	6 7.5%	1.11	0.29	1.76	0.608- 5.104
NO	70 87.5%	74 92.5%				
TOTAL	80	80				
p <0.05 para significancia estadística						
OR: Odds Ratio						
Fuente: Elaboración propia						

TABLA N°10: Se obtuvo que solo un 12.5% de los embarazos con parto pre término tuvieron anemia, cifras semejantes se encuentra en las gestantes sin parto pre término, puesto que solo un 7.5% tuvo anemia. Se efectuaron los cálculos y análisis estadísticos del chi cuadrado, en el cual se obtuvo un $\chi^2=1.11$ y como valor $p= 0.29 > \alpha=0.05$, lo cual nos indica que no hay asociación significativamente estadística entre la anemia y el parto pre término en gestantes del Hospital Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”. Igualmente la anemia es un factor de riesgo para el parto pre término con un $OR= 1.76.35$ y con un $IC95%= 0.60-5.10$, lo que nos sugiere que la gestante con anemia tiene 1.76 más veces de riesgo de presentar parto pre término que las gestantes con parto a término.

TABLA N° 11: ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS FACTOR CLINICO VINCULADO AL PARTO PRE TERMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NAVAL "CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TAVARA" DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2016.

Rotura Prematura de Membranas	Parto Pre termino	Sin Parto Pre término	Chi Cuadrado	Valor P	OR	IC 95%
SI	6 7.5%	3 3.75%	1.06	0.30	2.08	0.502- 8.628
NO	74 92.5%	77 96.25%				
TOTAL	80	80				
p < 0.05 para significancia estadística						
OR: Odds Ratio						
Fuente: Elaboración propia						

TABLA N°11: Se obtuvo que solo un 7.5% de los embarazos con parto pre término tuvieron rotura prematura de membranas, cifras semejantes se encuentra en las gestantes sin parto pre término, puesto que solo un 3.75% tuvo rotura prematura de membranas. Se efectuaron los cálculos y análisis estadísticos del chi cuadrado, en el cual se obtuvo un $\chi^2=1.06$ y como valor $p= 0.30 > \alpha=0.05$, lo cual nos indica que no hay asociación significativamente estadística entre la rotura prematura de membranas y el parto pre término en gestantes del Hospital Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara". Igualmente la rotura prematura de membranas es un factor de riesgo para el parto pre término con un $OR= 2.08$ y con un $IC95%= 0.50-8.62$, lo que nos sugiere que la gestante con rotura prematura de membranas tiene 2.08 más veces de riesgo de presentar parto pre término que las gestantes con parto a término.

ANALISIS BIVARIADO CON VARIABLES SIGNIFICATIVAS

Factores de Riesgo	Parto Pre termino	Sin Parto Pre término	Valor P	OR	IC 95%
Edad Materna:					
<20	25	10	0.004	3,182	1,410- 7,181
>20	55	70			
Número de Controles Prenatales:					
- Inadecuado <6	20	6	0.003	4.11	1.553-10.88
- Adecuado >6	60	74			
Número de Paridad:					
- Multigesta	60	30	0.000	5.00	2.553- 9.859
- Primigesta	20	50			
Embarazo Múltiple:					
- SI	15	5	0.017	3.46	1.193-10.044
- NO	65	75			
Pre Eclampsia:					
- SI	9	2	0.029	4.94	1.033-23.657
- NO	71	78			
Infección del Tracto Urinario:					
- SI	29	15	0.013	2.464	1.196-5.078
- NO	51	65			
Desprendimiento Prematuro de Placenta:					
- SI	12	4	0.035	3.353	1.032-10.889
- NO	68	76			

ANALISIS BIVARIADO CON VARIABLES NO SIGNIFICATIVAS

Factores de Riesgo	Parto Pre termino	Sin Parto Pre término	Valor P	OR	IC 95%
Diabetes Gestacional:					
- SI	6	2	0.147	3.162	0.619-16.165
- NO	74	78			
Amenaza de Parto Pre término:					
- SI	11	7	0.317	1.663	0.610-4.533
- NO	69	73			
Anemia					
- SI	10	6	0.292	1,762	0.608-5,104
- NO	70	74			
Ruptura Prematura de Membranas					
- SI	6	3	0.303	2.081	0.502-8.8628
- NO	74	77			

ANALISIS MULTIVARIADO POR REGRESION LOGISTICA

Factores Riesgo	OR	IC 95%
Edad Materna	1.82	0.65 – 5.10
Número de controles pre natales	0.091	0.86 – 7.47
Número de paridad	0.001	1.61- 7.25
Embarazo Múltiple	0.046	1.02 – 10.53
Pre eclampsia	4.89	0.86 – 27.74
Infección del Tracto Urinario	2.75	1.22 – 6.18
Desprendimiento prematuro de placenta	3.04	0.84 – 11.03

Los factores clínicos asociados significativamente a parto pre término fueron: Control Pre Natal Inadecuado” (OR = 4.11 p=0,00 IC 95% = 1.55-10.88), Multíparidad (OR = 5.00 p=0,00 IC 95% =2.53-9.85) “Embarazo Múltiple” (OR = 3.46 p=0,01 IC 95%= 1.19 – 10.04).

5.2 DISCUSIÓN:

Nacen anualmente en el mundo aproximadamente 15 millones de niños prematuros y una mayoría de estos nacen en países de bajos recursos. La presencia de parto pre termino aún sigue siendo una de las más frecuentes complicaciones en obstetricia, pese a los considerables avances en la medicina, por lo que es necesario una mayor indagación en cuanto a los factores de riesgo relacionados para la presencia del parto pre termino.

Respecto a los factores socio demográfico analizado en la presente investigación se obtuvo que:

En cuanto al número de controles pre natales se evidencio que en ambos grupos de estudio la mayoría de gestantes muestra un inadecuado control pre natal (CPN<6) lo que es concordante con el estudio realizado por CHACON JARAMA VALERIA Y BALLADARES TAPIA FABIAN.¹⁵

Además tener un inadecuado control pre natal es significativamente estadístico y también es un factor de riesgo para la presentación del parto pre termino lo que es concordante con las investigaciones realizadas por SAAVEDRA CASTERNOQUE, HITLER ²⁸,FERNANDO CARPIO PANTA ³⁰. El control prenatal contribuye al reconocimiento precoz de los signos de alarma de muchas morbilidades que se puedan presentar en el curso del embarazo y afecten la morbilidad materna y per natal asi mismo nos ayuda a prevenir la presentación del parto pre término con un oportuno seguimiento.

Así mismo respecto al número de paridad se obtuvo que son multíparas en su mayoría las embarazadas que presentaron parto pre término lo que es concordante con la investigación hecha por CHACON JARAMA VALERIA Y BALLADARES TAPIA FABIAN¹⁵.

De igual forma la multiparidad en este estudio es significativa y también un factor de riesgo para presentar parto pre termino lo que es concordante con la investigación realizada por KARINA HUAROTO PALOMINO et al ²⁴, y SAM FERNANDEZ DAVID MANUEL Y ZATTA CONDOR JULIO EDGAR³⁰.

Respecto al embarazo gemelar un 18.75% de las embarazadas expuestas presentaron parto pre termino en contraste con las gestantes que tuvieron embarazo gemelar en el cual se obtuvo un valor de 6.2% y no presentaron amenaza de parto pre termino. Se calculó el OR=3.46 p=0.01, IC= 1.19-10.44 por lo que podemos concluir que en el Hospital Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" es un factor de riesgo para evolucionar a parto pre término la presentación de embarazo gemelar, lo cual no concuerda con la investigación realizada por ANA GABRIEL VILCHEZ TORRES ¹⁷. TABOADA RAMIREZ RAUL ²⁶.

Con respecto a la pre eclampsia se observa que existe asociación además de ser un factor de riesgo para presentar parto pre término lo cual es concordante con el estudio realizado por TABOADA RAMIREZ RAUL ²⁶, SAAVEDRA CASTERNOQUE, HITLER ²⁸. La pre eclampsia está asociada al parto pre término y esto es debido a la dificultad en el transporte de oxígeno al feto por la placenta, en consecuencia produce el parto pre término una disminución aguda y crónica de oxígeno al feto.

Con respecto a la diabetes gestacional se observa en este estudio que no es significativamente estadístico así mismo actúa como un factor de riesgo para la presentación del parto pre termino lo que no es concordante con las investigaciones realizadas por ANA GABRIELA VILCHEZ TORRES ¹⁷ y JUAN JOSE GUILLEN GEVARA ²⁵ donde demuestran que es significativo el presentar diabetes durante la gestación así mismo es un factor de riesgo, es probable que en este estudio no tenga concordancia por el número de gestantes que se incluyeron en la investigación.

Con respecto a la infección del tracto urinario en las gestantes se obtuvo que infección del tracto urinario se presentó más en los casos que en los controles lo que es concordante con la investigación realizada por CHACON JARAMA VALERIA Y BALLADARES TAPIA FABIAN¹⁵, EMMANUEL ACOSTA JORGE ¹⁶, ANA GABRIELA VILCHEZ TORRES ¹⁷ y JUAN JOSE GUILLEN GEVARA ²⁵.

También se obtuvo en nuestro estudio que infección del tracto urinario es significativamente estadístico así mismo es un factor de riesgo para la presentación del parto pre termino lo que es concordante por la investigación realizada por L.R Gonzales Lucio et al²¹, quien informa que el 50% de las gestantes en algún momento presento infección del tracto urinario. Así mismo se demuestra la elevada incidencia de infección del tracto urinario para el parto pre termino es un factor de riesgo.

En relación a la amenaza de parto pre termino se obtuvo que para los casos hay más amenaza de parto pre termino con respecto a los controles lo que no es concordante con la investigación realizada por RIVERA SALAS JAVIER ¹⁸ y FERNANDO CARPIO PANTA ²⁹, También se obtuvo que no hay significancia a pesar de ser un factor de riesgo para la presentación del parto pre termino lo que no está de acuerdo con una investigación realizada por ANA GABRIELA VILCHEZ TORRES ¹⁷, KARINA HUAROTO PALOMINO ²⁴ y CARPIO PANTA FERNANDO ²⁹. Nos ayudara a reducir los factores de riesgo que son modificables evitar el parto pre termino el incluir a las gestantes con amenaza del parto pre termino entre los controles de alto riesgo obstétrico.

Con respecto al desprendimiento prematuro de placenta se obtuvo que se presentó más para los casos que para los controles lo que es concordante con investigación realizada por TABOADA RAMIREZ RAUL ²⁶ y DAVID MANUEL SAM FERNANDEZ Y JULIO EDGAR ZATTA CONDOR ³⁰.

Así mismo la presentación del desprendimiento prematuro de la placenta se encuentra asociado además de ser un factor de riesgo para el parto pre termino lo que es concordante con las investigaciones realizadas por CARPIO PANTA FERNANDO ²⁹ y DAVID MANUEL SAM FERNANDEZ Y JULIO EDGAR ZATTA CONDOR ³⁰.

Con respecto a la anemia se obtuvo que en los casos hay más embarazadas con anemia con respecto a los controles lo que es concordante con las investigaciones realizadas por ANA GABRIELA VILCHEZ TORRES ¹⁷, CARPIO PANTA FERNANDO ²⁹ y DAVID MANUEL SAM FERNANDEZ Y JULIO EDGAR ZATTA CONDOR ³⁰. Además en este estudio la anemia no es significativa, así mismo es un factor de riesgo para el parto pre termino. A pesar de ello hay investigaciones realizadas por TABOADA RAMIREZ RAUL ²⁶ y DAVID MANUEL SAM FERNANDEZ Y JULIO EDGAR ZATTA CONDOR ³⁰ donde refieren que la anemia es un factor de riesgo y tiene significancia.

Con respecto a la rotura prematura de membranas se obtuvo que existe un elevado número en los casos que en los controles lo cual es concordante con la investigación realizada por ANA GABRIELA VILCHEZ TORRES ¹⁷.

Además se obtuvo que la rotura prematura de membranas aparte de ser un factor de riesgo es significativa para la presentación del parto pre termino lo que es concordante con las investigaciones realizadas por ANA GABRIELA VILCHEZ TORRES ¹⁷, DAVID MANUEL SAM FERNANDEZ Y JULIO EDGAR ZATTA CONDOR ³⁰.

CAPITULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIÓN

Los factores de riesgo asociados al parto pre término fueron: la “Edad materna menor a 20 años”, “Control pre natal inadecuado”, “Multiparidad”, “Embarazo Múltiple”, “Pre Eclampsia”, presencia de “Infección del tracto Urinario” y “Desprendimiento prematuro de Placenta”.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la Diabetes Gestacional, Amenaza de parto pre termino, Anemia, Rotura Prematura de Membranas con el desarrollo del parto Pre Termino.

Entre los factores maternos tener una edad menor de 20 años es un factor de riesgo para el parto pre término, lo cual nos indica que las gestantes con edad menos de 20 años tiene 3.18 veces más de riesgo para presentar parto pre termino que las gestantes con parto a término.

Entre los factores obstétricos tener un Control Pre natal Inadecuado (<6) es un factor de riesgo para el parto pre termino, lo que nos refiere que las gestantes con un Inadecuado Control Prenatal tienen 4.11 más veces de riesgo de presentación del parto pre termino que las gestantes con parto a término. Así mismo, la Multiparidad es un factor de riesgo para el parto pre término, lo que nos refiere que las gestantes multíparas tienen 5.00 más veces de riesgo de presentar parto pre término que las gestantes con parto a término.

En el Factor Fetal el Embarazo Múltiple es un factor de riesgo para el parto pre término, lo que nos refiere que las embarazadas con gestación múltiple tienen 3.46 más veces de riesgo para presentar parto per término que las gestantes con parto a término.

Entre los Factores Clínicos las Pre Eclampsia es un factor de riesgo para el parto pre término, lo que nos refiere que las embarazadas con Pre Eclampsia tienen 4.94 más veces de riesgo de presentación del parto pre término que las gestantes con parto a término.

Así como la Infección del Tracto Urinario que también es un factor de riesgo para el parto pre término, lo que nos refiere que las embarazadas con infección del tracto urinario tienen 2.46 más veces de riesgo de presentación del parto pre término que las gestantes con parto a término.

Así mismo, el desprendimiento Prematuro de Placenta es un factor de riesgo para el parto pre término, lo que nos refiere que las gestantes con desprendimiento prematuro de placenta tienen 3.35 más veces de riesgo de presentación del parto pre término que las gestantes con parto a término.

RECOMENDACIONES

Es importante efectuar la prevención primaria en establecimientos públicos, colegios, hospitales y centros de salud para que así haya una mejor información sobre los factores clínicos asociados.

Capacitar al personal de salud para el reconocimiento precoz de todos los factores de riesgo para parto pre término y actuar oportunamente sobre los que sean modificables.

Orientar a las gestantes a realizar sus controles pre natales en las semanas adecuadas y llevar a cabo los exámenes auxiliares necesarios, para así prevenir eventualidades durante el embarazo asociadas al parto pre término.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1) Ministerio de salud de Chile. Prevención de parto prematuro [2010] disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/721fc45c972f9016e04001011f0113bf.pdf>
- 2) Escuela de Enfermería. Boletín informativo. Disponible en: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/48527/1/231881-884571-1-PB.pdf>
- 3) Blencowe H, Cousens S, Oestergaard M, Chou D, Moller AB, Narwal R, Adler A, Garcia CV, Rohde S, Say L, Lawn JE. National, regional and worldwide estimates of preterm birth. The Lancet, June 2012. 9;379(9832):2162-72
Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
- 4) Organización mundial de la Salud. Informe de acción global sobre nacimientos prematuros. Disponible en :

http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/es/index3.html

- 5) MINSA. Mortalidad neonatal en el Perú y sus departamentos. [2011-2012]. Disponible en:
http://www.dge.gob.pe/portal/docs/Mortalidad_neonatal11_12.pdf

- 6) Sala Situacional del Instituto nacional materno perinatal - [Actualización hasta SE 44- 2014] Disponible en:
http://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Epidemiologia/2014/Sala_Situacional_2014_44.pdf

- 7) Lateral, C. Guía de Prácticas clínicas. Amenaza Parto Prematuro. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2013, 22(1). Disponible en:

https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/amenaza_de_parto_pretermino_hcp_hsjd.pdf

8) Carvalho, Vanessa Franco de Costa; Carolina Coutinho; Souza, Catharine Silva. Parto prematuro: enfoques presentes en la producción científica nacional e internacional. Revista electrónica trimestral de Enfermería N° 42. Abril 2016. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/231881/192531>

9) Dunia Mabel Díaz Pérez, Silvia Estelvina Retureta Milán, Yonaisy Vega Lorenzo, Frank Yaniel Martínez Lorenzo, Milena Hidalgo Ávila, Idalae Pulido Hernández. Factores de riesgo asociados al parto prematuro en el Policlínico Norte de Ciego de Ávila, 2011-2012. MEDICIEGO 2015; Vol.21 No.3. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2015/mdc153e.pdf>

10) Gabriela Quirós González, Raúl Alfaro Piedra, Mariela Bolívar Porras, Natalia Solano Tenorio. Amenaza de Parto Pre termino. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD Año 2016 Vol 1 No I. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/23061>

11) Retureta S, Retureta M, León O, Rojas L, Álvarez M. en el año 2014 realizaron una investigación descriptiva, “Caracterización del parto prematuro en el municipio Ciego de Ávila de Cuba”. MEDICIEGO 2014; 20 (Supl.1).Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2014/mdcs141g.pdf>

12) Margarita E. Ahumada-Barrios, Germán F. Alvarado. Factores de Riesgo de parto pre término en un hospital. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016; 24:e2750.Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02750.pdf

13) Laughon SK, Albert PS, Leishear K, Mendola P. The NICHD Consecutive Pregnancies Study: recurrent preterm delivery by subtype. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2014; 210(2)

14) Molina M. Prevalencia de parto pre término en pacientes con infección de vías urinarias en el área de Gineco-Obstetricia del hospital provincial general de Latacunga en el periodo junio 2011- junio 2012

15) Fabián Patricio Balladares Tapia Y Valeria De Los Ángeles Chacón Jarama. Prevalencia y factores de riesgo del parto pretérmino en pacientes atendidas en el departamento de obstetricia del hospital vicente corral Moscoso. Cuenca-Ecuador: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina; 2016.

16) Jorge Emmanuel Acosta-Terriquez, et al. Prevalencia de infección de las vías urinarias en pacientes hospitalizadas con amenaza de parto Pretérmino. Ginecol Obstet Mex 2014;82:737-743.

17) Ana Gabriela Vílchez Torres. Factores de riesgo de parto pretérmino: Un estudio caso-control con mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Alemán entre julio del 2014 y junio del 2015. [Tesis Post-Grado]. Nicaragua; Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN-Managua, Facultad de Ciencias Médicas. 2016

18) Javier Alexander Rivera Salas. Factores maternos y fetales asociados al parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de pasaje. [Tesis Pre-Grado]. Loja-Ecuador: Universidad Nacional De Loja. Área De La Salud Humana. Carrera De Medicina Humana; 2016. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/16835/1/TESISJAVIER%20RIVERA.pdf>

19) Dayana Couto Núñez, C. Danilo Nápoles Méndez y Pedro Montes de Oca Santiago. Repercusión del parto Pre término en la morbilidad y mortalidad perinatales. Medisan 2014;18(6):852.

- 20) Smid MC , Lee JH , Grant JH , Miles G, Stoddard GJ, et al: Raza materna y recurrencia intergeneracional de nacimientos prematuros. Disponible en: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(17\)30680-4/pdf](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(17)30680-4/pdf)
- 21) LR. Lucio, et al, asociación entre las infecciones del tracto urinario y el parto Pretérmino. Prog Obstet Ginecolog. 2005; 48 (8) 373-378.
- 22) Alcázar L, en el año 2012 realizó un estudio correlacional, “Impacto económico de la anemia en el Perú”
- 23) David René Rodríguez Díaz, Victor Morales Castañeda, Randy Escudero Farro, Danitza Arévalo García, Lizbeth Cabrera Rojas. Factores de riesgo maternos asociados a parto pretérmino: un estudio multicéntrico. Trujillo metropolitano, 2011 – 2013
- 24) Karina Huaroto-Palomino, Miguel Angel Paucca-Huamancha, Meliza Polo-Alvarez, Jesus Nicolaza Meza-León. Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica, Perú. Rev méd panacea. 2013; 3(2): 27-31. Disponible en: <http://rev.med.panacea.unica.edu.pe>
- 25) Juan José Guillén Guevara. Factores maternos asociados al parto pretérmino hospital nacional alberto sabogal sologuren 2014. [Tesis Post-Grado]. Lima-Perú: Universidad San Martín de Porres. Facultad de Medicina Humana. 2015. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1291/3/Guillen_jj.pdf
- 26) Raúl Taboada Ramírez, factores de riesgo asociados a parto Pretérmino en el Hospital Regional de Loreto, “Felipe Arriola iglesias” de enero a diciembre 2013. 2013 Iquitos-Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Facultad de Medicina Humana. “Rafael Donayre Rojas”; 2015.

27) Aparcana Valdivia, María Abigail. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el Hospital María Auxiliadora del distrito de San Juan de Miraflores durante el periodo 2013. [Tesis Pregrado]. Lima: Universidad Alas Peruanas. Facultad de obstetricia. 2014. Disponible en: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/1015>

28) Hitler, Saavedra Casternoque. "Factores Asociados A Prematuridad En El Hospital li-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.

29) Carpio Panta Fernando. Factores de riesgo maternos asociados al desarrollo de parto pretérmino. Hospital regional de Lambayeque. 2013. [Tesis Pregrado]. Trujillo-Perú: Facultad de Medicina Humana, Universidad Privada Antenor Orrego. 2014. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/415>

30) Sam Fernández David Manuel. Zatta Cóndor Julio Edgar. Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes adolescentes en el hospital regional docente las mercedes Chiclayo durante el 2014. [Tesis Pre-Grado]. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Facultad De Medicina Humana; 2015. Disponible en: <http://www2.unprg.edu.pe/facultad/imagenes/MH/tes11.pdf>

31) Spong CY. Defining "term" pregnancy: recommendations from the Defining "Term" Pregnancy Workgroup. The Journal of the American Medical Association. 2013;309(23):2445-2446.

32) ACOG Committee Opinion No 579: Definition of term pregnancy. Obstetrics and Gynecology. 2013;122(5):1139–1140.

33) World Health Organization; March of Dimes; The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health; Save the Children. Born too soon: The global action report on preterm birth. Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44864/1/9789241503433_eng.pdf?ua=1
[Citado: 17 Dic 2014].

34) OMS. Organización Mundial de la Salud Estadísticas Anuales <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>. Citado el 17 de enero de 2017.

35) Ministerio de Salud del Perú. Gobierno del Perú <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM487-2010-MINSA%20Atenciones%20Obstetricas.pdf>

36) Francisco Javier Riesco González, Juan Antonio Arroyo Molina, Carmen Rivero Gutiérrez. Patología obstétrica general durante el embarazo. En: Vazquez Lara, coordinador. Manual Básico de Ginecología y Obstetricia. Colección Editorial de publicaciones del INGESA. 2012. p 190-192

37) Gustavo Rencoret P. Embarazo Gemelar. REV. MED. CLIN. CONDES - 2014; 25(6) 964-971]

38) proSEGO. Amenaza de Parto Pretérmino. España: Sociedad española de Ginecología y Obstetricia; 2012. Disponible en: <https://www.elsevier.es%2Fes-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-pdf-S0304501312001732-S300%3FredirectNew%3Dtrue&usg=AFQjCNEsa1r3PjRJ7QHSZY9P6J1k8MGrQQ&sig2=kOwPE1rqS6ARlvA43vyQEg&bvm=bv.145063293,d.Ewe>

39) V. Cararach Ramoneda y colaboradores. Pre-Eclampsia. Eclampsia y síndrome Hellp. Asociación española de Pediatría. 2012; 139-142

40) Diana Ugalde-valencia, María Guadalupe Hernández-Juárez, Martha Adriana Ruiz Rodríguez, Enrique Villarreal-Ríos. Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes. Rev Chil

Obstet Ginecol 2012; 77(5): 338 – 341. Disponible en:
<http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v77n5/art03.pdf>

41) Hooton T. Urinary tract infection and asymptomatic bacteriuria in pregnancy. UpToDate 2013. (Topic updated sep 20, 2012) 58.

42) FLASOG. Guía clínica de la Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia: ruptura prematura de membranas. 2012

43) Sánchez mendoza inès katherine. Factores que inciden en la amenaza de parto pretérmino en Pacientes atendidas en maternidad Doctora Matilde Hidalgo de Pròcel 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.

44) Gutiérrez Cristóbal V. Factores Maternos Asociados A Parto Pretérmino Y Hallazgos En El Neonato En El Hospital Regional De Loreto 2007. [Tesis Pregrado]. Facultad De Medicina Humana, Universidad Nacional De La Amazonía Peruana.2007.

45) Rubén Elías Rodríguez, Elsa Carolina Rodríguez. Epidemiología y Factores de riesgo para parto pretérmino en el Servicio De maternidad del Hospital Militar Central. [Tesis de pregrado]. UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA. FACULTAD DE MEDICINA HOSPITAL MILITAR CENTRAL.2013

47) 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 Año 2016 Vol. 1 No I. Disponible en:
<http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/download/23061/23287>

ANEXOS:

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

ANEXO 2: FICHA TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“FACTORES CLINICOS ASOCIADOS A AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA, DEL CENTRO MÉDICO NAVAL CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁVARA DURANTE EL AÑO 2016”

1) DATOS GENERALES :

Historia clínica.....

Edad materna: 1) < 20 años 2) 20-34 años 3) > 34 años

Estado civil: 1) Soltera 2) Casada 3) Conviviente 4) Otros

Grado de Instrucción: 1) Primaria 2) Secundaria 3) Superior

2) ANTECEDENTES OBSTETRICOS

2.1 Número de Controles Prenatal:

Inadecuado CPN < 6 : 1) Si 2) No

Adecuado CPN > o = 6 : 1) Si 2) No

2.2 Número de Paridad:

Nulípara 1) Si 2) No

Primípara 1) Si 2) No

Multigesta 1) Si 2) No

Gran Multigesta 1) Si 2) No

3) FACTOR FETAL

Embarazo Múltiple: 1) Si 2) No

4) PATOLOGIAS ASOCIADAS DURANTE LA GESTACION:

Pre eclampsia : 1) Si 2) No

Diabetes gestacional: 1) Si 2) No

Infección del tracto Urinaria: 1) Si 2) No

Amenaza de Parto Pre término: 1) Si 2) No

Desprendimiento Prematuro de Placenta: 1) Si 2) No

Anemia: 1) Si 2) No

Rotura Prematura de Membranas: 1) Si 2) No