

UNIVERSIDAD PERUANA  
DEL CENTRO

Ex Umbra In Solem



**“FACTORES MATERNOS ASOCIADOS AL PARTO  
PRETÉRMINO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO  
INFANTIL EL CARMEN EN EL PERIODO ENERO -  
MAYO, 2017”**

**TESIS**

PRESENTADO POR LA BACHILLER:

**RAMOS CHUQUILLANQUI BEATRIZ AIDA**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

HUANCAYO – PERÚ  
2017

**JURADOS**

---

**DR. TELESFORO LEÓN COLONIA**

**PRESIDENTE**

---

**MG. LUISA VALERIO VEGA**

**SECRETARIO**

---

**LIC. JACKELINE CUZCANO JULCARIMA**

**VOCAL**

**ASESORAS DE TESIS**

---

**MG. GINA FIORELLA LEÓN UNTIVEROS**

---

**MG. IRIS ROSALES PARIONA**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo de investigación dedicó con todo amor a mi esposo, hijo y hermanos por el amor, confianza y apoyo hacia mi persona por brindarme fortaleza cuando más lo requería, por todo lo mencionado doy gracias y sé que ustedes estarán siempre conmigo.

## **AGRADECIMIENTO**

En un modo muy peculiar a mi asesora MG. Gina León Ontiveros y MG. Iris Rosales Pariona, por su espléndida sugerencia y consejera en el planteamiento y realización del presente estudio de investigación.

A los trabajadores administrativos del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen sobre todo del área de archivos y a los docentes de la Universidad Peruana del Centro, en forma muy peculiar a la Facultad de Ciencias de la Salud, que dentro de sus aulas me instruyó para mi formación en la carrera profesional de obstetricia.

Así mismo en forma especial agradezco a todos que me ofrecieron su apoyo, afecto y confianza hacia mi persona.

## INDICE

JURADOS.....	2
ASESORAS DE TESIS.....	3
DEDICATORIA .....	4
AGRADECIMIENTO .....	5
INDICE.....	6
INDICE DE TABLAS .....	9
INDICE DE FIGURAS.....	10
RESUMEN.....	11
SUMMARY.....	12
CAPÍTULO I.....	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA. ....	16
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	16
1.4. LIMITACIONES DE LAS INVESTIGACIÓN.....	17
1.5. OBJETIVOS:.....	18
1.5.1. OBJETIVO GENERAL. ....	18
1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS. ....	18
CAPÍTULO II.....	19
MARCO TEÓRICO .....	19
2.1. ANTECEDENTES.....	19

2.2. BASE TEÓRICA.....	26
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	55
2.4. HIPÓTESIS.....	56
2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL.....	56
2.5. VARIABLES.....	56
2.5.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	57
CAPÍTULO III.....	58
DISEÑO METODOLÓGICO.....	58
3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	58
3.2. POBLACIÓN.....	58
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	58
3.4. PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	59
3.5. ASPECTOS ÉTICOS.....	60
CAPÍTULO IV.....	61
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	61
4.1. RESULTADOS:.....	61
4.2. DISCUSIÓN.....	74
CAPÍTULO V.....	82
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	82
5.1. CONCLUSIONES.....	82
5.2. RECOMENDACIONES.....	83
BIBLIOGRAFÍA.....	84





## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Partos pretérmino según la clasificación de las puérperas atendidas en el HRDMI El Carmen en el periodo enero- mayo, 2017 .....	61
<b>Tabla 2:</b> Factores sociodemográficos de las puérperas atendidas en el HRDMI El Carmen en el periodo enero- mayo, 2017 .....	63
<b>Tabla 3:</b> Factores obstétricos de las puérperas atendidas en el HRDMI El Carmen en el periodo enero- mayo, 2017.....	65
<b>Tabla 4:</b> Factores patológicos de las puérperas atendidas en el HRDMI. El Carmen en el periodo enero- mayo, 2017.....	67
<b>Tabla 5 :</b> Asociación de los factores maternos, obstétricos y patológicos con respecto al parto pretérmino de las puérperas atendidas en el HRDMI. El Carmen en el periodo enero- mayo, 2017 según el análisis bivariado.....	69
<b>Tabla 6 :</b> Correlación de los factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos con respecto al parto pretérmino mediante el análisis multivariado según el modelo de regresión lineal. ....	72
<b>Tabla 7:</b> Ecuación según el modelo de regresión lineal .....	74

## INDICE DE FIGURAS

<b>Grafico 1:</b> Diagrama de sectores de partos pretérminos en el HRDMI El Carmen en el periodo enero – mayo, 2017 según clasificación.....	62
--	----

## RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar la asociación entre los factores maternos y el parto pretérmino en puérperas atendidas en el HRDMI El Carmen en el periodo Enero - Mayo 2017. Investigación de tipo descriptivo, relacional, retrospectivo y de corte transversal se trabajó con 360 puérperas, el instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos, se realizó un análisis estadístico multivariado y bivariado utilizando el programa SPSS (V23), resultados: (39.7%) tuvieron prematuros extremos, (12.8%) muy prematuros, (47.5%) prematuros moderados, 198(55%) tenían de 16 a 34 años, 166(46.1%) convivientes, 166(46.1%) con secundaria, 254(70%) no trabajaban, 238(66.1%) con residencia urbana, 171(47.5%) con violencia basada en género, 168(46.7%) multíparas, 260(72.2%) antecedentes de parto pretérmino, 96(26.7%) antecedentes de aborto, 172(47.8%) embarazo múltiple, 172(47.8%) control prenatal inadecuado, 288(80%) infección urinaria, 195(54.2%) anemia, 190(52.8%) cervicitis, 18(5.0%) diabetes, 168(46.7%) enfermedades hipertensivas del embarazo, 202(56.1%) ruptura prematura de membranas, 72(20%) desprendimiento prematuro de placenta. Concluyendo Existe relación significativa con el parto pretérmino la edad, control prenatal, anemia, enfermedades hipertensivas del embarazo y ruptura prematura de membranas.

**Palabras clave:** Factor materno, Parto pretérmino, Trabajo de parto pretérmino.

## SUMMARY

The objective of the present investigation was to determine the association between maternal factors and preterm delivery in postpartum women attended in the HRDMI El Carmen in the period January - May 2017. Investigation of descriptive, relational, retrospective and cross-sectional type was worked with 360 puerperal, the instrument used was the data collection card, a multivariate and bivariate statistical analysis was performed using the SPSS program (V23), results: (39.7%) had extreme prematurity, (12.8%) very premature, (47.5%) moderate preterm infants, 198 (55%) were 16 to 34 years old, 166 (46.1%) were cohabitants, 166 (46.1%) had secondary education, 254 (70%) did not work, 238 (66.1%) had urban residence, 171 (47.5%) with violence based on gender, 168 (46.7%) multiparous, 260 (72.2%) antecedents of preterm delivery, 96 (26.7%) antecedents of abortion, 172 (47.8%) multiple pregnancy, 172 (47.8%) inadequate prenatal control, 288 (80%) urinary infection, 195 (54.2%) anemia a, 190 (52.8%) cervicitis, 18 (5.0%) diabetes, 168 (46.7%) hypertensive diseases of pregnancy, 202 (56.1%) premature rupture of membranes, 72 (20%) premature placental abruption. Concluding There is a significant relationship with preterm delivery, age, prenatal control, anemia, hypertensive diseases of pregnancy and premature rupture of membranes.

**Key words:** Maternal factor, Preterm delivery, Preterm labor.

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En todo el mundo el parto pretérmino (PPT), es determinado como un dilema de salud pública porque suscita en los neonatos múltiples trastornos ligados a la inmadurez de sus órganos y/o sistemas, como hemorragias intraventriculares en el cerebro, inadecuado desarrollo sensorial, problemas en el aprendizaje y patologías respiratorias (1)

Es un síndrome que suscita a nivel internacional morbimortalidad antes o después del nacimiento, autor del 70% de los decesos en recién nacidos (RN) pretérmino así mismo es responsable en un 50% sobre la presencia de patologías que se encuentran asociadas fisiopatológicamente a la falta de maduración del sistema nervioso central del neonato como una parálisis cerebral que con mayor frecuencia se presenta en los pretérminos nacidos < 32 semanas de gestación, hasta la fecha actual desafortunadamente las estadísticas sobre la incidencia de PPT están en acrecentamiento, su etiología es multifactorial es decir que es muy común que se ligen dos o más causas o factores para desencadenar un PPT, se considera a la infección de cualquier etiología como causa principal de los PPT ocurridos antes de las 28 semanas de gestación. (2)

El organismo internacional encargado de la salud del sistema de las Naciones Unidas alegó en el año 2015 que cada año las mujeres

alumbran cerca de 15 millones de neonatos con una edad < de 37 semanas de gestación y ratifica que anualmente perecen alrededor de un millón de RN que nacieron con una edad < de 37 semanas de gestación por manifestar complicaciones en instantes del parto, los niños prematuros < de 28 semanas de gestación que logran sobrevivir padecen discapacidades que no les permiten llevar a cabo con toda naturalidad sus labores cotidianos, las discapacidades más frecuentes son la deficiencia en el aprendizaje, retinopatía e hipoacusia.

El índice de perduración de los recién nacidos pretérminos es contradictorio en cada estado. En los países en desarrollo, del total de sus nacidos vivos el 12 % son prematuros y de los que han nacido antes de las 32 semanas de gestación el 50% llegaron a perecer, porque no recibieron atención intensiva y especializada por falta de economía y tecnología, en los países desarrollados y con buena economía, de todos los nacidos vivos a las 32 semanas de gestación el 9 % llegan a perecer. Estados Unidos de Norteamérica reportó del total de sus recién nacidos el 12 % fueron por PPT. En el año 2015 los continentes África y Asia reportaron que del total de sus RN al año el 60% nacieron pretérminos, los países con mayor número de nacimientos por PPT son: en la India se reportó 3 519,100 PPT, en China 1 172,300 neonatos de PPT, y en Nigeria 773, 600 recién nacidos de PPT , son los tres primeros países en tener más porcentaje de incidencia de parto pretérmino, Estados Unidos como una nación con gran poder y Brasil con economía saliente se sitúan dentro de los 10 primeros países con mayor cifra de incidencias de PPT. (3)

Ecuador que es un país en desarrollo, en el año 2015 dio a conocer que de su población total de RN, el 6 % fueron por PPT. (4) (5)

En Perú en el año 2015 se registró 270,414 nacidos vivos, de los cuales 27 mil nacieron antes de las 37 semanas de gestación representando el 10% de este total. Las regiones que presentaron más casos de partos entre (22 a 27) semanas de gestación fueron: Ayacucho, esta región reporto el (12.7%), Tacna notifico el (12.2%), Ancash publico el (11.9%), Piura informo el (10.6%) y la Ciudad Blanca con (10.3%) estos porcentajes fueron informados de acuerdo a su población total de PPT de cada región. (4)

En la región Junín en el periodo 2011-2012 con relación a la muerte neonatal estuvo ligada a los nacimientos < de las 37 semanas de gestación, la Dirección Regional de Salud – Junín (DIRESA) informo para ese entonces que en nuestra región se produjo un total de 390 PPT de las cuales 195(55.3%) fallecieron (6). De los 10,721 nacidos vivos en el año 2015 se atendió a 32 recién nacidos con prematures extrema (de 22 a 27 semanas), 101 RN muy prematuros (de 28 a 31 semanas) y RN con prematures tardía a 692 (32 a 36 semanas ) haciendo un total de 825(6%) RN prematuros. (7)

En el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen (HRDMI-El Carmen) según las oficinas de estadística se reportó que en el 2012 se atendió 1,200 partos de los cuales 120(10%) fueron partos pretérmino. Al 2014 con la especialización del hospital se incrementó las atenciones y se reporta 5,838 partos de los cuales 596(10%) fueron partos que terminaron antes de las 37 semanas de gestación, el 2015

se reportó 5,407 nacimientos de los cuales 635(12%) fueron PPT. El 2016 se atendió un total de 6,432 partos de los cuales 814(13%) fueron PPT, de acuerdo a estas estadísticas se puede decir que no solo es un problema local sino a nivel mundial.

Con la ejecución del presente estudio se identificó los principales factores maternos asociados al parto pretérmino, para de esta forma aportar al mejor intelecto de la gravedad de estos factores y formular estrategias y/o medidas y así aportar al descenso de las estadísticas de muertes y secuelas neurológicas en recién nacidos. (8)

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

¿Cuáles son los factores maternos asociados al parto pretérmino en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen en el periodo Enero - Mayo, 2017?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN.**

La siguiente investigación tiene una significación teórica porque podemos percibir la influencia que existe entre los factores maternos y el parto pretérmino, es un estudio que posibilitara adquirir datos del contexto panorámico de los factores maternos y su repercusión en la presencia de parto pretérmino en la región Junín, para que de esta forma se pueda plantear a nivel de las direcciones de salud a la elaboración de guías, protocolos y normas ya sea procedimentales o de atención con la intención de aportar al decrecimiento de la morbimortalidad infantil producido por un PPT. La presente tesis asistirá con cifras estadísticas de los factores maternos del PPT datos sobresalientes y actualizados, a la Dirección Regional de Salud de



Junín (DIRESA- Junín), Universidad Peruana del Centro (UPeCEN) y HRDMI-El Carmen, datos que serán utilizados como cimiento a posteriores investigaciones.

La siguiente investigación plantea contribuir a descender las estadísticas de morbimortalidad infantil ocasionadas por un parto pretérmino, mediante la aplicación de estrategias clínicas y sanitarias para una atención adecuada a la gestante sobre todo en el momento del control prenatal. Una atención prenatal apropiada permite identificar y tratar a tiempo los diversos factores, que tienen relación con la prematuridad, realizando una buena promoción de la salud, brindando una buena atención prenatal precoz, periódica, oportuna, de calidad y de amplia cobertura, con una buena anamnesis para poder identificar estos factores de riesgo, enseñado a reconocer los signos de alarma.

Los resultados de la presente investigación permite determinar los factores maternos asociados con la prematuridad, es por ello que el presente trabajo se plantea con la intención de identificar, los diferentes factores que servirá de ayuda a posteriores investigaciones con datos estadísticos actualizados.

#### **1.4. LIMITACIONES DE LAS INVESTIGACIÓN.**

A la revisión de las historias clínicas se encontró una redacción ilegible, e incompleta principalmente la tarjeta perinatal.

## **1.5. OBJETIVOS:**

### **1.5.1. OBJETIVO GENERAL.**

Determinar la asociación entre los factores maternos y el parto pretérmino en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen en el periodo Enero –Mayo, 2017.

### **1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Identificar los factores sociodemográficos asociados al parto pretérmino en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen en el periodo Enero – Mayo, 2017.
- Identificar los factores obstétricos asociados al parto pretérmino en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen en el periodo Enero – Mayo, 2017.
- Identificar los factores patológicos asociados al parto pretérmino en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen en el periodo Enero – Mayo, 2017.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES.

**Mayhuasca W, Yurivilca R, en el año 2017.** Tuvieron como objetivo determinar los factores de riesgo que originaron el PPT en mujeres embarazadas por primera vez en el HRDMI El Carmen durante el año 2015 al 2016. Emplearon un modelo de análisis observacional, retrolectivo, transversal y analítico. Trabajaron con una muestra de 180 gestantes, (90 mujeres embarazadas por primera vez que culminaron su embarazo con parto pretérmino y otros 90 que también gestaron por primera vez, que culminaron su embarazo con parto a término) en este estudio adquirieron como resultado: el 18(21,1%) presentaron estados carenciales (anemia), el 74(83.3%) tuvieron un control del embarazo deficiente con un grado de significancia  $p=0.001$ , el 37(41.1%) presentaron apertura de la bolsa amniótica o ruptura prematura de membranas (RPM) con un valor de significancia  $p=0.012$ , el 66(74.4%) presentaron infección urinaria con un p valor de  $p= 0.001$ , llegando a la conclusión que según este estudio la ruptura de la bolsa amniótica o ruptura prematura de membranas (RPM), control del embarazo deficiente, infección urinaria son factores de riesgo de que se produzca PPT en mujeres embarazadas por primera vez. (9)

**Alarcon J, en el año 2017.** Tuvo como objetivo establecer los factores de riesgo del PPT, en grávidas adolescentes que culminaron su embarazo en el Centro Hospitalario Nacional Docente Materno/Infantil

(HNDMI) - San Bartolomé – Lima, durante el año 2016. Empleo un modelo de análisis retrolectivo, observacional y analítico, tuvo una muestra de 108 mujeres grávidas (54 que concluyeron su embarazo con parto < de 37semanas de gestación, y 54 grávidas con un parto > a 37 semanas de gestación ), obtuvo como resultados: del total de las grávidas que culminaron su embarazo con parto < de 37 semanas de gestación, 45(83.3%) eran analfabetas con un grado de significancia  $p= 0.028$ , tuvieron su primer parto 51(94.4%) con un valor de significancia  $p=0.038$ , en cuanto al índice de masa corporal (IMC) > a 30 resulto 21(32.8%) con una significancia  $p=0.035$ , sobre la presencia de ruptura de la bolsa amniótica o RPM fue 17(31.5%) con significancia  $p=0.002$ , en cuanto a la insuficiencia de hierro (anemia) se obtuvo 23(42.6%) con resultado de significancia  $p=0.041$  y vaginitis 26(48.1%) con un valor de  $p=0.029$ . Conclusión: los factores que están relacionados con el PPT, fueron la deficiencia de hierro (anemia), vaginitis, la gestante que no tuvo parto alguno, obesidad y la ruptura de la bolsa amniótica o RPM. (10)

**Guadalupe S, en el año 2017.** Su objetivo fue establecer que factores de riesgo influyeron a la presencia de PPT, en embarazadas que concluyeron su gravidez en el Hospital María Auxiliadora – (servicio de Gineco-Obstetricia) -2015, utilizo el método de estudio tipo analítico, observacional y retrospectivo. Trabajo con un grupo de 400 mujeres embarazadas (200 gestantes con PPT y 200 grávidas de parto > a 37 semanas de embarazo) los resultados: obtuvo con un valor de significancia ( $p< 0.5$ ) a los factores de la edad de 35 a 50 años, la

convivencia, control del embarazo deficiente, la multiparidad, la hipertensión gestacional, la infección urinaria, y rotura de la bolsa amniótica o RPM son factores de alerta para la presencia de PPT, con un  $p < 0.05$  llega a la conclusión: que la edad entre 35 a 50 años, la convivencia, la rotura de la bolsa amniótica, la multiparidad, el control del embarazo deficiente, la preeclampsia y la infección urinaria son factores de riesgo para desencadenar PPT. (11)

**Flores J, en el año 2016.** El estudio que realizó tuvo como objetivo determinar si la presencia de anemia en el último trimestre de gestación es un factor de riesgo ligado para desarrollar PPT en embarazadas que culminaron su embarazo en el hospital antigua Maternidad de Lima durante los meses de junio - diciembre del año 2015. Utilizó el método de estudio de tipo transversal, analítica y retrolectiva, trabajo con 180 documentos (medico – legal) de las cuales estuvo dividida (90 gestantes con PPT y 90 con parto a término) obtuvo: 71(89.45%) con educación básica y de nivel secundaria, de las gestantes que culminaron su embarazo con PPT, el 88(80.00%) eran gestantes por primera vez, el 57(52.22%) tenían un control del embarazo adecuado, 61( 55.00%) tenían edades de 20 - 34 años, el 24(21.67%) desarrollaron amenaza de PPT, 16(15.00%) presentaron aumento de la presión arterial, el 41(37.78%) de gestantes tenían deficiencia nutricional (anemia), el 90(81.11%) presentaron infección del tracto urinario. Llegó a la conclusión que se encuentran relacionados la anemia en el último trimestre de gestación y amenaza de PPT, con un valor de significancia ( $p=0.000$ ). (12)

**Carnero Y, en el año 2016.** El objetivo de su estudio fue precisar los diferentes factores de riesgo que puedan ocasionar PPT, en mujeres embarazadas que finalizaron su embarazo en el hospital antigua Maternidad de Lima, durante los meses enero a junio en el año 2015, utilizó un método de análisis de tipo transversal, cuantitativo, relacional y retrolectiva, trabajo con 450 documentos (médico –legal) que corresponde a 150 gestantes con parto < de 37 semanas de gestación y 300 gestantes con parto > a 37 semanas de gestación, obtuvo como resultado: la causa con mayor relevancia fue la infección del tracto urinario con significancia  $p < 0.001$ , otro factor relevante fue la precedencia de PPT con una significancia  $p < 0.001$ , la deficiencia nutricional (anemia) también fue un factor relevante con un valor de significancia  $P < 0.0001$  y el factor con poca relevancia con un grado de significancia  $P = 0.4769$  fue la edad de la madre, llegó a la conclusión: los factores de riesgo para desarrollar parto prematuro es el precedencia de PPT, deficiencia nutricional (anemia) y la infección del tracto urinario. (13)

**Miñano M, en el año 2016.** Tuvo como objetivo establecer a un control del embarazo deficiente como una causa para desarrollar PPT realizado en el Centro Hospitalario Regional con especialidad de Docencia - Trujillo durante el período julio 2014 a junio 2015, quien realizó un estudio de tipo analítico, retrolectiva y observacional, trabajó con una población de 156 mujeres embarazadas, de las cuales: (52 gestantes con PPT y 104 mujeres con parto a término) tuvo como resultado: el 75(48.1%) tuvieron una deficiencia en el control del

embarazo en ambos grupos, con un grado de significancia  $p=0.017$ , en gestantes de PPT fue de 32(61%) control del embarazo inadecuado y en gestantes de parto a término fue 43(41%) también con deficiencia de control del embarazo, llegando a la conclusión que la deficiencia en el control del embarazo es un factor de riesgo para la presencia de PPT. (14)

**Moreno O, en el año 2016.** Realizo un estudio para establecer los factores maternos y obstétricos relacionados a PPT, realizados en el Hospital Regional - Felipe Santiago Arriola Iglesias - Iquitos durante el año 2015, utilizó un método de estudio analítico, la muestra fue de (48 gestantes con PPT y 96 gestantes con parto a término), los resultados obtenidos de las gestantes de PPT en cuanto a la edad el 21(45.8%) sus edades oscilaban entre 20 a 34 años, el 36(77.1%) vivían en el sector urbano, el 26(54.2%) no fue adecuado el periodo intergenésico, el 36(75.0%) convivían con su pareja, el 24(52.1%) estudiaron secundaria, el 12(27.1%) de las gestantes tenían precedencia de aborto, 20(41.7%) nunca habían experimentado un parto, el 2(6.3%) tuvieron hijos con retardo de crecimiento intrauterino, el 5(10.4%) antecedentes de PPT, 22(47.9%) tuvieron infección urinaria, el 11(22.9%) con hijos con bajo peso al nacer, 30(62.5%) tuvieron un control prenatal inadecuado, 39(70.8%) tuvieron anemia, y 8(16.7%) presentaron enfermedades hipertensivas del embarazo, la conclusión fue que los factores que condicionan al parto pretérmino es el periodo intergenésico inadecuado, un control del embarazo

deficiente, presencia de anemia, ruptura prematura de membranas y la originalidad de la zona rural. (15)

**Gracian N, en el año 2016.** Tuvo como objetivo establecer si la violencia hacia la mujer es un factor de riesgo para presentar amenaza de PPT, estudio realizado en mujeres embarazadas atendidas en el hospital antigua Maternidad de Lima, ejecutado en febrero - 2016. Se utilizó un método de estudio prospectivo, analítico y de corte transversal, trabajó con 170 mujeres embarazadas dividido en dos grupos (85 mujeres embarazadas que presentaron amenaza de PPT) y (85 mujeres embarazadas que no tuvieron amenaza de PPT), obtuvo como resultados: la amenaza de PPT se presentó en mujeres que tenían una edad de 28 años y en las que no presentaron amenaza de PPT tenían 27 años, en ambos resultados se encontró semejanza, estudiaron solo secundaria, las gestantes se dedicaban a labores domésticos, asistieron y cumplieron con las fechas del control del embarazo, convivían con su pareja, también sufrieron violencia física, psicológica y sexual, en cuanto a la violencia psicológica las mujeres sufrieron reprensión y desprecios, en violencia física fueron golpeadas y en cuanto a la violencia sexual fue atosigamiento y forzamiento sexual, el conyugue es el dominante y agresor en los tres formas de violencia hacia la mujer. Llegando a la conclusión que la violencia hacia la mujer, es un factor de riesgo para amenaza de PPT ya sea psicológica, física y/o sexual. (16)

**García B, en el año 2015.** Tuvo como objetivo identificar si la edad de la madre y la cantidad de interrupciones del embarazo son factores



de riesgo para presentar PPT en gestantes que culminaron su embarazo en el Hospital especializado en la atención de la Madre y Niño - San Bartolomé en los meses de enero y febrero del año 2015, utilizo el método de estudio retrolectiva y relacional, la muestra estuvo constituida por 60 mujeres en etapa postparto dividido en dos grupos, (30 puérperas que culminaron su embarazo con PPT y 30 puérperas que culminaron su embarazo con parto de término), obtuvo como resultado 40(66.7%) tenían edades de 20 a 35 años con un grado de significancia ( $p=0.006$ ) al asociar con el PPT, llego a determinar que dichas edades actúan como factor benefactor, 12(20%) eran menores de 19 años y lo considera como un factor de riesgo para la presencia de parto prematuro, con relación a la cantidad de abortos en el grupo de las puérperas de PPT, 2(6.7%) tenían antecedentes de aborto. Llegando a las conclusiones que el no tener antecedentes de interrupción del embarazo (abortos), y la edad de la madre  $\leq 19$  años son factores de riesgo para desarrollar PPT. (17)

**Cueva E, en el año 2015.** El Objetivo de su estudio fue comprender los factores de riesgo que originan el PPT y las consecuencias en la madre antes o después del parto estudio realizado en mujeres gestantes adolescentes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital de Villa Rica - Román Egoavil Pando – Oxapampa durante los meses de enero a diciembre 2014. Utilizo el método de estudio retrolectivo, relacional de corte transversal, trabajo con una muestra de 42 mujeres embarazadas adolescentes, los resultados del estudio fueron: la edad de las gestantes tenían un promedio de 17 años,

el 81.0 % culminó el parto con diagnóstico de PPT leve, 14.3 % tuvieron un parto con diagnóstico de PPT moderada y 4.8% partos con diagnóstico de PPT extrema, el 81.0% se dedican a quehaceres del hogar, el 69.0% con estado civil convivientes, el 47.6 % con grado de instrucción secundaria no concluida, el 64.3 % tuvieron control prenatal deficiente, el 78.6% vivían en el sector urbano, el 59.5% eran gestantes por primera vez, 7.1% presentaron preeclampsia severa, 35.7% presentaron infección del tracto urinario , 16.7% presentaron vaginitis, el 69.0% presentaron ruptura de la bolsa amniótica, 69.0 % tuvieron un parto vaginal, el 31.0 % culminó el embarazo por cesárea, el 47.6 % presentaron deficiencia nutricional (anemia), conclusión: el factor de riesgo que influye para la presencia de PPT fue la infección del tracto urinario con un grado de significancia  $p < 0.05$ . (18)

## **2.2. BASE TEÓRICA.**

### **2.2.1. Parto**

Es la expulsión del producto de la concepción y de los anexos fetales del claustro uterino hacia el exterior con un peso mayor o igual a 500 grs, con una edad gestacional mayor o igual a 22 semanas completas calculadas desde el primer día de la última menstruación (FUM), para ello comprende la fase de dilatación, expulsión y alumbramiento. (7) (19)

- **Edad gestacional.-** se mide en semanas, nos da a conocer el tiempo transcurrido del embarazo o la edad fetal,

es calculado desde el primer día del último ciclo menstrual hasta la fecha actual de la grávida, con el cálculo de la edad gestacional también podemos precisar la fecha probable del parto. (19)

#### **A. Tipos de parto**

- **Parto a término (de término):** El parto sucede cuando el feto tiene una edad gestacional de 37 y 41 semanas de embarazo valorado desde el 1er día de la última regla (FUR), los neonatos tienen mayor expectativa de no sufrir alguna complicación.
  - **Parto pretérmino.** El parto es provocado cuando el feto se encuentra dentro de 22 y 36 semanas de gestación por (FUR).
  - **Parto posttérmino:** se estima así cuando el parto se extiende y llega  $\geq 42$  semanas de gestación por (FUR).
- (19)

#### **2.2.2. Parto Pretérmino**

Se denomina parto prematuro o parto pretérmino a la consumación del embarazo < de 37 semanas de gestación, embarazo que oscila entre 22 semanas y 36 semanas completas contadas desde el primer día de la última regla (FUR) < de 259 días, según la Organización Mundial de la Salud con un peso  $\geq$  a 500 grs y con una talla  $\geq$  a 25 cm. (19)

La federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) definen el parto

pretérmino o prematuro al que se produce entre las 22 y < de 37 semanas de gestación (154 y 258 días) el producto debe de tener un peso  $\geq$  500gr y una talla  $\geq$  a 25 cm.

#### **I. Fisiopatología del Trabajo de Parto Pretérmino:**

Para la iniciación de la primera etapa del trabajo de parto pretérmino ocurren diferentes mecanismos fisiopatológicos en la madre, se produce una activación del eje en el hipotálamo, la hipófisis y a nivel adrenal, a causa de una hemorragia, infección, inflamación o una distensión de las paredes del útero, estas patologías son responsables del inicio del trabajo de PPT, son procesos que están ligados en más de uno para dar inicio el trabajo de parto. En una inflamación se estimulan mediadores fuertes de la inflamación designadas citoquinas como las interleucinas (IL) del tipo 1, IL-6, IL-8, elaborados por el órgano principal de la gestación, membranas amnióticas y la mucosa uterina (decidua), la IL-1B activan el eje del hipotálamo luego a la hipófisis y adrenal (HHA) que al provocar estimulación causa la liberación de hormona liberadora de corticotropina (CRH) en el hipotálamo y esta va provocar la elaboración de la hormona adrenocorticotropa (ACTH) en la hipófisis y por último la obtención de cortisol en la corteza suprarrenal donde se produce el aumento de estrógenos y prostaglandinas, la CRH incrementa la síntesis de prostaglandinas y estrógenos en el órgano principal de la

gestación, corión, amnios y pared del miometrio dando origen a la presencia de contracciones uterinas por el incremento del Adenosín monofosfato cíclico (AMPc) y el calcio libre intracelular. En una infección aumentan la IL-1 se activan e incrementan a nivel de la capa de la decidua del útero, cérvix, miometrio y membranas las citoquinas aumentan la elaboración de prostaglandinas, endotelinas, leucotrienos y proteasas (plasmina, colagenasa). En una hemorragia decidual la enzima de la trombina, al fusionarse a los receptores celulares va incrementar la producción de proteasas y prostaglandinas. La distensión del útero va producir el aumento de citoquinas a nivel de membranas fetales, miometrio y placenta para luego producir el aumento de proteasas y uterotoninas (prostaglandinas, oxitocina) para de esta forma provocar cambios a nivel cervical y producir actividad uterina continuas y ruptura de la bolsa amniótica o RPM. La distención del útero se presenta cuando hay presencia de un embarazo múltiple, hidramnios o alguna anomalía a nivel del útero. (20)

## **II. Etiología:**

La etiología de la prematuridad es multifactorial mayormente uno depende de otros factores, suelen ser recurrentes o manifestarse por única vez, algunos factores son eludibles e inevitables como también suelen ser agudos o crónicos. En el parto pretérmino el factor o

factores que se vincula con trabajo de PPT se puede reconocer o sentir de un 40 a 50%, mientras que no es factible en hallar la causa de otros factores porque la mujer grávida y el personal que realiza el control prenatal no logra identificarlos o percibirlo ya que se manifiesta espontáneamente y en la gran mayoría no presentan síntomas o signos para ser detectados y tratados a tiempo para de esta forma evitar un PPT. (21)

- **Parto prematuro natural o espontaneo con bolsa amniótica integra.**

El trabajo de PPT se origina en forma natural o espontáneamente con la existencia de actividad uterina y a nivel cervical existe dilatación y borramiento, las membranas (corion y amnios) se encuentran intactas, representa el 31-40% de los PPT.

- **Parto pretérmino ligado a ruptura de la bolsa amniótica.**

El trabajo de PPT comienza a surgir después de la ruptura de la bolsa amniótica (corion y amnios), se presenta con la presencia de actividad uterina el cérvix se encuentra dilatado con existencia de borramiento, de los partos pretérminos el 30-40% se producen por esta modalidad.

- **Parto prematuro iatrogénico**

Se interrumpe el embarazo por presentar una complicación o patología (preeclampsia, retardo de crecimiento intrauterino, diabetes, etc.) que pone en riesgo la salud del binomio feto y/o de la madre o el recién nacido, la interrupción de este tipo de embarazo se da después de una indicación médica, de los partos pretérmino el 20-25% son iatrogénicos.

(22) (23)

### **III. Clasificación**

Según guía del Ministerio de Salud (MINSA) – Perú del 2010 define a parto pretérmino al nacimiento de un recién nacido > de 22 y < 37 semanas de gestación, los neonatos de PPT se clasifican de acuerdo a la edad gestacional en que nacieron. (11)

#### **– Recién nacidos con prematuridad leve**

Se diagnostica cuando el PPT oscila entre 34 -36 semanas de gestación.

#### **– Recién nacidos con prematuridad moderada**

Se cataloga cuando el PPT se presentó entre 30 – 33 semanas de gestación.

#### **– Recién nacidos con prematuridad extrema**

Se determina cuando el PPT se produjo entre 26 – 29 semanas de gestación.

– **Recién nacidos con prematuridad muy extrema**

Se denomina cuando el PPT oscila entre 22 -25 semanas de gestación. (6)

Según Boletín Estadístico de Nacimientos Perú- 2015 y la Organización Mundial de la Salud la prematuridad se clasifica:

– **Neonato prematuro tardío o moderado**

Neonatos nacidos > 32 hasta las <37 semanas de gestación, un alto porcentaje de neonatos logran sobrevivir.

– **Neonatos muy prematuros**

Recién nacidos > 28 hasta < 32 semanas de gestación, en esta edad los neonatos son atendidos y observados por un personal de salud competente y equipos adecuados.

– **Neonatos extremadamente prematuros**

Recién nacidos entre > 22 y < 28 semanas de gestación en esta edad el neonato recibe atención intensiva del personal de salud de gran experiencia (neonatólogo) con equipos de buena tecnología el tratamiento es costoso. (24) (7)



#### **IV. Factores de riesgo**

Es toda característica o circunstancia que se puede percibir y notar en una mujer grávida, asociada con una posibilidad de acarrear un daño a su salud.

**1. Factores sociodemográficos.** Son atributos del estado social de una gestante.

- **Edad materna:** El (CLAP/SMR) conocido como el Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva estima como factor de riesgo, si la edad de la gestante es menor de 15 años o mayor de 35 años. (13)
- **Estado civil:-** Condición de la gestante según el registro civil, el estado civil soltera es un factor de riesgo relacionado al PPT. (13)
- **Nivel de grado de instrucción y económico:** El grado de instrucción de bajo nivel (analfabetismo) y la pobreza por no contar con una ocupación remunerada son factores que se asocian al PPT, ambos dependen el uno del otro. (18)
- **Lugar de residencia (procedencia)-** es la oriundez de la gestante, si proviene de la zona rural es más propensa para desarrollar PPT. (25)

- **Violencia basada en género.-** Puede ser por maltrato físico, maltrato psicológico y/o violencia sexual. (16)

**2. Factores obstétricos:** son peculiaridades o circunstancia que se revela en la mujer grávida y que puede ocasionar un acrecentamiento de la expectativa de que ocurra un daño ya sea para la gestante o del producto. (25)

- **Total de embarazos (Paridad).-** El número de gestaciones previas. La primiparidad y la multiparidad son factores de riesgo que se asocian al PPT.
- **Antecedente de interrupción del embarazo (abortos).-** según la Organización Mundial de la Salud un nuevo embarazo se debe de producir después de 6 meses postaborto.
- **Antecedente de partos prematuro.-** si tuvo un parto pretérmino en el embarazo precedente, hay mayor riesgo en el subsiguiente embarazo se dé un nuevo PPT. (26) (27) (28)
- **Embarazo gemelar, trillizos o más.-** Los embarazos múltiples causan distensión del útero, para luego activar los ejes del hipotálamo, hipófisis y adrenal luego la elaboración de

prostaglandinas en líquido amniótico, decidua y cuello uterino. (26)

- **Control del embarazo inadecuado.-** el control prenatal inadecuado menor de 4 controles o ausente son factores de riesgo de PPT. (29)

**3. Factores patológicos:** condiciones clínicas que originan una enfermedad o patología determinada.

- **Infección del aparato urinario:** es un factor de riesgo de PPT es causada por bacterias uropatógenas, se clasifica en (bacteriuria asintomática, cistitis y pielonefritis) (30)
- **Estados carenciales (anemia de la madre):** el déficit de hierro en la dieta de las gestantes es un factor de riesgo de PPT. (30)
- **Diabetes mellitus gestacional.-** es diagnosticada por primera vez durante el estado grávido, y se ausenta al culminar el embarazo, hay probabilidades de que se puede presentar en el siguiente embarazo. (30)
- **Infecciones de transmisión sexual (ITS).-** Son enfermedades que se transfieren por contacto sexual durante el coito, como el síndrome de flujo vaginal, cervicitis etc. (31)

- **Hipertensión arterial (HTA) durante la gestación.-** se da por el acrecentamiento de la presión arterial durante el embarazo a partir de las 22 semanas de gestación, también se puede manifestar durante el parto o puerperio las enfermedades hipertensivas son varios trastornos como: hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia, síndrome de HELLP (hemolisis, enzimas hepáticas elevadas y disminución de plaquetas), hipertensión crónica sobre agregada a preeclampsia. (32) (33)
  
- **Placenta abrupta o separación placentaria o desprendimiento prematuro de placenta (DPP).-** Desunión parcial o total de la placenta de su instauración en el útero, se presenta > 22 semanas de gestación o antes de la expulsión del producto de la concepción. (27)
  
- **Apertura de la bolsa amniótica o ruptura prematura de membranas (RPM),** es la solución de continuidad de las membranas coriamnióticas (amnios y corion) esta ruptura surge antes del preludio del trabajo de parto pretérmino, ocurre después de las 22 semanas de embarazo. (27)

- **Obesidad.-** El incremento de masa corporal acrecienta los riesgos de patologías hipertensivas del embarazo como la preeclampsia. (32)

## V. Cuadro clínico

Se tiene en cuenta diversos criterios que son iniciadores del trabajo de parto pretérmino (TPPT) como:

- En 20 minutos se presenta cuatro contracciones dolorosas, u ocho contracciones en el transcurso de 60 minutos, más la existencia de cambios a nivel cervical.
- Dilatación del orificio del cérvix  $\geq 1$  cm, esta medida se va dar por una exploración digital en la vagina y el resultado es dado en centímetros.
- Borramiento (ablandamiento, acortado o más delgado) del cuello uterino  $\geq 80\%$  (incorporación).
- Percepción de presión en pelvis por la magnitud de las contracciones (persistente y rítmica).
- Pérdida de un flujo vaginal mucoso o sanguinolento (tapón mucoso). (1) (29)

## **VI. Diagnóstico**

Con una minuciosa indagación y un reconocimiento clínico adecuado se podrá precisar el diagnóstico para ello se debe tener en cuenta:

### **1. Signos y síntomas**

- En 20 minutos se presenta cuatro contracciones dolorosas, u ocho contracciones en el transcurso de 1 hora, más la existencia de cambios a nivel cervical.
- Dilatación del cuello uterino  $\geq 1$  cm con un borramiento de 80% o más (ablandamiento, acortado o más delgado).
- Pérdida de flujo vaginal (mucoso y sanguinolento).

### **2. Valoración.-se debe determinar lo siguiente:**

- Tiempo de gestación, edad gestacional o edad del feto.- si se conoce (FUR), se diagnosticara la edad gestacional que debe de oscilar  $> 22$  y  $< 37$  semanas de gestación completas para confirmar TPPT si no se conoce (FUR) se confirmara a través de una ecografía obstétrica.
- Peso del feto.- determinar el peso fetal mediante ecografía obstétrica o hallar ponderado fetal con altura uterina.

- Presentación fetal.- a través de las maniobras de Leopold determinar la parte de presentación al canal vaginal también puede confirmar por ecografía obstétrica.
- Prueba de bienestar fetal (monitoreo).- para diagnosticar la viabilidad fetal este debe de ser ininterrumpido o constante.
- Tocografía externa.- se realiza para confirmar la presencia, intensidad, frecuencia y duración de las contracciones.
- Examen clínico.- para evaluar la dilatación e incorporación cervical a través del tacto vaginal, presencia de líquido amniótico si se está frente a una RPM, sensibilidad del fondo del uterino, presencia de sangrado por vagina, fiebre o HTA. (1) (29) (30)

### **3. Estudios de laboratorio.**

#### **➤ Exámenes auxiliares**

##### **a. De patología Clínica**

- Hemograma completo de grupo sanguíneo y factor Rh.

- Examen de orina y/o urocultivo para prescindir una infección a nivel del tracto urinario.
- Proteína C reactiva (PCR) para prescindir una inflamación general que se puede dar por la presencia de (RPM) o una infección (corioamnionitis).
- Tinción de Gram endocervical para descartar vaginitis ante la presencia de bacterias que se localizan en cérvix o vagina.
- Cultivo endocervical, se realiza en el último trimestre del embarazo para detectar el estreptococo del grupo B y no contagiar al recién nacido durante el parto.

**b. De imágenes**

- Ecografía obstétrica se realiza para confirmar la edad gestacional, malformación fetal, determinar embarazo múltiple, ubicación e inserción de la placenta, posición del feto, cantidad de líquido amniótico (ILA), descartar retardo



de crecimiento intrauterino (RCIU). (15)  
(34)

- Ecografía endovaginal llamado también ecografía transvaginal o ginecológica se realizara entre la 20 y 34 semanas de gestación para efectuar la medición de la longitud cervical, la cervicometría es una técnica de diagnóstico pragmático para el reconocimiento de pacientes con trance de PPT, la longitud del cérvix aminora gradualmente a medida que progresa la gestación, si al examen presenta una longitud o dilación cervical  $< 25$  mm es una previsión de riesgo de que la gestante puede hacer PPT, si la medida resulta 18 mm es el  $>$  valor de pronóstico positivo para PPT y una longitud  $>$  a 30 mm es un valor pronóstico negativo, una dilación cervical de 25 mm con existencia de actividad uterina la grávida está presentando una amenaza de PPT. La (ACOG) aconseja efectuar entre 16 y 23 semanas de gestación una cervicometría a gestantes que culminaron su anterior embarazo con diagnóstico de PPT ya que

es un análisis de modo rápido y no es oneroso, este modelo de examen es admitido por las distintas entidades de salud a nivel mundial. (34)

➤ **Registro cardiotocográfico fetal** se realiza cuando el feto tiene una edad  $\geq 28$  semanas de gestación, porque a esta edad neurológicamente el feto se encuentra maduro.

➤ **Tener en cuenta a evaluar el desarrollo pulmonar fetal**, a través de la amniocentesis realizar recuento de cuerpos lamelares. (1) (35)

➤ **Examen especializados complementarios:**

- **Dosaje de fibronectina**

La fibronectina fetal es una glucoproteína producida por la membrana coriónica, la fibronectina mantiene a la placenta adherida a la decidua, se encuentra presente en la secreción cérvico-vaginal hasta las 22 semanas de gestación, pero si podríamos hallar fibronectina cuando exista modificaciones a nivel cervical como borramiento y dilatación prematura con presencia de contracciones dolorosas, si el resultado del dosaje de

fibronectina fetal es  $< 50$  ng/ml nos indica que es negativo podemos conjeturar en un 95% que no se va producir nacimiento pretérmino dentro de los 14 días cercanos, si al enzimoimmunoanálisis es  $> a 50$  ng/ml nos predice que de que si ocurrirá PPT, dentro de los 15 días siguientes. (36)

## **VII. Manejo**

La conducción de este síndrome es únicamente en recintos de salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (FONE) ya que son locales de salud que cuentan con servicios de banco de sangre y la unidad de servicios intensivos neonatales (UCIN), las mujeres embarazadas llegan directamente a este recinto o son trasladadas de otros establecimientos como los Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias (FONP) o Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB) la conducción es dispar por cada clase de recinto. (11) (23)

### **❖ Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – (FONP).**

- En una mujer embarazada que concurra al recinto de salud y menciona padecer contracciones uterinas, la atención o examen a realizarse es

urgente y rápido lo primero a valorar serán: funciones vitales maternas, se evaluará la actividad uterina (dinámica) para confirmar viabilidad fetal valorar el ritmo de los latidos del corazón del feto, así mismo se procederá a realizar una exploración física a la grávida para descartar un aumento de la presión arterial (hipertensión), apertura de la bolsa amniótica o RPM, presencia de sangrado por la vagina, si al realizar tacto vaginal se determina que existe borramiento y dilatación a nivel cérvix, se conduce a la grávida a una cede con (FONE).

- Trasladar a la grávida con vía parenteral (endovenosa) permeable y segura con cloruro de sodio (CINa 0,9% x 1000cc), con el acompañamiento del personal capacitado para custodiar la actividad uterina (dinámica), latidos fetales, funciones básicas de la madre y/o determinar algún signo de trance que pueda desmejorar la existencia del binomio madre e hijo. (11) (23)

❖ **Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas FONB.**

- a. En gestante que se apersonan al recinto de salud y aseveran manifestar contracciones uterinas, la atención es inmediata, se determinara: funciones

vitales maternas, se evaluara la actividad uterina (dinámica) para confirmar viabilidad fetal valorar el ritmo de los latidos del corazón del feto , así mismo se procederá a realizar una exploración física a la grávida para descartar un aumento de la presión arterial (hipertensión), RPM, presencia de sangrado por la vagina, al tacto vaginal se determina que existe borramiento y dilatación a nivel cérvix, se refiere a la mujer grávida a una cede con (FONE).

b. Practicar exámenes complementarios de laboratorio para descartar una infección o inflamación también se procederá a realizar una ecografía obstétrica y/o transvaginal para determinar las características del cuello uterino (cervicometría), confirmar el tiempo transcurrido de la gestación (edad gestacional), comprobar la existencia más de un feto, posición del cuerpo del feto, anomalías del desarrollo fetal, volumen del fluido amniótico, crecimiento intrauterino retardado (CIUR) o (RCIU) etc.

c. De confirmarse el diagnóstico de PPT, transferir a una cede de salud con (FONE) con vía parenteral o endovenosa permeable y segura, con cloruro de sodio (CINa 0,9% x 1000cc) el traslado se debe realizar con personal mejor capacitado para monitorizar la actividad uterina (dinámica),

frecuencia cardiaca del feto, funciones vitales maternas y/o detectar situaciones de riesgo que pueda agravar la vida del binomio madre e hijo.

d. Tratamiento de aceleración del desarrollo pulmonar fetal si tiene una edad gestacional < 34 semanas, suministrar la primera dosis de Betametasona (amp.) 12 mg vía IM, o Dexametasona (amp.) 4 mg por vía IM, ambos corticoides que asiste al neonato a no padecer del síndrome de insuficiencia respiratoria (SIR) o síndrome de membrana hialina (SMH) y la patología de enterocolitis necrosante o necrotizante, las dosis restantes serán completadas en las sedes con (FONE). (11) (23)

❖ **Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales – FONE.**

• **Servicio de emergencia:**

Si la gestante a la evaluación presenta dilatación  $\geq$  1cm, borramiento  $\geq$  80%, (Test de Bishop), actividad uterina de 4 contracciones rítmicas y regulares en 20 minutos u ocho en una hora (60 minutos) y la figura de uno o varias situaciones de peligro o riesgo de PPT, la gestante es internada en el establecimiento para culminar el embarazo o es referida a sala de operaciones para cesárea.

- **Servicio de hospitalización:**

- a. La grávida con diagnóstico confirmado de trabajo de PPT es ingresada al servicio de hospitalización para culminar el embarazo, el ingreso a este servicio es con su historia clínica donde debe de figurar los factores de riesgo.
- b. Continuar o iniciar hidratación parenteral con solución endovenosa de Cloruro de sodio (CINa 0,9% x 1000cc). administrar 500 mililitros (ml) a goteo rápido y proseguir con 50- 60 gotas por un lapso de 60 segundos (seg), también se puede emplear solución glucosada como la Dextrosa 5% en ella se incorpora una ampolla de CINa 20%, esta preparación se recomienda administrar 400cc en 1 hora y luego 150 cc por 60 seg.
- c. Iniciar la medicación temprana y adecuada al factor que origino el PPT.
- d. A través de la técnica de palpación en el abdomen de la grávida determinar presentación, posición, situación fetal y grado de encajamiento.
- e. Para evitar una reducción del flujo sanguíneo entre el (útero – placenta) y ocasionar una

reducción en el aporte de oxígeno al feto, la grávida debe de permanecer en cama y quietud absoluta en posición anatómica de acostado de lado izquierdo o de costado.

- f. Continuamente se debe de monitorizar las funciones vitales maternas.
- g. Realizar la prueba de bienestar fetal constante para confirmar la vitalidad fetal.
- h. Si el feto se encuentra entre las 24 - 34 semanas de gravidez y no se le administro anticipadamente tratamiento de aceleración del desarrollo pulmonar, se iniciara con la administración de corticoides (betametasona 12mg o dexametasona 6mg) a la madre.
- i. Control de actividad uterina por palpación del abdomen o por monitorización externa con la ayuda de un tocógrafo.
- j. Avizarar continuamente sobre la presencia de sangrado por la vagina o fluido amniótico.
- k. La exploración vaginal (tacto vaginal) es un procedimiento que se realizara a la grávida cada 4 horas para estimar la variabilidad a nivel cervical.



- I. Con los datos de medición de la altura uterina y/o con la ayuda de la ultrasonografía obstétrica confirmar ponderado fetal clínico para de esta forma diagnosticar la edad fetal y /o gestacional.  
(11) (23)

➤ **Atención del parto pretérmino**

- a. La atención para la culminación de PPT es exclusivamente hospitalario en establecimientos FONE.
- b. Cuando la mujer grávida se encuentre en TPPT, y se utilizan medicamentos para suprimir esta etapa estos tratamientos no siempre son efectivos.
- c. Para tomar una decisión sobre la vía de culminación del embarazo, se debe tener en cuenta particularmente en los fetos de muy bajo peso (750 a 1500 gr) con este peso el feto o recién nacido pueden sufrir una deficiencia en la cuantía de oxígeno (hipoxia fetal aguda) o alteraciones en la función del cerebro fetal, también se tomara en cuenta la presencia de hemorragia por vagina ante parto o una alteración en la

dilatación del cuello uterino esta suele llegar a ser estacionaria, también podría presentarse un trabajo de parto prolongado y/o algún agravamiento en el feto/placenta.

- d. Dependerá del peso, la presencia de un factor de riesgo y la parte fetal que se ofrece al canal vaginal para definir la vía de consumación de la gestación que podría ser por vía vaginal normal, o por un parto quirúrgico (cesárea).
- e. La viabilidad del neonato fuera del claustro materno va estar supeditado a la edad fetal y el peso al nacer.
- f. Si el feto es <26 semanas o con un peso fetal < 750 gr la finalización de la gravidez será por vía natural (vaginal), estimando los siguientes argumentos: al realizar las maniobras de Leopold el feto debe tener una presentación cefálica o podálica y con ausencia de complicaciones, la expulsión del órgano principal de la gestación y membranas será con alumbramiento dirigido, en

periné realizar una incisión quirúrgica amplia.

- g. Un feto con edad gestacional >26 semanas o con un ponderado fetal >800gr y en presentación fetal anómala la consumación de la gravidez es por parto quirúrgico.
- h. La atención del segundo periodo del parto será efectuada por un profesional obstetra, con la cooperación de los profesionales: médico ginecólogo y un neonatólogo, simultáneamente mente con la brigada multidisciplinaria.
- i. Cuando la mujer grávida permanece en la primera etapa del trabajo de parto lo viable es de que no se ejecute ruptura artificial de membranas (RAM).
- j. Ante el indicativo de cesárea, la mujer grávida debe de ser acondicionada para su admisión al quirófano, conjuntamente suministrar la dosis de corticoides ante la ausencia de la dosis inicial de (Betametasona de 12

mg (amp) vía IM, o Dexametasona de 6 mg (amp) vía EV), para la acelerar el desarrollo pulmonar fetal, estos corticoides ayudara al neonato a disminuir la presencia del Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR), enterocolitis necrotizante a nivel del intestino grueso y una hemorragia intraventricular (sangrado en los ventrículos del cerebro). (11) (23) (37)

## **VIII. Complicaciones**

### **✓ Complicaciones en el feto:**

- Insuficiencia pulmonar aguda o síndrome de dificultad respiratoria (SDR) por ausencia del surfactante.
- Hemorragia intracerebral (en mayor porcentaje en < 34 semanas y < 1500 g ocasionado por la permeabilidad de la matriz germinal).
- Hipotermia, a causa de la inmadurez de los órganos, sistemas y un inadecuado tamaño corporal fetal.
- Enfermedades intestinales como la enterocolitis necrotizante que se origina por la insuficiencia de

riego sanguíneo y oxígeno en tejido intestinal se manifiesta entre los 14 - 21 días de nacimiento.

- Alteraciones en el crecimiento y desarrollo del neonato.
- Retinopatía de la prematuridad por el crecimiento anormal de los vasos sanguíneos en la retina puede provocar ceguera.
- Displasia broncopulmonar se presenta después de una enfermedad de la membrana hialina (EMH) o síndrome de dificultad respiratoria (SDR).
- Epilepsia se presenta por una inadecuada oxigenación a causa de la inmadurez de los pulmones del neonato, la hipoxia va producir un daño cerebral, como una hemorragia intracerebral estimada como un desenlace fatal que conlleva a una lesión neurológica.
- Retardo mental (si el parto se ha producido antes de las 28 semanas de gestación y logra sobrevivir el neonato es muy posible que presente problemas de conducta como un autismo, dificultad en el aprendizaje o algunos trastornos psiquiátricos.

- Muerte neonatal. (11) (37) (38) (1)
- ✓ **Complicaciones en la madre**
  - A nivel del ligamento ancho (tejido del peritoneo del útero) se va producir un desgarro.
  - desgarro de los vasos sanguíneos (arteria ovárica y uterina).
  - la madre puede volver hacer PPT en su siguiente embarazo. (37) (1)

### 2.2.3. Puerperio

Citado también postparto abarca posterior a la expulsión del órgano principal de la gestación hasta las seis semanas ulteriores. (39)

#### 1. Clasificación del puerperio

- **Puerperio Fisiológico:** cuando el progreso de la puérpera en cuanto a su salud es normal, no coexiste sospechas de riesgo.
- **Puerperio Patológico:** el progreso de la salud de la puérpera es anómalo, hay coexistencia de alguna patología, como una inflamación y/o infección a nivel del tracto urinario o por una dehiscencia, sangrado abundante por una atonía, aumento de la presión arterial, anemia etc. (40)

## 2. Duración del puerperio

- ❖ **Puerperio inmediato.-** Se estima las primeras 24 horas postparto.
- ❖ **Puerperio mediato.-** Comienza después de las 24 horas hasta los 10 días postparto. (19)
- ❖ **Puerperio alejado.-** Del 11° día hasta los 42 días postparto (termina el puerperio). Otras bibliografías también lo consideran como puerperio tardío. (19) (41)
- ❖ **Puerperio tardío.-** De los 42 días después del parto hasta finalizar los 365 días (1 año) de la expulsión de la placenta, esta dilatación del tiempo se puede dar por el surgimiento de algunas patologías que se encuentran en concordancia con la gestación. (19)

### 2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

- **Parto pretérmino**

Se considera a la expulsión de un producto del claustro materno que ocurre entre las 22 y < 37 semanas de gestación es decir, entre 154 y 258 días. (42) (37) (1)

- **Trabajo de parto prematuro**

Se considera cuando existe actividad uterina (4 contracciones en 20 minutos u 8 en 60 minutos, con un borramiento de cérvix  $\geq$  al 80% y una dilatación cervical  $\geq$  4 cm. (43)

- **Factores asociados**

Son Incidencias, condición o particularidad que presenta la mujer durante el periodo de gravidez estas particularidades afectan al acrecentamiento normal de la gravidez, la forma de exhibición de estos factores puede ser de forma natural o indirectamente. (3)  
(44)

- **Puerperio**

Llamado también posparto comprende después del alumbramiento hasta los 42 días postparto (6 semanas) seguidas a la expulsión del órgano principal de la gestación. (1)  
(19) (1)

## **2.4. HIPÓTESIS.**

### **2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL.**

Existe influencia entre los factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos con el parto pretérmino en puérperas atendidas en El Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen en el periodo enero a mayo, 2017.

## **2.5. VARIABLES.**



### 2.5.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Dimensiones	Definición operacional de las dimensiones	Indicador	Valor
Factores maternos asociados al parto pretérmino en puérperas atendidas en El Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen en el período Enero a Mayo del 2017	Son peculiaridades o características que acontecen en las mujeres grávidas > de 22 a <de 37 semanas de gestación estas peculiaridades cuando surgen durante este periodo de la gravidez originan el trabajo de parto prematuro	Cualitativo	Sociodemográficos	Son particularidades del estado social de una mujer embarazada, >22 a <37 semanas de embarazo estas características de acuerdo a los estudios ya realizados son considerados como factores de riesgo del parto pretérmino.	Historia Clínica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edad</li> <li>2. Estado civil</li> <li>3. Grado de instrucción</li> <li>4. Ocupación</li> <li>5. Procedencia</li> <li>6. Violencia basada en género</li> </ol>
			Obstétricos	Son condiciones detectables en la embarazada que se encuentra entre (> 22 a < 37) semanas de gestación, atributos que desencadenan el trabajo de parto pretérmino.		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Paridad</li> <li>2. Antecedentes de parto Pretérmino</li> <li>3. Antecedente de aborto</li> <li>4. Embarazo múltiple</li> <li>5. Control pre natal</li> </ol>
			Patológicos	Son condiciones clínicas que se presentan en mujeres embarazadas >22 a <37 semanas de gestación, patologías que van a desencadenar trabajo de parto pretérmino.		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Infección urinaria</li> <li>2. Anemia</li> <li>3. Cervicitis</li> <li>4. Diabetes</li> <li>5. Enf. Hipert. Embarazo</li> <li>6. Ruptura prematura de membranas.</li> <li>7. Desprendimiento prematuro de placenta</li> <li>8. Obesidad</li> </ol>

## CAPÍTULO III

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN.

Estudio de tipo descriptivo, relacional y retrospectivo de corte transversal.

#### 3.2. POBLACIÓN.

##### **Población:**

La población estuvo conformada por 360 puérperas con recién nacidos de PPT que se atendieron su parto en el HRDMI El Carmen durante los meses de enero - mayo, 2017 que fueron seleccionadas bajo los criterios de selección.

##### • **Criterios de inclusión:**

- Puérperas con recién nacidos prematuros.
- Historias clínicas con datos completos.

##### • **Criterios de exclusión**

- Puérperas con recién nacidos a término y postérmino.
- Historias clínicas con datos incompletos o dudosos.

#### 3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

El presente estudio de investigación emprendió su ejecución con la inscripción y presentación del proyecto de tesis a las autoridades responsables y juiciosos de la Facultad de Ciencias de la Salud (UPeCEN), para ser analizado el contenido y con la rauda resolución de las correcciones. Una vez admitida se emprendió a gestionar el debido consentimiento en el HRDMI El Carmen para poder iniciar el trabajo de

investigación en las instalaciones de dicho nosocomio. Una vez accedida y con la autorización de la Oficina de Investigación, Capacitación y Docencia del Hospital en mención se empezó a revisar y recolectar datos verídicos de las historias clínicas en la ficha de recolección de datos. **ANEXO 1**

- **Descripción del instrumento**

Para dicho estudio se elaboró una ficha de recolección de datos, instrumento que asistió a recabar toda la información imprescindible de las historias clínicas de las puérperas que culminaron su embarazo con diagnóstico de PPT en el HRDMI El Carmen en el periodo enero - mayo, 2017 y se divide en tres partes: **ANEXO 2**

- Factores sociodemográficos consta de 06 ítems.
- Factores obstétricos comprende 05 ítems.
- Factores patológicos conformados por 08 ítems.

### **3.4. PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO.**

Todos los datos adquiridos de los documentos médico legal fueron incorporados a una base de Excel 2010 y trabajados posteriormente en el programa SPSS versión 23.

- **Análisis Univariado:**

Se realizó medidas de frecuencia para las variables cualitativas ya mencionadas aplicando la estadística descriptiva.

- **Análisis Bivariado**

Se determinó la asociación entre los factores maternos y PPT en puérperas del Hospital Docente Materno Infantil el Carmen con el análisis de Chi cuadrado.

- **Análisis Multivariado.**

Se realizó mediante el análisis de regresión múltiple para determinar la asociación de los factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos con el PPT.

### **3.5. ASPECTOS ÉTICOS.**

El siguiente estudio de investigación fue revisado por el comité de ética de la UPeCEN. Así mismo el presente estudio alcanzó obtener la autorización de las autoridades del HRDMI El Carmen para el estudio de investigación. **ANEXO 3.**

a) Carta de respeto de confiabilidad en la que me comprometí no revelar ninguna información íntima o privado conservando un respeto a que todos los datos obtenidos serán resguardados y no difundidos. **ANEXO 4**

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

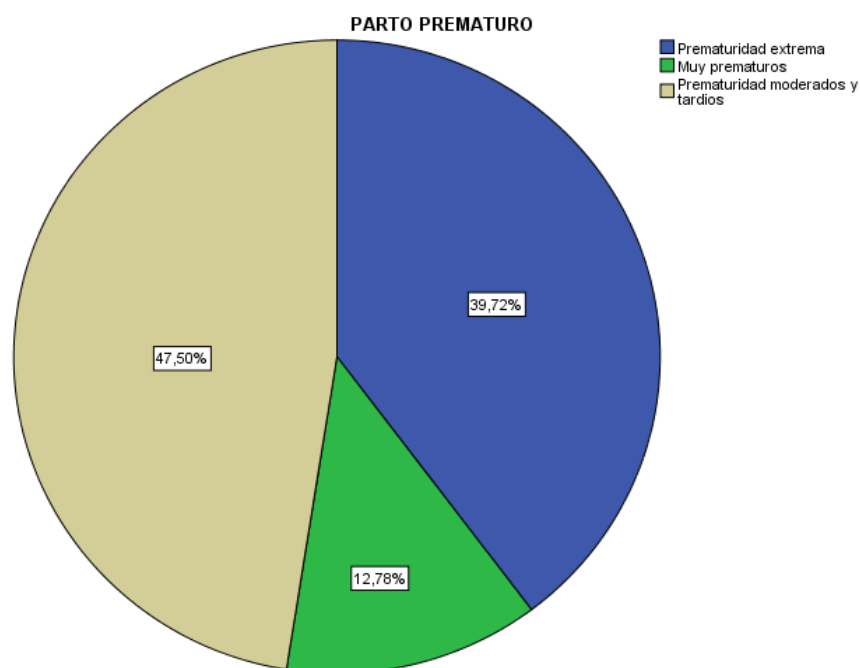
#### 4.1. RESULTADOS:

**Tabla 1:** Partos pretérmino según la clasificación de las puérperas atendidas en el HRDMI - El Carmen en el periodo enero-mayo, 2017.

	Frecuencia	Porcentaje
Extremadamente prematuros	143	39.7%
Muy prematuros	46	12.8%
Prematuridad moderados	171	47.5%
TOTAL	360	100%

Fuente: HRDMI. El Carmen.

**Grafico 1:** Diagrama de sectores de partos pretérminos en el HRDMI - El Carmen en el periodo enero – mayo, 2017. según clasificación.



Fuente: HRDMI. El Carmen.

**Interpretación:** En la tabla N° 1 se observa PPT según la clasificación de un total de 360 puérperas, 143(39.7%) fueron de prematuridad extrema, 46(12.8%) muy prematuros, 171(47.5%) con prematuridad moderados.

**Tabla 2:** Factores sociodemográficos de las puérperas atendidas en el HRDMI - El Carmen en el periodo enero- mayo, 2017.

Factores sociodemográficos		Frecuencia	Porcentaje
Edad	Menor de 15 años	95	26.4%
	De 16 a 34 años	198	55%
	Mayor de 35 años	67	18.6%
Estado civil	Soltera	101	28.1%
	Casada	85	23.6%
	Conviviente	166	46.1%
	Divorciada	8	2.2%
Grado de instrucción	Primaria	52	14.4%
	Secundaria	166	46.1%
	Superior	92	25.6%
	Sin estudios	50	13.9%
Ocupación	Trabaja	106	29.4%
	No trabaja	254	70%
Procedencia	Urbano	238	66.1%
	Rural	80	22.2%
	Urbano marginal	42	11.7%
Violencia basada en género	Si	171	47.5%
	No	189	52.5%
TOTAL		360	100%

Fuente: HRDMI El Carmen.

**Interpretación:** En la Tabla N° 2 se puede apreciar los factores sociodemográficos de 360 puérperas con recién nacidos pretérmino presentaron: en edades 95(26.4%) menores de 15 años, 198(55%) tenían edades entre 16 a 34 años y 67(18.6%) > de 35 años; estado civil 101(28.1%) eran solteras, 85(23.6%) casadas y 166(46.1%) convivientes, 8(2.2%) divorciadas, grado de instrucción 52(14.4%) estudiaron primaria, 166(46.1%) secundaria, 92(25,6%) superior, 50(13,9%) sin estudios, ocupación 106(29.4%) tenían trabajo, 254(70.0%) no tenían trabajo, procedencia 238(61.1%) pertenecían a la zona urbano, 80(22.2%) zona rural, 42(11.7%) urbano marginal, 171(47.5%) sufrieron violencia basada en género, 189(52.5%) no sufrieron sufrieron violencia basada en género.



**Tabla 3:** Factores obstétricos de puérperas atendidas en el HRDMI -

El Carmen, en el periodo enero- mayo, 2017.

Factores obstétricos	Frecuencia	Porcentaje	
Paridad	Nulípara	10	2.80%
	Primípara	117	32.50%
	Secundípara	168	46.70%
	Múltipara	55	15.30%
	Gran múltipara	10	2.80%
Antecedentes de parto pretérmino	Si	260	72.20%
	No	100	27.80%
Antecedentes de aborto	Si	96	26.70%
	No	264	73.30%
Embarazo múltiple	Si	172	47.8%
	No	188	52.2%
Número de control prenatal	Adecuado	188	52.2%
	Inadecuado	172	47.8%
TOTAL	360	100%	

Fuente: HRDMI. El Carmen.

**Interpretación:** En la Tabla N° 3 se puede apreciar los factores obstétricos de 360 puérperas con recién nacidos pretérmino presentaron según paridad 10(2.8%) fueron nulíparas, 117(32.5%) primíparas, 168(46.7%) secundíparas, 55(15.3%) multíparas, 10(2.8%) gran multíparas, antecedentes de parto pretérmino 260(72.2%) tenían antecedente de parto pretérmino, 100(27.8%) no tenían antecedente de parto pretérmino, 96(26.7%) tenían antecedentes de aborto, 264(73.3%) no tenían antecedente de aborto, embarazo múltiple 172(47.8%) tuvieron embarazo múltiple, 188(52.2%) no tuvieron embarazo múltiple, control prenatal 188(52.2%) tuvieron control prenatal adecuado, 172(47.8%) control prenatal inadecuado.

**Tabla 4:** Factores patológicos de las puérperas atendidas en el HRDMI - El Carmen en el periodo enero- mayo, 2017.

Factores patológicos		Frecuencia	Porcentaje
Infección urinaria	Si	288	80%
	No	72	20%
Anemia	Si	195	54.2%
	No	165	45.8%
Cervicitis	Si	190	52.8%
	No	170	47.2%
Diabetes	Si	18	5.0%
	No	342	95.0%
Enfermedades hipertensivas del embarazo	Si	168	46.7%
	No	192	53.3%
Ruptura prematura de membranas	Si	202	56.1%
	No	158	43.9%
Desprendimiento prematuro de placenta	Si	72	20.0%
	No	288	80.0%
Obesidad	Si	116	32.2%
	No	244	67.8%
TOTAL		360	100%

Fuente: HRDMI. El Carmen

**Interpretación:** En la Tabla N° 4 se puede apreciar los factores patológicos de 360 puérperas con recién nacidos pretérmino, 288(80.0%) presentaron infección urinaria, 72(20%) no presentaron infección urinaria, 195(54.2%) tenían anemia, 165(45.8%) no tenían anemia, 190(52.8%) tenían cervicitis, 170(47.2%) no tenían cervicitis, 18(5.0%) tuvieron diabetes, 342(95.0%) no presentaron diabetes, 168(46.7%) presentaron enfermedades hipertensivas del embarazo (EHE), 192(53.3%) no presentaron enfermedades hipertensivas del embarazo (EHE), 202(56.1%) tuvieron ruptura prematura de membranas (RPM) 158(43.9%) no tuvieron ruptura prematura de membranas (RPM), 72(20.0%) presentaron desprendimiento prematuro de placenta (DPP), 288(80.0%) no presentaron desprendimiento prematuro de placenta (DPP), 116(32.2%) presentaron obesidad, 244(67.8%) no presentaron obesidad.

**Tabla 5 :** Asociación de los factores maternos, obstétricos y patológicos con respecto al parto pretérmino de las puérperas atendidas en el HRDMI. El Carmen en el periodo enero- mayo, 2017 según el análisis bivariado.

<b>PARTO PRETÉRMINO</b>					
	<b>Factores maternos</b>	<b>Chi-cuadrado</b>	<b>Gl</b>	<b>Sig.</b>	
Sociodemográficos	Edad	5.962	0	.202	
	Estado civil	4.236	4	.645	
	Grado de instrucción	5.042	6	.538	
	Ocupación	7.340	6	.025	
	Procedencia	4.404	2	.354	
	Violencia basada en género	.580	4	.748	
	Obstétricos	Paridad	27.528	0	.001
Antecedentes de parto pretérmino		2.475	8	.290	
Antecedentes de aborto		1.830	2	.401	
Embarazo múltiple		2.036	2	.361	
Control prenatal		6.652	2	.036	
Patológicos		Infección urinaria	.364	2	.833
		Anemia	7.936	2	.019
	Cervicitis	1.880	2	.391	
	Diabetes	1.793	2	.408	
	EHE	3.656	2	.161	
	RPM	6.539	2	.038	
	DPP	.800	2	.670	
	Obesidad	1.198	2	.670	

Fuente: HRDMI. El Carmen.

EHE: Enfermedades hipertensivas del embarazo, RPM: Ruptura prematura de membranas, DPP: Desprendimiento prematuro de placenta

Los factores sociodemográficos de las puérperas de recién nacidos pretérmino del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen 2017, el factor que se asocia es la ocupación con un  $X^2$  de 7.340 y un  $p=0.025$ ; en los factores Obstétricos los que se asocian son paridad con un  $X^2$  de 27.528 con un  $p=0.001$  y el control prenatal con un  $X^2$  de 6.652 y un  $p= 0.036$ ; en los factores patológicos los que se asocian son: anemia con un  $X^2$  de 7.936 y un  $p= 0.019$  y ruptura prematura de membranas con un  $X^2$  de 6.539 y un  $p= 0.038$ .

El resultado encontrado para el factor sociodemográfico fue la ocupación con un nivel de significancia = 0.025 menor que  $p<0.05$ ; concluyendo que se asocia con el parto pretérmino el factor ocupación, siendo la ocupación en la grávida un factor importante en el ingreso económico para la solvencia económica y exámenes de importancia en el embarazo. (18)

En los factores obstétricos los que se asocian son paridad con un nivel de significancia = 0.001 menor que el  $p<0.05$ ; concluyendo que la paridad se asocia con el parto pretérmino ya que el número de gestaciones anteriores y número de partos como la primiparidad y multiparidad son factores de riesgo (26) (28), al igual que el control prenatal también se asocia al parto pretérmino con un nivel de significancia = 0.036 menor que el  $p<0.05$ ; por ser el control prenatal inadecuado (menores de 4 controles o ausencia del mismo) un factor pre disponente a parto pretérmino debido que en los controles prenatales se realiza un control estricto del embarazo y se detecta complicaciones maternas. (29)

Para los factores patológicos los que se asocian con el parto pretérmino son la anemia con un nivel de significancia = 0.019 menor que  $p < 0.05$ ; durante la gestación se eleva los requerimientos de nutrientes fundamentales para la hematopoyesis a razón del incremento de la masa globular del crecimiento fetal, tejidos maternos y la placenta. (12)

También el factor ruptura prematura de membranas se asocia con el parto pretérmino con un nivel de significancia = 0.038 menor al  $p < 0.05$ ; debido a una invasión microbiana que ocasiona una infección o inflamación cervicovaginales y estos a su vez producen una debilidad a nivel de las membranas y así un aumento de colagenasas, elastasas y proteasas a razón de este incremento se activan el eje hipotálamo hipófisis y adrenal provocando el aumento de estrógenos a nivel del miometrio y producir de esta forma contracciones uterinas e inicio del trabajo de parto. (45)

Concluyendo: existe influencia entre los factores ocupación, paridad, control prenatal, anemia y ruptura prematura de membranas con el parto de los recién nacidos pretérminos en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen.

**Tabla 6:** Correlación de los factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos con respecto al parto pretérmino mediante el análisis multivariado según el modelo de regresión lineal.

PARTO PRETERMINO					
Factores maternos		R	sig.	Constante	Coefficiente
Sociodemográficos	Edad	.125	.018	2.412	.174
	Estado civil	.026	.623	2.017	.027
	Grado de instrucción	.4	.454	2.176	-0.41
	Ocupación	.084	.114	2369	-0.171
	Procedencia	.061	.246	1.958	.082
	Violencia basada en género	.002	.973	2.073	.003
	Paridad	.074	.164	2.3714	-0.84
Obstétricos	Antecedentes de parto pretérmino.	.048	.363	1.95	.1
	Antecedentes de aborto	.23	.658	1.992	.049
	Embarazo múltiple	.04	.454	2.19	-0.074
	Número de control prenatal	.116	.028	2.397	-0.216
Patológicos	Infección urinaria	.019	.714	2.132	-0.045
	Anemia	.155	.003	2.499	-0.289
	Cervicitis	.029	.589	1.999	.053
	Diabetes	.022	.679	2.26	-0.094
	EHE	.125	.017	2.436	-0.234
	RPM	.146	.005	2.472	-0.272
	DPP	.018	.735	2.153	-0.042
Obesidad	.007	.902	2.056	.013	

Fuente: HRDMI. El Carmen.

EHE: Enfermedades hipertensivas del embarazo, RPM: Ruptura prematura de membranas, DPP: Desprendimiento prematuro de placenta.



En la Tabla N° 6 se observa la correlación de los factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos de 360 puérperas de recién nacidos pretérmino atendidas en el HRDMI. El Carmen en el periodo enero- mayo, 2017 para la obtención del análisis multivariado se usó el modelo de regresión lineal.

Si  $0.40 < r < 0.70$  el resultado encontrado para el factor sociodemográfico fue que existe una correlación significativa con el grado de instrucción debido a que el  $r = 0.40$ .

Si  $0.00 < r < 0.20$  diremos que existe una correlación no significativa con la edad con un  $r = 0.12$ , estado civil con un  $r = 0.026$ , ocupación con un  $r = 0.08$ , procedencia  $r = 0.061$  y violencia basada en género  $r = 0.002$ .

Para el factor obstétrico concluiremos que existe una correlación no significativa con la paridad  $r = 0.074$ , antecedentes de parto pretérmino  $r = 0.048$ , embarazo múltiple  $r = 0.040$ , número de controles prenatales  $r = 0.116$ .

Mientras que para el factor patológico existe una correlación no significativa con la infección urinaria con  $r = 0.019$ , anemia con  $r = 0.15$ , cervicitis  $r = 0.029$ , diabetes con un  $r = 0.022$ , EHE con un  $r = 0.125$ , RPM con  $r = 0.146$ , DPP con  $r = 0.018$  y obesidad con un  $r = 0.007$ .

**Tabla 7:** Ecuación según el modelo de regresión lineal.

---

$$\text{Parto pretérmino} = (2.412) \text{ edad} + (2.397) \text{ número de control prenatal} + (2.499) \text{ anemia} + (2.436) \text{ EHE} + (2,472) \text{ RPM.}$$

---

Fuente: HRDMI. El Carmen

EHE: Enfermedades hipertensivas del embarazo, RPM: Ruptura prematura de membranas.

Existe relación significativa con el parto pretérmino: de los factores sociodemográficos, la edad con un p valor = 0.018, de los factores obstétricos el número de control prenatal con un p valor = 0.028 y de los factores patológicos la anemia con un p valor = 0.003, EHE con un p valor = 0.017 y RPM con un p valor = 0.005.

#### **4.2. DISCUSIÓN.**

El PPT hasta la actualidad es causante de morbimortalidad neonatal motivo por el cual es considerado un problema para la salud pública este síndrome se presenta por la presencia de diferentes factores durante la gestación ya sean sociodemográficos, obstétricos o patológicos motivo por el cual tiene mucha implicancia en la salud pública.

Sobre la edad de la puérpera se evidencio 198(55.0%) las edades oscilaban entre 16 a 34 años similar al estudio de García B, en el año 2015. “La edad de la madre y la cantidad de interrupciones del embarazo son factores de riesgo para presentar PPT en gestantes que culminaron su embarazo en el Hospital especializado en la atención de la Madre y Niño - San Bartolomé en los meses de enero y febrero del año 2015”, de una muestra de 60(30 casos y 30 controles)

obtuvo de las gestantes de PPT 15(50%) sus edades estaban dentro de 20 a 35 años. (17)

En el estado civil se obtuvo 166(46.1%) eran convivientes similar al estudio de Alarcon J, en el año 2017. “Factores de riesgo del PPT en grávidas adolescentes que culminaron su embarazo en el Centro Hospitalario Nacional Docente Materno/infantil (HNDMI) - San Bartolomé – Lima, durante el año 2016” de una muestra de 108 gestantes, obtuvo en el estado civil de puérperas de PPT 29(53,7%) eran convivientes. (10)

En el grado de instrucción 166(46.1%) tuvieron educación secundaria similar al estudio de Alarcón J, en el año 2017. “Factores de riesgo del PPT en grávidas adolescentes que culminaron su embarazo en el Centro Hospitalario Nacional Docente Materno/infantil (HNDMI) - San Bartolomé – Lima, durante el año 2016” de una muestra de 108 gestantes, obtuvo en gestantes de PPT 45(83.3%) con grado de instrucción secundaria. (10)

En cuanto a la ocupación se obtuvo 254(70.0%) no trabajaban similar al estudio de Flores J, en el año 2016. “La anemia en el último trimestre de gestación es un factor de riesgo ligado para desarrollar PPT, en embarazadas que culminaron su embarazo en el hospital antigua Maternidad de Lima durante los meses de junio - diciembre del año 2015” de una muestra de 180 historias clínicas, obtuvo en ocupación de puérperas de PPT 75(83%) no tenían ocupación. (12)

En cuanto a la procedencia se obtuvo 238(66.1%) procedían de la zona urbana concuerda con el estudio de Moreno O, en el año 2016. “Factores maternos y obstétricos relacionados a PPT realizados en el Hospital Regional - Felipe Santiago Arriola Iglesias – Iquitos durante el año 2015”, de una muestra de 144 (48 puérperas de PPT y 96 puérperas de parto a término) de las puérperas de PPT 37(77%) pertenecían a la zona urbana. (15)

Con relación a violencia basada en género se obtuvo 171(47.5%) sufrieron violencia basada en género similar al estudio de Gracián N, en el año 2016. “La violencia hacia la mujer es un factor de riesgo para presentar amenaza de PPT estudio realizado en mujeres embarazadas atendidas en el hospital antigua Maternidad de Lima ejecutado en febrero - 2016”, de un total de 170 gestantes (85 gestantes que presentaron amenaza de PPT) y (85 gestantes que no presentaron amenaza de PPT) obtuvo de las puérperas de PPT, 50(58.8%) sufrieron violencia basada en género. (16)

Sobre la paridad en puérperas de parto pretérmino se obtuvo 168(46.7%) fueron secundíparas se encontró similitud con el estudio de Guadalupe S, en el año 2017. “Factores de riesgo que influyeron a la presencia de PPT en embarazadas que concluyeron su embarazo en el Hospital María Auxiliadora – (servicio de Gineco-Obstetricia) - 2015”, de una muestra de 400 (200 gestantes con parto pretérmino y 200 gestantes con parto a término) obtuvo, de las puérperas de PPT 108(54%) eran multíparas. (11)

En antecedentes de PPT, se obtuvo 260(72.2%) tuvieron antecedentes de PPT similar al estudio de Carnero Y, en el año 2016. “Factores de riesgo que puedan ocasionar PPT en mujeres embarazadas que finalizaron su embarazo en el hospital antigua Maternidad de Lima durante los meses enero a junio en el año 2015”, de una muestra de (50 gestantes de PPT y 300 gestantes de parto a término) obtuvo de las puérperas de PPT 85(56.7%) tuvieron antecedentes de PPT. (13)

En antecedentes de aborto se obtuvo 96(26.7%) tuvieron antecedentes de aborto similar al estudio de García B, en el año 2015. “La edad de la madre y la cantidad de interrupciones del embarazo son factores de riesgo para presentar PPT en gestantes que culminaron su embarazo en el Hospital especializado en la atención de la Madre y Niño - San Bartolomé en los meses de enero y febrero del año 2015”, de una muestra de 60 dividido en dos grupos (30 gestantes de PPT y 30 gestantes de parto a término) obtuvo, de las puérperas de PPT 8(26.6%) tuvieron antecedentes de aborto. (17)

Sobre el factor embarazo múltiple se obtuvo 172(47.8%) presentaron embarazo múltiple, no se encontró similitud con el estudio de Guadalupe S, en el año 2017. “Factores de riesgo influyeron a la presencia de PPT en embarazadas que concluyeron su embarazo en el Hospital María Auxiliadora – (servicio de Gineco-Obstetricia) -2015”, de una muestra de 400 (200 gestantes con PPT y 200 gestantes con parto a término) obtuvo, de las puérperas de PPT 10(5%) presentaron embarazo múltiple. (11)

Sobre el control prenatal 172(47.8%) tenían control pre natal inadecuado similar al estudio de Miñano M, en el año 2016. “Control del embarazo deficiente factor de riesgo para desarrollar PPT realizado en el Centro Hospitalario Regional con especialidad de docencia - Trujillo durante el período julio 2014 a junio 2015”, de una población de 156 gestantes (52 gestantes de PPT y 104 gestantes con parto a término) de las puérperas de PPT 32(61.5%) tenían control prenatal inadecuado. (14)

En infección urinaria se obtuvo 288(80%) tuvieron infección urinaria similar al estudio de Carnero Y, en el año 2016. “Factores de riesgo que puedan ocasionar PPT en mujeres embarazadas que finalizaron su embarazo en el hospital antigua Maternidad de Lima durante los meses enero a junio en el año 2015”, de una muestra de (50 gestantes de PPT y 300 gestantes de parto a término) obtuvo, de las puérperas de PPT 87(58%) tuvieron infección urinaria. (13)

Sobre la presencia de anemia en puérperas de parto pretérmino se obtuvo 195(54.2%) presentaron anemia similar al estudio de Alarcón J, en el año 2017. “Factores de riesgo del PPT en grávidas adolescentes que culminaron su embarazo en el Centro Hospitalario Nacional Docente Materno/infantil (HNDMI) - San Bartolomé – Lima durante el año 2016”, de una muestra de 108 gestantes (54 que culminaron el embarazo con parto pretérmino y 54 que culminaron su embarazo con parto a término), obtuvo de las puérperas de parto pretérmino 23(42.6%) presentaron anemia. (10)

En cuanto a cervicitis se obtuvo 190(52.8%) presentaron cervicitis similar al estudio de Alarcon J, en el año 2017. “Factores de riesgo del PPT en grávidas adolescentes que culminaron su embarazo en el Centro Hospitalario Nacional Docente Materno/infantil (HNDMI) - San Bartolomé – Lima durante el año 2016”, de una muestra de 108 gestantes (54 que culminaron el embarazo con parto pretérmino, y 54 que culminaron su embarazo con parto a término) obtuvo de las puérperas de parto pretérmino 26(48.1%) presentaron infección vaginal. (10)

En cuanto a diabetes se obtuvo 18(5.0%) tenían diabetes similar al estudio de Alarcon J, en el año 2017. “Factores de riesgo del PPT en grávidas adolescentes que culminaron su embarazo en el Centro Hospitalario Nacional Docente Materno/infantil (HNDMI) - San Bartolomé – Lima durante el año 2016”, de una muestra de 108 gestantes (54 que culminaron el embarazo con PPT y 54 que culminaron su embarazo con parto a término), obtuvo de las puérperas de PPT 2(3.7%) tenían diabetes. (10)

La presencia de enfermedades hipertensivas del embarazo se obtuvo 168(46.7%) presentaron enfermedades hipertensivas del embarazo no se encontró similitud con el estudio de Guadalupe S, en el año 2017. “Factores de riesgo que influyeron a la presencia de PPT en embarazadas que concluyeron su embarazo en el Hospital María Auxiliadora – (servicio de Gineco-Obstetricia) -2015”, de una muestra de 400 pacientes (200 gestantes con PPT y 200 gestantes con parto

a término) obtuvo de las puérperas de PPT 33(16.5%) presentaron enfermedades hipertensivas del embarazo. (11)

Con relación a la presencia de ruptura prematura de membranas se obtuvo 202(56.1%) presentaron ruptura prematura de membranas similar al estudio de Mayhuasca W, Yurivilca R, en el año 2017. “Factores de riesgo que originaron el PPT en mujeres embarazadas por primera vez en el HRDMI El Carmen durante el año 2015 al 2016” de una muestra de (90 casos de parto pretérmino y 90 paciente con parto a término), obtuvo de las puérperas de parto pretérmino 37(41.1%) presentaron ruptura prematura de membranas, (9) similar también al estudio de Cueva E, en el año 2015. “Factores de peligro que originan el parto prematuro y las consecuencias en la madre antes o después del parto estudio realizado en mujeres gestantes adolescentes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital de Villa Rica Román Egoavil Pando – Oxapampa”, de una muestra de 42 gestantes 29(69%) presentaron ruptura prematura de membranas. (18)

Sobre la presencia de desprendimiento prematuro de placenta se obtuvo 72(20.0%) presentaron desprendimiento prematuro de placenta no se encontró semejanza con el estudio de Alarcon J, en el año 2017. “Factores de riesgo del PPT en grávidas adolescentes que culminaron su embarazo en el Centro Hospitalario Nacional Docente Materno/infantil (HNDMI) - San Bartolomé – Lima durante el año 2016”, de una muestra de 108 gestantes (54 que culminaron el embarazo con PPT y 54 que culminaron su embarazo con parto a término), obtuvo



de las puérperas de PPT 3 (5.6%) presentaron desprendimiento prematuro de placenta. (10)

En obesidad se obtuvo 116(32.2%) presentaron obesidad se encontró semejanza con el estudio de Alarcon J, en el año 2017. “Factores de riesgo del PPT en grávidas adolescentes que culminaron su embarazo en el Centro Hospitalario Nacional Docente Materno/infantil (HNDMI) - San Bartolomé – Lima durante el año 2016”, de una muestra de 108 gestantes (54 que culminaron el embarazo con PPT y 54 que culminaron su embarazo con parto a término) obtuvo, de las puérperas de PPT 21(32.8%) eran obesas. (10)

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. CONCLUSIONES.

- Existe relación significativa entre los factores sociodemográficos la edad con un p valor = 0.018, entre los factores obstétricos el control prenatal con un p valor = 0.028 y entre los factores patológicos la anemia con un p valor = 0.003, enfermedades hipertensivas del embarazo con un p valor = 0.017 y ruptura prematura de membranas con p valor de 0.005 con el peso de los recién nacidos pretérminos en puérperas atendidas en el HRDMI. El Carmen en el periodo enero-mayo, 2017.
- Los factores sociodemográficos que se asocian con el PPT en puérperas atendidas en el HRDMI. El Carmen en el periodo enero-mayo, 2017 es la ocupación con un  $X^2 = 7.340$  y un valor de significancia de  $\alpha = 0.025$ , menor que ( $p < 0.05$ ).
- Los factores obstétricos que se asocian con el PPT en puérperas atendidas en el HRDMI. El Carmen en el periodo enero-mayo, 2017 es la paridad con un  $X^2 = 27.528$  con significancia de  $\alpha = 0.001$  menor que ( $p < 0.05$ ), el control prenatal inadecuado con un  $X^2 = 6.652$  con un valor de significancia de  $\alpha = 0.036$  menor que ( $p < 0.05$ ).
- Los factores patológicos que se asocian con el PPT, en puérperas atendidas en el HRDMI El Carmen en el periodo enero-mayo, 2017 es la anemia con un  $X^2 = 7.936$  y  $\alpha = 0.19$  menor que ( $p < 0,05$ ),

la ruptura prematura de membranas con un  $X^2 = 6.539$  con un  $\alpha = 0.038$  menor que ( $p < 0.05$ ).

## **5.2. RECOMENDACIONES.**

- Se recomienda a los profesionales de la Salud del HRDMI El Carmen a realizar un control prenatal adecuado con una correcta elaboración de la historia clínica perinatal y libros de registro con la finalidad de obtener datos fidedignos que nos permita realizar estudios de investigación.
- Se recomienda a los alumnos de la Universidad Peruana del Centro de la Facultad de Ciencias de la Salud a realizar estudios de investigación relacionados a factores maternos asociados al parto pretérmino.
- Se recomienda al Ministerio de Salud la implementación de los servicios de atención a la gestante, capacitación permanente al personal de obstetricia en los diferentes niveles de atención sobre los factores que se asocian al parto pretérmino, para la identificación precoz de todos los factores de riesgo y actuar oportunamente sobre los que sean modificables.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia. 23rd ed. Mexico DF: McGRAW-HILL Interamericana; 2013.
2. Ahumada M, Alvarado G. Factores de Riesgo de Parto Pretérmino en un Hospital. Latino Americana de Enfermagem. 2016 Julio; 24.
3. Sánchez C. Características Maternas Presentes en el Parto Prematuro en el Instituto Nacional Materno Perinatal. [Tesis Doctoral]. Lima: Universidad San Martín de Porras; 2014.
4. Nacimientos Prematuros. Nota Descriptiva. Organización Mundial de la Salud, Centro de prensa; 2016.
5. Lima Y. Factores de Riesgo de Parto Pretérmino en el Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad de Tena en el periodo de Septiembre del 2015 a Febrero del 2016. [Tesis Doctoral]. Ambato: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2017.
6. Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos. Boletín Informativo. Lima: Ministerio de Salud- (Perú), Dirección General de Epidemiología; 2013.
7. Mendoza L, Oviedo C, Anchirraico W. Prematuridad el Recién Nacido. Estadística de Nacimientos Perú 2015. 2016 Abril.

8. Sistema de Información Perinatal. Estadística Básica de Partos. Huancayo: Hospital Docente Materno Infantil El Carmen, Estadística; 2017.
9. Mayhuasca W, Yurivilca R. Factores de Riesgo del Parto Pretérmino en el Hospital Regional Docente Materno Infantil -“El Carmen”, en el periodo 2015-2016. [Tesis Doctoral]. Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Perú; 2017.
10. Alarcón J. Factores de Riesgo Para Parto Pretérmino en Gestantes Adolescentes, Hospital Nacional Docente Madre - Niño San Bartolomé - 2016. [Tesis Doctoral]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
11. Guadalupe S. Factores de Riesgo Asociado a Parto Pretérmino en Gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015. [Tesis Doctoral]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2017.
12. Flores J. Anemia en el Tercer Trimestre Como Factor de Riesgo de Parto Pretérmino en Gestantes Atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Junio- Diciembre 2015. [Tesis Doctoral]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
13. Carnero Y. Factores de Riesgo del Parto Pretérmino en Gestantes Atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el periodo Enero-

Junio del 2015. [Tesis doctoral]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.

14. Miñano M. Control Prenatal Inadecuado como Factor Asociado a Parto Pretérmino en Pacientes del Hospital Regional Docente de Trujillo. [Tesis doctoral]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2016.
15. Moreno O. Factores Maternos y Obstétricos Relacionados a Parto Pretérmino en el Hospital Felipe Arrriola Iglesias de Enero a Diciembre 2015. [Tesis doctoral]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2016.
16. Gracián N. Violencia de Género como Factor de Riesgo para Amenaza de Parto Pretérmino en Gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Febrero 2016. [Tesis Doctoral]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
17. García B. Edad Materna y el Número de Abortos Como Factores de Riesgo Para Parto Pretérmino en Pacientes Atendidas en el Hospital Docente Madre Niño San Bartolome Durante Enero a Febrero del Año 2015. [Tesis Doctoral]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos ; 2015.
18. Cueva E. Factores de Riesgo Desencadenantes del Parto Pretérmino y sus Complicaciones Materno Perinatales en Gestantes Adolescentes del Hospital Roman Egoavil Pando de Enero a Diciembre del 2014. [Tesis Doctoral]. Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2015.

19. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6th ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2015.
20. Recalde K. Factores Desencadenantes del Trabajo de Parto Prematuro en Mujeres Embarazadas de edades de 30 a 45 años en el Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor en el periodo Junio 2014 a Mayo 2015. [Tesis Doctoral]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2015.
21. Ruiz M. Factores Predisponentes para Nacimientos Prematuros en el Hospital León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro desde Enero a Diciembre 2014. [Tesis Doctoral]. Guayaquil: Universidad Estatal de Guayaquil; 2015.
22. Vargas J, Tijerino E. Factores asociados al Parto Pretérmino en Pacientes Ingresadas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes en el periodo de Julio a Diciembre 2013. [Tesis Doctoral]. Managua: Universidad Autónoma de Nicaragua; 2015.
23. Actualización de Resolución Ministerial. Guías de Práctica Clínica del Departamento de Ginecología y Obstetricia. Lima: Hospital Cayetano Heredia, Ginecología y Obstetricia, de Gestión de la Calidad y Asesoría Jurídica; 2016.
24. Sánchez I. Gestante Adolescente como Factor de Riesgo para Parto Pretérmino en el Hospital Nacional Dos de Mayo. [Tesis Doctoral]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016.

25. Huaroto K, Paucca M, Polo M, Meza J. Factores de Riesgo Maternos, Obstétricos y Fetales, Asociados al Parto Pretérmino, en Pacientes de un Hospital Público de Ica, Perú. Rev Méd Panacea. 2013 Julio; 3(2).
26. Taboada R. Factores de Riesgo Asociados a Parto Pretérmino en el Hospital Regional de Loreto Felipe Arriola Iglesias de Enero a Diciembre 2013. [Tesis Doctoral]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2015.
27. Actualización de Resolución Ministerial N° 504-2010 MINSA. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Lima: Instituto Nacional Perinatal, Director Ejecutivo de Investigación Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología Instituto Nacional Materno Perinatal; 2014.
28. Tucto Y. Factores de Riesgo que Influyen al Parto Pretérmino en Gestantes Adolescentes en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco Octubre 2015-Marzo del 2016. [Tesis Doctoral]. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2016.
29. Mongrut A. Tratado de Obstetricia Normal y Patológica. 5th ed. Lima: En Monpress EIRL; 2013.
30. Medina C, Alarcon M, Coronado G, y Col. Obstetricia. Primera ed. Lima-Perú: Academia Villamedic Group SAC; 2014.
31. Thomazini I, Wysocki A, Da Cunha M, Da Silva S, Ruiz M. Factores de Riesgo Relacionados con el Trabajo de Parto Prematuro en Adolescentes



Embarazadas: Revisión Integradora de la Literatura. *Enferm. Glob.* 2016 Octubre; 15(44).

32. Riesco G, Ramírez F, Córdova M, Calderón G, López E, Ávila C. Clave Azul: "Enfermedades Hipertensivas del Embarazo". Guía de Práctica Clínica Basada en Evidencias. Lima: EsSalud, Gerencia Central de Prestaciones de Salud; 2014.
33. Atención de Emergencias Obstétricas. Guías de Práctica Clínica. Lima: Hospital María Auxiliadora, Departamento de Gineco Obstetricia; 2012.
34. Rivera A, Rueda A. Diagnóstico y Prevención del Parto Pretérmino. Una Actualización de la Literatura. *Biociencias.* 2016 Julio-Diciembre; 11( 2 :53 - 64).
35. DeCherney A, Nathan L, Laufer N, Roman A. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos. 11th ed. México: Graw Hill Interamericana SA; 2014.
36. Actualización de NTS N°117/MINSA/DGPS-V.01. Guías de Práctica Clínica. Lima: Hospital Santa Rosa, Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico; 2015.
37. Guía Perinatal. Ministerio de Salud-Chile, Subsecretaría de Salud Pública -División Prevención y Control de Enfermedades-Departamento de Ciclo Vital y del Programa Nacional Salud de la Mujer; 2015.
38. Guillén J. Factores Maternos Asociados al Parto Pretérmino en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en el Periodo Comprendido de

Enero del 2014 a Junio del 2014. [Tesis Doctoral]. Lima: Universidad San Martín de Porras; 2015.

39. Martínez K, Brizuela E. Prevalencia de Complicaciones Puerperales y Factores Asociados en Mujeres Atendidas en el Hospital José Nieborowski de la Ciudad de Boaco durante el 2014. [Tesis Doctoral]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2015.
40. Reyes F, Rayo C. Intervenciones de Enfermería y la Aplicación de Cuidados Durante la Atención de Puerperio Fisiológico, Según Normas y Protocolos en Areas de Salud del Departamento de Matagalpa II Semestre del año 2016. [Tesis Doctoral]. Matagalpa: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua; 2017.
41. Torres A, Cahuana K. Incidencia y Factores Asociados a la Anemia Durante el Puerperio Inmediato en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Julio -Diciembre 2013. [Tesis Doctoral]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2014.
42. Narváez J, Herrera R, Orellana M, Espinoza E. Frecuencia de Infecciones Cérvicovaginales y del Tracto Urinario en Gestantes con Amenaza de Parto Pretérmino, Hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca. Rev Med HJCA. 2012 Setiembre; 4(2: 171-175).
43. Ramos D. Gestantes Adolescentes en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unánue Enero 2011-Diciembre 2012. [Tesis Doctoral]. Tacna: Universidad Hipólito Unánue; 2013.

44. Factores de Riesgo. Nota descriptiva. Organización Mundial de la Salud, Centro de Prensa; 2017.
45. Díaz V. Factores de Riesgo Asociados a Ruptura Prematura de Membranas en Gestantes Pretérmino Atendidas en el Hospital Vitarte durante el año 2015. [Tesis Doctora]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2017.
46. Valencia J. Factores Relacionados al Parto Pretérmino en Pacientes Adolescentes Gestantes del Hospital Materno Infantil El Carmen-Huancayo,2015. [Tesis Doctoral]. Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Perú; 2016.
47. Calderón S, Ramirez L. Violencia Intrafamiliar y su Relacion con la Amenaza y/o Parto Pretérmino en Gestantes Atendidas en el Hospital II - 2 Tarapoto, Setiembre 2016 – Enero 2017. [Tesis Doctora]. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín Tarapoto; 2017.
48. Flores F. El Aborto Previo como Factor de Riesgo para Amenaza de Parto Prétermino en el Instituto Nacional Materno Perinatal Diciembre 2015- Mayo 2016. [Tesis Doctoral]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
49. Rivera F. Multiparidad como Factor de Riesgo de Parto Pretérmino en Pacientes del Servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital Belen de Trujillo. [Tesis Doctoral]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2015.

50. García F, Pardo F, Zuniga C. Factores Asociados al Parto Prematuro en el Departamento de Lempira, Honduras. Rev Med Hondur. 2012; 80(4).

## ANEXOS

ANEXO N° 1



N°

FORMULARIO ÚNICO DE TRAMITE

1. SUMILLA Autorización para realizar  
trabajo de investigación.

SEÑOR DIRECTORE DEL HOSPITAL "EL CARMEN":

2. SOLICITANTE

Ramos Chugui llangui Beatriz Aida  
Apellidos y Nombres

Alumna de la Carrera de Obstetricia de la Universidad Peruana del Centro  
Cargo, Profesión, Oficina u Otro

20049028  
N° D.N.I. ó L.E.

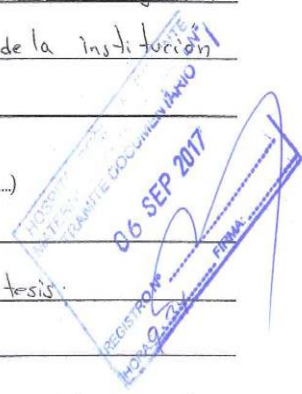
Jr. Daniel A. Carrion # 659  
DOMICILIO

3. SOLICITA

Autorización para realizar trabajo de investigación  
en el servicio de archivos de la institución  
que ud. dirige.

4. ADJUNTA (FOLIOS: 51)

- solicitud
- 01 ejemplar de Proyecto de tesis.



5. 05-09-2017  
FECHA

Beatriz Blangas  
FIRMA

N° DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

FOLIOS: \_\_\_\_\_

**ANEXO N° 2**

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**Universidad Peruana del Centro**

**Facultad de Obstetricia**

**Factores Maternos Asociados al Parto Pretérmino en Puérperas  
Atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen  
en el periodo Enero – Mayo, 2017**

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Código N° .....

Fecha: .....

Edad Gestacional en el momento del parto..... Historia Clínica

N°.....

I. Clasificación de parto pretérmino:

- a. Prematuridad extrema.
- b. Muy prematuros.
- c. Prematuridad moderados.

II. Factores Sociodemográficos:

1. Edad:

- a. < 15 años.
- b. 16 – 35 años.
- c. >35 años.

2. Estado civil:

- a. Soltera.
- b. Casada.
- c. Conviviente.

3. Grado de instrucción:

- a. Primaria.
- b. Secundaria.
- c. Superior.
- d. Sin estudios.

4. Ocupación:

- a. Trabaja.
- b. No trabaja.

5. Procedencia:

- a. Urbano.
- b. Rural.
- c. Urbano marginal.

6. Violencia Basada en Género:

- a. Si.....
- b. No.....

III. Factores Obstétricos:



7. Paridad:

- a. Nulípara.
- b. Primípara.
- c. Secundípara.
- d. Multípara.
- e. Gran multípara.

8. Antecedentes de parto Pretérmino:

- a. Si.....
- b. No.....

9. Antecedente de aborto:

- a. Si.....
- b. No.....

10. Embarazo múltiple:

- a. Si.....
- b. No.....

11. Control pre natal:

- a. Adecuado.
- b. Inadecuado.

IV. Factores patológicos:

12. Infección urinaria:

a. Si.....

b. No.....

13. Anemia:

a. Si.....

b. No.....

14. Cervicitis:

a. Si.....

b. No.....

15. Diabetes:

a. Si.....

b. No.....

16. Enfermedades Hipertensivas del Embarazo (EHE):

a. Si.....

b. No.....

17. Ruptura Prematura de Membranas (RPM):

a. Si.....

b. No.....

18. Desprendimiento prematuro de placenta (DPP):

a. Si.....

b. No.....

19.Obesidad:

a. Si.....

b. No.....

## ANEXO N° 3



### PROVEIDO N° 0 75-2017-GRJ-DRSJ-HRDMIEC-OADI.

AL : Bach. Beatriz RAMOS CHUQUILLANQUI  
DE : Jefe Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación  
ASUNTO : Autorización Desarrollo proyecto tesis  
FECHA : Huancayo 13 de Setiembre del 2017

Visto el Informe N° 611-2017-GRJ-DRSJ-HRDMIEC-SOBST, presentado por la jefatura del servicio de Obstetricia quien opina favorablemente el desarrollo del proyecto de tesis titulado FACTORES MATERNOS ASOCIADOS AL PARTO PRETERMINO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HRDMI EL CARMEN DE ENERO - MAYO, 2017, presentado por la Bach. Beatriz Ramos Chuquillanqui, de la Universidad Peruana DEL CENTRO, especialidad Obstetricia se autoriza desarrollar dicho proyecto; para lo cual la Oficina de Estadística deberá facilitarle historias clínicas de Enero a Mayo del 2017.

Atentamente,

HOSPITAL REGIONAL DOCENTE  
MATERNO INFANTIL EL CARMEN

*Carolina Huaticho Laura*  
Lic. Adm. CAROLINA HUATICHO LAURA  
JEFE (E) OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

CHL/chl.  
C.c. Archivo.

DOC.	02275587
EXP.	01558322

## ANEXO N°4

### CARTA DE COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Por medio de la siguiente carta, yo Beatriz Aida Ramos Chuquillanqui, con DNI. N° 20049028 alumna de la facultad de Obstetricia de la Universidad Peruana del Centro – UPeCEN y en plenas facultades mentales, me comprometo a guardar privacidad de los datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Docente Materno Infantil El Carmen para la realización del presente trabajo de investigación que lleva como título **Factores Maternos Asociados a Parto Pretérmino en Puérperas Atendidas en El Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen en el periodo Enero a Mayo del 2017**, mi compromiso es no difundir, a terceras personas o instituciones sobre el contenido del documento legal como: nombres, edad, diagnóstico, etc. Ya que como futura profesional de la salud tengo presente la obligación de proteger la confidencialidad de todos los datos de cada uno de nuestros pacientes.

Si en algún momento faltase a mi compromiso acepto la irresponsabilidad por cada uno de mis actos y la aplicación de las penalidades correspondientes.

Y para que conste, firmo:

Huancayo, 13 de setiembre del 2017



Beatriz A. Ramos Chuquillanqui

DNI:20049028

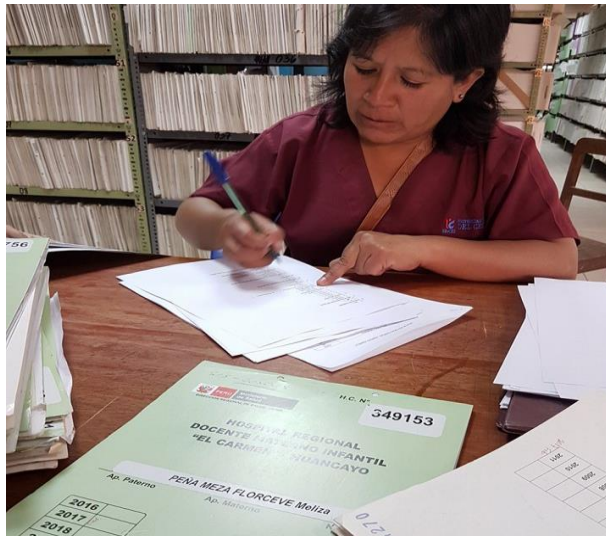
## ANEXO N° 5



Recolección de historias clínicas del  
área de archivos del HRDMI El  
Carmen



Selección de historias clínicas del  
área de archivos del HRDMI El  
Carmen.



Recolección de datos de las historias clínicas del área de archivos del HRDMI El Carmen.