



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN OBSTETRICIA**

**“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y GESTACIONALES
ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL II-1
JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA, TUMBES 2010 - 2014”**

AUTORES:

BACH. OLAYA CHICLAYO, LADY KATHERINE.

BACH. PARDO VICENTE, DIANA YENIFER.

TUMBES, PERÚ

2017

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Olaya Chiclayo, Lady Katherine y Pardo Vicente, Diana Yenifer declaramos ser autoras del trabajo de investigación y que los resultados reportados en esta tesis, son producto de nuestro trabajo con el apoyo permitido de terceros en cuanto a su concepción y análisis. Asimismo, declaramos que hasta donde conocemos, no contiene material previamente publicado o escrito por otras personas, excepto donde se reconoce como tal, a través de citas y con propósitos exclusivos de ilustración o comparación. En este sentido, afirmamos que cualquier información presentada sin citar a un tercero, es de nuestra autoría. Declaramos finalmente, que la redacción de esta tesis es producto de la ejecución de nuestro proyecto, con la dirección y apoyo de los asesores de tesis, así como del jurado calificador, en cuanto a la concepción y al estilo de la presentación o a la expresión escrita.

Las autoras.

Bach. Obst. OLAYA CHICLAYO, LADY KATHERINE _____

Bach. Obst. PARDO VICENTE, DIANA YENIFER _____

CERTIFICACIÓN

Mg. César Augusto Noblecilla Rivas

Docente principal de la Universidad Nacional de Tumbes, adscrito al Departamento Académico de Ciencias Médicas de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de Tumbes.

CERTIFICA:

Que el Informe Tesis: **“FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS Y GESTACIONALES ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL II-1 JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA, TUMBES 2010 – 2014”**, presentado por las bachilleres en Obstetricia: Olaya Chiclayo, Lady Katherine y Pardo Vicente, Diana Yenifer.

Ha sido asesorado y revisado por mi persona, por tanto queda autorizado para su presentación.

Tumbes, 24 de Enero del 2017.

.....
Mg. César Augusto Noblecilla Rivas

ASESOR



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Creada por Ley N° 24894 - 11 de Octubre de 1988
Av. Tumbes N° 863 Ap. 157 Fax: 072-523081 R.P.M. *446139
Ciudad Universitaria - Pampa Grande - Cel. N° 972886559
TUMBES - PERÚ

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADOS EN OBSTETRICIA LAS BACHILLERES: OLAYA CHICLAYO, LADY KATHERINE y PARDO VICENTE, DIANA YENIFER

En los ambientes de la Escuela de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Tumbes, ubicada en la Av. Tumbes siendo las 12:00 horas con 15 minutos del día martes 24 de enero del 2017, se reunieron los miembros de jurado calificador: **Mg. Nancy Peña Nole** (Presidenta), **Dr. Luis Fernando Fernández Neira** (Secretario), **Lic. Leslie Lloclla Sorroza** (Vocal), **Mg. César Noblecilla Rivas** (Asesor), y **Mg. Jhon Ypanaque Ancajima** (Co-asesor), con el propósito de evaluar y calificar la sustentación de Tesis titulada: **Factores sociodemográficos y gestacionales asociados al parto pretérmino en el Hospital II-1 José Alfredo Mendoza Olavarria. 2010 - 2014.** Presentado por las Bachilleras: **Olaya Chiclayo, Lady Katherine y Pardo Vicente, Diana Yenifer**

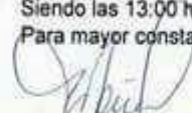
Luego de la exposición de las Bachilleras, los miembros de jurado procedieron a las preguntas pertinentes.


- Siendo las 12:00 horas con 50 minutos del mismo día, se dio por concluida la exposición, invitando a las Bachilleras a retirarse del recinto en espera de su calificativo.
- Después de las deliberaciones y realizada la votación se obtuvo el siguiente calificativo:


NOMBRE	CALIFICATIVO.
OLAYA CHICLAYO, LADY KATHERINE	MUY BUENO
PARDO VICENTE, DIANA YENIFER	MUY BUENO


De inmediato se comunica el resultado de la evaluación.

- Siendo las 13:00 horas se dio por concluido el acto.
- Para mayor constancia firmamos la presente acta.


Mg. Nancy Peña Nole
Presidenta


Dr. Luis Fernando Fernández Neira
Secretario


Lic. Leslie Lloclla Sorroza
Vocal.


Mg. César Noblecilla Rivas
Asesor


Mg. Jhon Ypanaque Ancajima
Co asesor.



RESPONSABLES

Bach. Pardo Vicente, Diana Yenifer

EJECUTOR 1

Bach. Olaya Chiclayo, Lady Katherine

EJECUTOR 2

Dr. Noblecilla Rivas, César Augusto

ASESOR

Mg. Ypanaque Ancajima, Jhon

COASESOR



JURADO DICTAMINADOR

Dra. Peña Nole, Nancy

PRESIDENTE

Dr. Fernández Neira, Luis Fernando

SECRETARIO

Lic. Lloclla Sorroza, Leslie

VOCAL

AGRADECIMIENTO

*A LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE
TUMBES.*

Casa de estudios que nos dio la oportunidad de desarrollar competencias cognitivas, actitudinales y procedimentales.

*AL HOSPITAL DE APOYO 99 – 1 SALL
GARRIDO ROSILLO.*

Por facilitarnos el acceso a los archivos (datos estadísticos e historias clínicas) del desaparecido Hospital de apoyo II – 1 José Alfredo Mendoza Olavarría.

*A TODOS Y CADA UNO DE NUESTROS
DOCENTES Y PERSONAL
ADMINISTRATIVO*

De manera especial al Dr. Cesar Augusto Noblecilla Rivas y al Mg. Jhon Ypanaque Ancajima, asesor y coasesor de tesis quienes con sus conocimientos nos guiaron en este amplio y enriquecido camino de la investigación.

LAS AUTORAS

DEDICATORIA

AL SEÑOR SUPREMO.

Quien siempre nos acompaña y guía, brindándonos bendiciones, fortaleza, fuerza de voluntad y fé para la realización de nuestros objetivos propuestos.

A MIS PADRES.

Por ser mi razón de ser, mis ángeles guardianes, por todo lo invertido en tiempo, paciencia, dinero, etc.

Parece como si nunca hubiéramos estado en paz, siempre batallando por cualquier cuestión, sin embargo, llegaron los momentos en los que nuestra lucha cesó e hicimos una tregua para lograr metas conjuntas.

A MIS HERMANAS Y HERMANO.

Quienes han sido mis bastones en los momentos de cansancio y mis pies sobre la tierra, por ser ejemplos de vida y asumir roles de madres y hermanas a la vez.

A ALBERT.

Quien ha brindado su apoyo incondicional, siempre preocupado por mi crecimiento profesional y personal.

*BACH. OBST. DIANA YEMFER PARDO
VINCENTE*

ADIOS

Por permitir que haya culminado exitosamente mi carrera profesional y mantenerme firme en mis convicciones e ideales.

A MI MADRE NÉLIDA CHACLAÑO Y A MI PADRE SANTOS OLAÑA

Por brindarme todo su amor, comprensión y apoyo incondicional, quienes supieron guiarme con ejemplos, sobre todo por las ganas de superación que siempre me inculcaron y la fortaleza de seguir adelante ante cada adversidad con la que me encontré durante mi preparación pre- profesional.

A MIS HERMANOS RUBÉN, HÉCTOR, ÁLVARO Y NAIELLY

Que me ayudaron y apoyaron con sus palabras de aliento, por estar siempre conmigo ante cualquier situación.

Y gracias a todos los que nos brindaron su ayuda en la presente tesis.

BACH. OBST. LADY K. OLAÑA CHACLAÑO

RESUMEN

Se realizó el estudio cuantitativo, analítico, retrospectivo, de diseño no experimental en el Hospital II-1 José Alfredo Mendoza Olavarría durante el periodo 2010 – 2014, con el objetivo de determinar los factores sociodemográficos y gestacionales asociados al parto pretérmino; se realizó la revisión de una muestra de 117 historias clínicas de pacientes agrupadas 39 como casos (cuyo parto se produjo entre las 22 y 36.6 semanas de gestación) y 78 como control (cuyo parto ocurrió entre 37 y 40 semanas de gestación).

Se determinó como factor de riesgo sociodemográfico asociado al parto pretermino al estado civil soltera (OR= 3,43 e IC 95%= 1.32-8.86) , y entre los gestacionales al antecedente de aborto y amenaza de parto pretérmino y al control prenatal inadecuado) utilizando en el análisis bivariado la prueba χ^2 y en el análisis de variables múltiples la regresión logística, derivando el Odds Ratio (OR) e Intervalos de Confianza (IC) al 95% y el riesgo atribuible con un 71 % es el estado civil soltera.

Palabras claves: Parto pretérmino, Factor de riesgo, Estudio Caso-Control.

ABSTRACT

A quantitative, analytical, retrospective, non-experimental design study was carried out at Hospital II-1 José Alfredo Mendoza Olavarría during the period 2010 - 2014, in order to determine the sociodemographic and gestational factors associated with preterm delivery; A review of a sample of 117 clinical records of patients grouped 39 as cases (whose delivery occurred between 22 and 36.6 weeks of gestation) and 78 as a control (whose delivery occurred between 37 and 40 weeks of gestation) was performed. It was determined as a socio-demographic risk factor associated with preterm birth (OR = 3.43 and 95% CI = 1.32-8.86), and between gestational age and preterm labor and inadequate prenatal control) Using the bivariate analysis chi2 test and in the analysis of multiple variables logistic regression, deriving the Odds Ratio (OR) and Confidence Intervals (CI) at 95% and the risk attributable with 77% is the single civil status.

Key words: Preterm birth, Risk factor, Case-Control study

INDICE

AGRADECIMIENTO.....	vii
DEDICATORIA.....	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
I. INTRODUCCIÓN	6
II. ANTECEDENTES.....	10
III. MARCO TEORICO.....	13
IV. MATERIAL Y METODOS.....	22
V. RESULTADOS.....	24
VI. DISCUSIÓN.....	28
VII. CONCLUSIONES.....	31
VIII. RECOMENDACIONES.	32
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	33
IX. ANEXOS	38

I. INTRODUCCIÓN

El parto pretérmino es uno de los mayores problemas en obstetricia y ginecología con una incidencia aproximada de 10-11% variando entre las diferentes poblaciones según los factores de riesgo que estén presentes. Es la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatal a nivel mundial, responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas en los nacidos menores de 32 semanas de gestación sin que esto haya cambiado en las últimas décadas ¹. En diversas partes del mundo, los partos pretérmino continúan representando índices entre el 5 y el 12% de todos los nacimientos ².

Todos los años nacen en el mundo alrededor de 13 millones de niños prematuros; la mayor parte de esos nacimientos ocurren en países en desarrollo, constituyéndose de esta manera en un problema de salud pública de suma importancia, especialmente en Latinoamérica. En general, en América Latina no hay estadísticas confiables sobre el parto prematuro, pero se estima que la frecuencia global supera el 10% del total de nacidos vivos. Esta cifra varía según los países, su dotación de servicios médicos y el tipo de población de la usuaria ³.

Del mismo modo se estima, según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que el 5% de los pretérminos se producen antes de las 28 semanas constituyendo la prematuridad extrema el 15% entre la semana 28-31, prematuro severo el 20% entre las 32-33 semanas, prematuro moderado y el 60-70% entre las 34 -36 semanas, prematuro leve ².

En el Perú, la incidencia de parto pretérmino reportada varía entre el 3,6% - 11,8% y es causa importante de muerte y discapacidad neonatal. Esto, debido a que el parto pretérmino según las evidencias, es causado por múltiples factores que excepcionalmente actúan de forma aislada, y que al gravitar conjuntamente inducen el nacimiento de un prematuro (25-34) ³.

En Tumbes para el año 2012 se encontró que un 34% de las muertes neonatales fueron causados por complicaciones de parto prematuro ⁴.

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

La mayoría de los esfuerzos para prevenir y detener el parto pretérmino no han probado ser efectivos, y por lo tanto los componentes más importantes en su manejo son aquellos orientados a prevenir complicaciones neonatales: uso de corticosteroides antenatales, administración materna de antibióticos para prevenir la sepsis neonatal por el estreptococo B, y medidas tendientes a evitar el traumatismo del parto ².

La importancia del presente estudio radicó en identificar los principales factores de riesgo para parto pretérmino en una población de alto riesgo obstétrico con elevada incidencia de esta patología, contribuyendo al mejor conocimiento del comportamiento de estos factores, lo que servirá al diseño de estrategias y medidas de intervención para la reducción de la morbilidad materna y morbimortalidad neonatal.

Esta investigación abordó una problemática de indudable interés y relevancia social, ya que el parto pretérmino en los hospitales es uno de los acontecimientos obstétricos de mayor importancia y responsable de una gran morbimortalidad neonatal. Las beneficiarias de esta investigación fueron las pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino y por ende aquellos neonatos en que el impacto de morbimortalidad será menor y sobre todo, respetando los derechos fundamentales de las personas.

En el Hospital Regional José A. Mendoza Olavarría II-1, no se encontraron investigaciones sobre la magnitud y características del parto pretérmino en ámbitos hospitalarios; no existe un nivel de conocimiento científico sobre su incidencia; la importancia del presente estudio radica en la necesidad de superar las carencias antes mencionadas.

El trabajo de investigación aspiró a que los resultados del estudio ayuden a disminuir la incidencia de partos pretérminos en las mujeres gestantes en el Hospital Regional de Tumbes - José A. Mendoza Olavarría, para que el producto de dicha gestación este en menor riesgo de padecer asfixia intraparto y desarrollar complicaciones en el periodo perinatal.

El estudio resultó factible y viable, porque todo el equipo de salud del Hospital Regional de Tumbes- José A. Mendoza Olavarría estuvo consciente de esta problemática y por ende existió la necesidad de mejorar las condiciones de salud en este grupo poblacional.

Durante el proceso de formación pre- profesional se pudo observar que existen, múltiples factores de riesgo que influyen a un parto pretérmino. Lo anteriormente mencionado constituyó una motivación para la formulación del problema ¿Cuáles son los factores sociodemográficos y gestacionales asociados al parto pretérmino en el hospital II -1 José Alfredo Mendoza Olavarría – Tumbes, 2010 - 2014? Planteándose los siguientes objetivos, identificar los factores sociodemográficos asociados a parto pretérmino tales como edad, estado civil, grado de instrucción y lugar de residencia, en el Hospital II-1 José Alfredo Mendoza Olavarría; identificar los factores gestacionales asociados a parto pretérmino según paridad, enfermedades sistémicas, patologías ginecológicas, complicaciones obstétricas, índice de masa corporal, atención prenatal, hábitos nocivos en el Hospital II-1 José Alfredo Mendoza Olavarría; e identificar el riesgo atribuible de los factores sociodemográficos y gestacionales asociados a parto pretérmino en el Hospital II-1 José Alfredo Mendoza Olavarría y como Hipótesis tenemos: Existe relación entre los factores sociodemográficos y gestacionales con el

parto pretérmino en el Hospital II-1 José Alfredo Mendoza Olavarría.
Tumbes, 2010-2014.

II. ANTECEDENTES

Genes V.(Asunción, Paraguay - 2011), realizó un estudio de casos y controles incluyendo a 346 pacientes con el objetivo de analizar la asociación de ciertos factores de riesgo con el parto pretérmino encontrando valores significativos en la preeclampsia durante el embarazo actual (*odds ratio* [OR] = 4,15 ; Intervalo de confianza [IC] del 95%,1,75-10,21), el embarazo múltiple (OR 15,14 IC95% 2,06-312,19) y el antecedente de parto prematuro (OR 3,43 IC95% 1,02-12,76) ⁵.

Peña G. et al. (Venezuela - 2007), en un estudio de casos y controles realizado en el "Hospital Materno Infantil" en Venezuela con la finalidad de determinar la asociación entre prematuridad y embarazadas en edad avanzada, observó que la embarazada añosa nulípara tiene incremento del riesgo de prematuridad (OR = 4,5; IC95 % = 1,3 a 15,5 P = 0,01), por el contrario, en la añosa múltipara, la asociación no es estadísticamente significativa (OR = 1,3; IC95 % = 0,8 a 2,1 P = 0,01) ⁶.

Jaramillo P. et al. (Colombia, Manizales - 2005), en un estudio de casos y Controles, determina los factores asociados con parto pretérmino en el tercer nivel de atención en salud en Manizales, con una población de 232 gestantes con parto pretérmino en el que encuentra al 24,6% de toda la población con parto pretérmino, comparado con 11,2% en las gestantes pertenecientes al grupo Control, de esta manera se encuentra relación significativa con respecto al factor de preeclampsia durante el embarazo (OR = 4.15) ¹.

Losa E. et al. (España, Albacete - 2004), en un estudio retrospectivo, de casos y controles, en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, se comparó a 315 gestantes con partos pre término espontáneos y un grupo control de 315 gestantes con partos a término donde la amenaza de parto pre término (OR = 3,4; IC del 95%, 1,7-6,7), los abortos previos (p = 0,002), son los factores de riesgo de parto pre término en la población ⁷.

Smith G. et. al. (Glasgow – 2001), en su estudio evaluaron 110.223 partos de madres de 15 a 29 años, donde se observó que los segundos nacimientos se asociaron con un mayor riesgo de parto prematuro entre las 33 a 36 semanas de gestación (OR: 1.6, IC95%: 1.2-2.1) y parto prematuro entre las 24 a 32 semanas de gestación (OR: 2.5; IC95%: 1.5-4.3)⁸.

Robaina C. et. al. (Cuba - 2001), realizó un estudio prospectivo de Caso y Control, con 486 recién nacidos del Hospital Gineco-Obstetrico de Matanzas en el año 1998, donde encontró un índice de prematuridad de 7.9%. La edad gestacional más numerosa fue de 35 a 36.6 semanas en el 62.1%, la *anemia gestacional* (OR: 16.3) y la ruptura prematura de membranas ovulares (OR: 4) son factores de riesgo para el parto pretérmino⁹.

Goldstein S. et. al. (Costa Rica - 2001), realiza un estudio retrospectivo Caso y Control que analiza los expedientes médicos de pacientes embarazadas que tuvieron su parto en el Hospital Calderón Guardia sobre una población de 290 gestantes con parto pretérmino, en el que encuentra el valor de OR de 23,8 para la variable gemelos con un intervalo de confianza al 90% de (19,8), implica que el hecho de presentar un embarazo múltiple supone un aumento en la probabilidad de un parto prematuro de 23,8 veces y esta variable es estadísticamente significativa al 1%¹⁰.

Sandoval L. Et al. (Loreto, Perú – 1995), en un estudio de Caso y Control llevado a cabo en el Hospital Regional de Loreto, el autor demostró que el estado de soltería incrementaba el riesgo de prematuridad en 3.8 veces (OR: 3.81)¹¹.

Cruz M. (Lima, Perú – 2014), estudió 20 casos con parto pretérmino y 20 controles con parto a término y encontró entre los factores de riesgo maternos significativos: antecedentes de parto pretérmino (OR=35.29 e IC95%=3.868-321.932) y antecedentes infección urinaria, control prenatal inadecuado (OR=9.00 e IC95%=1.638-49.446)¹².

Carpio F. (Lambayeque, Perú - 2013), en su estudio de casos y controles formo dos grupos: Grupo Casos (35 partos pre término) y Grupo Control (35 partos a término), encontrando que el control prenatal < 6 ($p = 0,0418812$; OR 4,89), el desprendimiento prematuro de placenta ($p = 0,0252295$; OR 8,5), la vaginosis bacteriana ($p = 0,0105826$; OR 4,07) y la infección de vías urinarias ($p = 0,0301523$; OR 2,97) eran factores de riesgo asociados al desarrollo de parto pre término ¹³.

Villamonte W. et. al. (Lima, Perú - 2001), en su estudio sobre factores de riesgo del parto prematuro, en el Instituto Materno Perinatal, encontró factores sociodemográficos: la ausencia de control prenatal (OR= 14.4 y $p < 0.01$), procedente de clase social baja (OR= 2.52; $p < 0.05$), así mismo como factores obstétricos: el antecedente de partos pretérmino (OR= 1.62; $p < 0.05$), diagnóstico de hemorragia del tercer trimestre (OR= 17.33, $p < 0.01$), ruptura prematura de membranas (OR= 7.29; $p < 0.01$), sufrimiento fetal agudo (OR= 3.63; $p < 0.01$), presentación podálica (OR= 2.89; $p < 0.02$), preeclampsia (OR= 1.92; $p < 0.05$) y embarazo gemelar (OR= 2.26; $p < 0.09$) ¹⁴.

Riva N. (Pucallpa, Perú - 2004), realizó un estudio de casos y controles comparando 189 gestantes adolescentes con parto pre término con igual número de adolescentes que tuvieron parto a término. La edad de las pacientes estuvo comprendida entre los 11 y 19 años, los factores que incrementaron el riesgo de parto pretérmino espontáneo fueron: Vaginosis Bacteriana (OR = 2,4; 95% IC 1,3 – 7,2), antecedente de parto pretérmino (OR = 7,1; 95% IC 2,7 – 16,1) y antecedente de amenaza de parto pretérmino durante la gestación actual (OR = 1,5; 95% IC 1,2 – 2,4) ¹⁵.

III. MARCO TEORICO.

Se denomina parto pretérmino al que tiene lugar de ocurrencia entre las 22 y antes de completar las 37 semanas de gestación (menos de 259 días) con independencia del peso al nacer ¹⁶, causadas por un conjunto de condiciones clínicas ocurridas en la actualidad o en embarazos anteriores.

Existen y han existido varias definiciones de parto pretérmino pero el criterio cronológico es el más válido hoy; sin embargo el límite cronológico que define el parto pretérmino puede variar según los países, en función de los límites adoptados para la viabilidad fetal y según lo que se considera como parto propiamente dicho. De acuerdo con esto, se encuentran definiciones que sitúan al parto pretérmino entre las 20 y 36 semanas de amenorrea o entre las 22 y 36 semanas ¹⁷.

También se emplea el criterio ponderal que establece para el recién nacido prematuro un peso mínimo de 500 grs. y un máximo de 2.500 gr. Esta definición es utilizada sobre todo cuando la edad gestacional es dudosa y la gestación ha sido poco controlada.

Cabe señalar que el criterio ponderal resulta poco útil en la clasificación del término gestacional, puesto que 30 - 40% de niños que nacen con menos de 2.500 grs. corresponden a niños a término con restricción del crecimiento intrauterino. Otros estudios definen como límite inferior de edad gestacional las 28 semanas ³⁶²¹. Los niños prematuros se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional: prematuros extremos (<28 semanas), muy prematuros (28 a <32 semanas) prematuros moderados a tardíos (32 a <37 semanas) ¹⁸.

Se habla del enfoque de riesgo con fines preventivos cuando es conocida la probabilidad y se trata de una enfermedad, un accidente o la muerte que pueden ser evitados o reducidos si se emprende acciones antes que ocurra. El enfoque de riesgo encierra el supuesto de que según se avance

en el conocimiento sobre los factores de riesgo que permiten acciones preventivas eficaces, los daños a la salud ocurrirán en menor número y consecuencia. La importancia y el valor del factor de riesgo para la medicina preventiva dependen del grado de asociación con el daño a la salud, de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y la posibilidad de prevenirlos.

El grado de asociación se determina mediante el llamado Odds Ratios que expresa el número de veces en que el daño aparece en las personas que no presentan el factor, cuando se compara con su aparición en las personas que no presentan el factor de riesgo; representa el riesgo individual ¹⁹.

La frecuencia del factor de riesgo en la comunidad sirve de base para la determinación del riesgo atribuible, que tiene en cuenta no solo el Odds Ratios sino, además, su frecuencia. Independientemente de la importancia porcentual que pueda corresponder a cada uno de los factores que intervienen en el parto pretérmino, la idea que parece gozar de mayor solidez es la de que no existe una sino varias entidades clínicas que se engloban en el concepto genérico que denominamos parto pretérmino ²⁰.

Sociodemográficos:

a) Edad: Es uno de los factores asociados a la prematuridad con mayor incidencia entre las menores de 20 años y mayores de 34 años. Cuando se habla de adolescencia se piensa en un período de transición entre el fin de la niñez y la edad adulta ²¹.

En general, según la OMS se define la adolescencia como el período comprendido entre los 10-19 años de edad, adulto joven entre la edad comprendida entre 20 a 35 años y adulto maduro entre la edad comprendida entre 35 a 59 años ²².

b) Estado Civil: El estado civil soltero de la gestante es una condición muchas veces relacionado al parto pretérmino. En la normatividad jurídica del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil – RENIEC se encuentra que los posibles estados civiles de una persona individual son hasta cuatro. Cada uno de esos estados es representado en el Documento Nacional de Identidad – DNI con una letra. Así tenemos: Soltero (S), Casado (C), Viudo (V) y Divorciado (D).

De conformidad con nuestra Constitución Política y nuestro Código Civil, la convivencia propia consiste en la unión de facto de un varón y una mujer, libres de impedimento matrimonial a efectos de llevar a cabo fines similares a la unión conyugal. A ello se aúna el requisito de temporalidad de dos años. Como ya se anticipó, en el DNI no figura si una persona es conviviente o no, dado que no se trata de un estado civil reconocido jurídicamente ²³.

c) Nivel de Instrucción y Económico: El instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) trabaja con los grados de instrucción: Analfabeto, como aquella persona que no ha cursado ningún grado de estudio, primaria completa e incompleta, secundaria completa e incompleta, superior técnico completo e incompleto, superior universitario completo e incompleto.

El bajo nivel cultural así como también el bajo nivel socioeconómico son factores de riesgo, aunque éstos son dependientes el uno del otro.

d) Lugar de residencia: las zonas que se toman en cuenta para la determinación de la distribución poblacional son: zona urbana, que se caracteriza por estar habitada de forma permanente por más de 2000 habitantes.

El concepto de lo rural se utiliza como opuesto al de lo urbano. Como tal, lo rural es aquello que es propio o que hace referencia al campo, tanto al tipo de vida como a las ocupaciones propias de este. Por otro lado, también puede referirse a asentamientos poblacionales menos densos y con menor cantidad de habitantes en comparación con los urbanos ²⁴.

Gestacionales:

e) Hábitos nocivos: El hábito de fumar juega un papel mucho más significativo en el retardo del crecimiento intrauterino que en el parto pretérmino. Sin embargo, las mujeres fumadoras tienen 20 a 30 % más probabilidad de tener un parto pretérmino. El fumar se debe abatir fuertemente en el embarazo. El cigarro aumenta el riesgo de aborto espontáneo, defectos del nacimiento, parto pretérmino, recién nacidos con bajo peso, etc.

Esto se debe a que el tabaco inactiva la hemoglobina materna y fetal por el monóxido de carbono, reducción de la perfusión placentaria por la acción vasoconstrictora de la nicotina y reducción del apetito materno ²¹.

f) Previa Enfermedades sistémicas y otros: Algunas enfermedades que pueden manifestar complicaciones en las gestantes son aquellas enfermedades crónicas de afección a órganos blancos como corazón, riñón, vascular y entre otras las endocrinológicas causando mayor riesgo de morbilidad, sobre todo en aquellas gestantes con edad de riesgo gestacional, que son el grupo etario con mayor predominancia sobre todas estas afecciones²¹.

g) Antecedente de Gestaciones/Paridad: Paridad se refiere al número de embarazos de un producto mayor de 20 semanas con un peso mayor de 500 gramos, mayor de 25 cm, vivo o muerto; independientemente de la salida de la placenta o sección del cordón ²⁵. Primípara: es la mujer que ha tenido un embarazo que ha llegado a la viabilidad, múltipara: Es la mujer que ha tenido 2 partos a más, gran- Múltipara: Mujer que ha tenido 5 partos a más ²⁶.

El número de gestaciones previas, como el número de partos es un determinante que necesariamente se relaciona con el parto pretermino, aun a pesar de las controversias si es o no un factor de riesgo ²¹.

h) Antecedentes de partos pretérminos y abortos: La historia de un parto pretérmino previo sigue siendo uno de los factores de riesgo más

importantes. El riesgo de recurrencia de un parto pretérmino en mujeres con antecedentes de prematuridad, oscila entre 17% y 40 % y parece depender de la cantidad de partos pretérminos y abortos previos. La literatura ha reportado que una mujer con parto pretérmino previo, tiene 2.5 veces más riesgo de presentar un parto pretérmino espontáneo en su próximo embarazo ²¹.

i) Peso/Talla/índice de masa corporal (IMC): Es una medida de asociación entre la masa y la talla de un individuo ideada por el estadístico belga Adolphe Quetelet, por lo que también se conoce como índice de Quetelet ²⁷.

Se calcula según la operación:

$$\text{IMC} = \frac{\text{masa}}{\text{estatura}^2}$$

Clasificación del IMC según la OMS:

Clasificación	IMC (kg/m ²)	
	Valores principales	Valores adicionales
Bajo peso	<18,50	<18,50
Delgadez severa	<16,00	<16,00
Delgadez moderada	16,00 - 16,99	16,00 - 16,99
Delgadez leve	17,00 - 18,49	17,00 - 18,49
Normal	18,5 - 24,99	18,5 - 22,99
		23,00 - 24,99
Sobrepeso	≥25,00	≥25,00
Preobeso	25,00 - 29,99	25,00 - 27,49
		27,50 - 29,99
Obesidad	≥30,00	≥30,00
Obesidad leve	30,00 - 34,99	30,00 - 32,49
		32,50 - 34,99
Obesidad media	35,00 - 39,99	35,00 - 37,49
		37,50 - 39,99
Obesidad mórbida	≥40,00	≥40,00

Las adolescentes frecuentemente son de menor peso y estatura que las mujeres adultas. Como el crecimiento en la adolescencia no se detiene, las adolescentes requieren más nutrientes durante el embarazo. Tales factores antropométricos reflejarían la inmadurez biológica materna, y también están asociados con parto pretérmino. Los demás factores de riesgo se comportan de la misma manera tanto en la gestante adolescente como en la adulta ¹³.

El estado nutricional de la madre juega un rol importante en la prevención de factores de riesgo, el médico debe tener la capacidad de reconocer cuando una mujer tiene un peso adecuada para la concepción de un hijo o si durante el embarazo el peso no es el adecuado, para el medico evaluar el estado nutricional tiene una herramienta como lo es el índice de masa corporal, siendo esté también un factor predictor para parto pre-término.

Edstedt, en un estudio de cohorte en Suecia demuestra, que un índice de masa corporal por encima de 30 es factor de riesgo para parto pre-término, pero la gestante con un índice de masa corporal por encima de 40 es predictor de prematuro extremo (semana 22 y 28) correlacionando el índice de masa corporal y riesgo de parto pretérmino ²⁸.

Todas las gestantes tienen riesgo de parto extremadamente prematuro. Las estadísticas demuestran que mujeres con un índice de masa corporal normal tienen una tasa de 0,17% de parto pretérmino extremo, mientras las mujeres con un índice de masa corporal entre 25 y 30 la tasa fue de 0,21% y un índice de masa corporal de 30 a 35 la tasa fue de 0,27%, lo que demuestra que a mayor índice de masa corporal, mayor es el riesgo de parto pretérmino²⁹.

j) Control Prenatal: El control prenatal tiene influencia poderosa en la evolución perinatal del producto. Las madres sin control prenatal o con control insuficiente tienen niños más gravemente prematuros que aquellos con control mínimo eficiente. Gestante atendida se refiere a la primera atención que recibe la gestante durante el embarazo actual y gestante controlada aquella que ha cumplido con 6 atenciones y que ha recibido el paquete básico de la gestante³⁰.

k) Anemia: El déficit de micronutrientes en la dieta de las embarazadas, especialmente hierro, es un problema mundial. Las embarazadas constituyen uno de los grupos más vulnerables a presentar anemia por los altos requerimientos de hierro durante la gestación, que pueden representar hasta un tercio de los depósitos totales materno. Se clasifica la anemia en leve (100-109 g/L), moderada (70-99g/L) y grave (<70 g/L), según los criterios de la OMS ³¹.

l) Infecciones urinarias: La bacteriuria asintomática y otras infecciones sistémicas como neumonía bacteriana, pielonefritis y apendicitis aguda, provocan un aumento de las contracciones uterinas por lo que se asocian con la prematuridad ²¹.

m) Preeclampsia y eclampsia: Las enfermedades hipertensivas del embarazo son la tercera causa de mortalidad materna en el Perú, convirtiéndose en un grave problema de salud. Su efecto no solo altera la salud materna, pues la elevada tasa de prematuridad y el retardo de crecimiento fetal intrauterino asociado a este desorden incrementan la mortalidad perinatal ²².

n) Amenaza de parto pretérmino: Este factor implica el inicio de un trabajo de parto (dolores de parto) antes de la semana 37, ya sea que lleve o no a un parto prematuro. Si esto ocurre antes de la semana 20 estamos en presencia de aborto o amenaza de aborto; esta situación es muy diferente al parto prematuro ²⁷.

o) Hemorragia de la primera y segunda mitad del embarazo: La metrorragia de la primera y segunda mitad del embarazo, sea por desprendimiento de placenta prematura o por placenta previa, es un factor de riesgo tan importante como el embarazo múltiple.

El sangrado del segundo o tercer trimestre no asociado con placenta previa o desprendimiento, también se ha asociado en forma significativa al parto pretérmino. El desprendimiento prematuro de placenta (DPP) es una patología obstétrica que pertenece al grupo de las hemorragias del tercer trimestre del embarazo ²¹.

El DPP se produce en un rango de 0,52 a 1,29% de los nacimientos. En nuestro medio (nacional), la incidencia aproximada del DPP es 1/300 embarazos, pero varía sustancialmente según el criterio diagnóstico utilizado y población asistida ²¹.

o) Rotura prematura de membrana: se define como la solución de continuidad espontánea de la membrana corioamniótica antes del inicio del trabajo de parto. Fluctúa en promedio en el 10% de los embarazos, correspondiendo el 20% de los casos de gestaciones de pretérmino ³¹.

p) Embarazo múltiple: Este constituye uno de los riesgos más altos de prematuridad. Casi el 50 % de los embarazos dobles y prácticamente todos los embarazos múltiples con más de dos fetos, terminan antes de completar las 37 semanas, siendo su duración promedio, más corta cuanto mayor es el número de fetos que crecen *in útero* en forma simultánea (36 semanas para los gemelares, 33 semanas para los triples y 31 semanas para los cuádruples) ²².

IV. MATERIAL Y METODOS

La investigación se realizó con las historias clínicas de pacientes atendidas en el antiguo Hospital de Apoyo II-1, José Alfredo Mendoza Olavarría durante el período 2010 – 2014.

Se realizó una investigación cuantitativa, de tipo analítico, retrospectiva con diseño No Experimental, estudio analítico de casos y controles.

La población: Estuvo conformada de la siguiente manera: para el grupo de casos por las historias clínicas de 1,096 gestantes cuyo parto se produjo entre las 22 y 36.6 semanas de gestación y para el grupo control de 6,475 historias clínicas de gestantes cuyo parto se produjo entre las 37 y 40 semanas de gestación, atendidas en el Hospital II-1 José Alfredo Mendoza Olavarría - Tumbes, en el periodo 2010 -2014.

El tamaño de la muestra se determinó mediante la fórmula para estudio de casos-controles, siendo el número de casos 39 y el número de controles: 78. Para la selección de la muestra (historias clínicas) de estudio, tanto del grupo de casos como del grupo control se utilizó la técnica de muestreo probabilístico aleatorio sistemático.

La técnica de recolección de datos fue la revisión y análisis de las historias clínicas, y el instrumento de recolección de datos fue una ficha de recolección de datos, que incluye las variables de investigación (Anexo N° 01), que ha sido validada mediante una prueba piloto en 10 casos de parto pretérmino producidos en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque; el índice de fiabilidad se estimó mediante el Alfa de Cronbach con la ayuda del sistema SPSS Statistics 21 donde se encontró como índice de fiabilidad 6,74 siendo este valor aceptable, por lo tanto, el

instrumento fue útil para medir las variables de estudio planteadas.

El análisis de los datos fue bivariado y el procesamiento se realizó en una hoja de cálculo del programa *SPSS statistics 21*, El análisis inferencial que determinó el grado de asociación de los factores sociodemográficos y gestacionales con parto pretérmino fue la base del cálculo del Odds ratio, factor de riesgo para un $OR > 1$ y de los intervalos de confianza al 95%. Las variables categóricas se compararon con la prueba de *Chi cuadrado X^2* y se determinó un nivel de significancia menor a 0.05.

El trabajo de investigación se acogió a todas las normas éticas legales existentes en Perú, referentes a investigación médica.

V. RESULTADOS.

TABLA N°01

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL DE APOYO II-1 JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRIA ,2010-2014.

Factores sociodemográficos	Casos		Controles		OR	IC 95%	χ ²
	N	%	N	%			
Edad materna	39	100	78	100			
Adulta joven	11	28.2	37	47.4	0.43		
Adolescente	8	17.9	16	19.2	0.91		
Adulta mayor	20	51.3	25	32.1	2.23	0.97- 4.85	2.01
Estado civil	39	100	78	100			
Casada	6	15.4	30	38.5	0.29		
Soltera	33	84.6	48	61.5	3.43	1.32- 8.86	2.53
Grado de instrucción	39	100	78	100			
Superior Completo	3	7.7	7	8.97	0.84		
Superior incompleto	2	5.1	10	12.8	0.36		
Secundaria Completa	3	7.7	8	10.3	0.72		
Secundaria incompleta	11	28.2	27	35.9	0.74		
Sup. Téc. Completo	1	2.6	74	94.9	0.49		
Sup. Téc. Incompleto	1	2.6	8	10.3	0.23		
Primaria completa	3	7.7	6	7.7	1		
Analfabeta	15	38.5	21	26.9	1.69	0.74- 3.81	1.26
Primaria incompleta	2	5.1	2	2.6	2.05	0.01- 311.9	0.28
Lugar de procedencia							
Urbano	38	97.4	67	85.9	6.23	0.98 – 46.6	1.93
Rural	1	2.6	11	14.1	0.16		

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de las pacientes atendidas en el hospital de apoyo II-1 José Alfredo Mendoza Olavarría, 2010-2014 actualmente archivos del hospital II - 2 Saúl Garrido Rosillo .

Los factores de riesgo sociodemográficos asociados a parto pretérmino (OR >1) fueron: adulta mayor >35 años (OR = 2.23 e IC 95%= 0.97- 4.85), estado civil soltera (OR= 3,43 e IC 95%= 1.32- 8.86), grado de instrucción analfabeta (OR=1.69 e IC 95%= 0.74- 3.81) y primaria incompleta (OR=2.05 e IC 95%= 0.01- 311.9), y lugar de residencia urbano (OR= 6,23).

TABLA N° 2

FACTORES DE RIESGO GESTACIONALES ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL DE APOYO II-1 JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRIA ,2010-2014.

FACTORES DE RIESGO GESTACIONALES	CASOS		CONTROLES		ODDS RATIOS	IC. 95%	X _{2HM}
	N°	%	N°	%			
NEFROPATIA	3	7.7	1	1.3	6,417	0.84- 49.5	1.79
PREECLAMPSIA Y ECLAPMSIA	3	7.7	1	1.3	6,417	0.84- 49.5	1.79
ABORTO ANTC.	10	2.6	6	7.7	4,138	1.46- 11.48	2.65
APP	9	23.1	6	7.7	3,600	1.22- 10.55	2.33
BAJO PESO	3	7.7	2	2,6	3,167	0.54- 18.37	1.28
EMB. MULTIPLE	3	7.7	2	2,6	3,167	0.54- 18.37	1.28
ANEMIA	22	56.4	31	39.7	1.962	0.89- 4.28	1.69
PRIMÍPARA	10	2.6	30	38.5	0.55	0.23- 1.29	1.37
ITU	18	46.1	27	34.6	1,619	0.74- 3.50	1.20
OBESIDAD	12	30.7	17	21.8	1,595	0.66- 3.78	1.05
OBESIDAD MORBIDA	4	10.3	6	7.7	1,371	0.06- 29.96	0.2
SOBREPESO	16	41.1	29	37.2	1,175	0.54- 2.16	0.4
VAGINOSIS	4	10.3	8	10.3	1,000		
MULTÍPARA	25	64.1	43	55.1	1.45	0.67- 3.14	0,94
GRAN- MULTÍPARA	4	10.3	4	5.1	2.11	0.51- 8.71	1.03
RPM	1	2.5	6	7.7	0,316		
ATENCIÓN PRENATAL INADECUADA	17	43.6	14	17.9	3.53	2.29- 8.11	2.94
NORMOPESO	4	10.3	23	29.5	0.27	0.82- 0.08	2.31
TOTAL	39		78				

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de las pacientes atendidas en el Hospital José Alfredo Mendoza Olavarría, actualmente en archivo del Hospital Saúl Garrido Rosillo "SAGARO" II-1- Tumbes.

Se encontró que entre los factores de riesgo gestacionales asociados a parto pretérmino son Nefropatía, Preeclampsia y Eclampsia (OR= 6,41 e IC95%= 0.84- 49.5), Antecedente de Aborto (OR= 4,1 e IC95%= 1.46- 11.48), Antec. de Parto Pretérmino (OR= 3,6 e IC95%= 1.22- 10.55), Bajo Peso, Embarazo Múltiple (OR= 3,16 e IC95%= 0,54- 18.37), Anemia (OR= 1,96 e IC95%= 0,89- 4.28), Primiparidad (OR= 0.55 e IC95%= 0,23- 1.29), ITU (OR= 1,61 e IC95%= 0.74- 3,50), Obesidad (OR= 1,59 e IC95%= 0,66- 3,78), Obesidad Mórbida (OR= 1,37 e IC95%= 0,06- 29.96), Sobrepeso (OR= 1,17 e IC95%= 0.54- 2.16), Múltipara (OR= 1.45 e IC95%= 0.67- 3.14), Gran Múltipara (OR= 2.11 e IC95%= 0.51- 8.71), Atención Prenatal inadecuado (OR= 3.53 e IC95%= 2.29- 8.11), Normopeso (OR= 0.27 e IC95%= 0.82- 0.08).

TABLA N°3

ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA BINARIA

FACTORES DE RIESGO	ODDS RATIOS	IC95%	PROBABILIDAD
ANT. DE ABORTO	4,138	1,46- 11.48	80.5%
ANTEC. DE PARTO PRETÉRMINO	3,6	1,22- 10.55	78.3%
CONTROL PRENATAL INADECUADO	3.53	2.29- 8.11	77.8%
ESTADO CIVIL SOLTERA	3.43	1.32- 8.86	77.4%

Interpretación: los factores de riesgo con significancia estadística $IC95\% > 1$ para la población estudiada son: antecedente de aborto (80.5%), antecedente de parto pretérmino (78.3%), control prenatal inadecuado (77.8%) y el estado civil de soltera (77.4%) los cuales incrementan el riesgo de padecer un parto pretérmino.

TABLA N°4
RIESGO ATRIBUIBLE POBLACIONAL

FACTOR DE RIESGO	PC	OR	RAP
ANTECEDENTE DE ABORTO	0,14	4,13	38%
ANTEC. DE PARTO PRETÉRMINO	0,13	3,60	33%
ATENCIÓN PRENATAL INADECUADO	0,3	2,29	41%
ESTADO CIVIL SOLTERA	0,61	3,43	71%

Interpretación: El 71% de las mujeres que terminaron en Parto Pretérmino se debió a la presencia del factor de riesgo de Estado Civil Soltera, el 41% a una Atención Prenatal Inadecuada, el 38% al Antec. De Aborto y el 33% al Antec. De Parto Pretérmino.

VI. DISCUSIÓN.

Los factores de riesgo sociodemográficos asociados a parto pretérmino (OR >1) fueron: adulta mayor >35 años (OR = 2.23 e IC 95%= 0.97- 4.85), estado civil soltera (OR= 3,43 e IC 95%= 1.32- 8.86), grado de instrucción analfabeta (OR=1.69 e IC 95%= 0.74- 3.81) y primaria incompleta (OR=2.05 e IC 95%= 0.01- 311.9), y lugar de residencia urbano (OR= 6,23), tal como lo muestra la Tabla N°01.

Mediante el análisis bivariado de Factores Sociodemográficos se logró obtener como factor de riesgo estadísticamente significativo (IC95% > 1) al estado civil soltera (OR= 3,43 e IC 95%= 1.32- 8.86) se reporta que la soltería está relacionada con una situación social desfavorable por lo que presentaría asociación con el parto pretérmino como lo menciona Sandoval L., y Osorno et al., quienes lo demuestran en su estudio con una relación de significancia y riesgo (OR = 3.81) y (OR 1,81; IC 95 %= 1,56 – 2,09) respectivamente.

Los factores de riesgo gestacionales asociados a parto pretérmino son Nefropatía, Preeclampsia y Eclampsia (OR= 6,41 e IC95%= 0.84- 49.5), Antecedente de Aborto (OR= 4,1 e IC95%= 1.46- 11.48), Antec. de Parto Pretérmino (OR= 3,6 e IC95%= 1.22- 10.55), Bajo Peso, Embarazo Múltiple (OR= 3,16 e IC95%= 0,54- 18.37), Anemia (OR= 1,96 e IC95%= 0,89- 4.28), Primiparidad (OR= 0.55 e IC95%= 0,23- 1.29), ITU (OR= 1,61 e IC95%= 0.74- 3,50), Obesidad (OR= 1,59 e IC95%= 0,66- 3,78), Obesidad Mórbida (OR= 1,37 e IC95%= 0,06- 29.96), Sobrepeso (OR= 1,17 e IC95%= 0.54- 2.16), Multípara (OR= 1.45 e IC95%= 0.67- 3.14), Gran Multípara (OR= 2.11 e IC95%= 0.51- 8.71), Atención Prenatal inadecuado (OR= 3.53 e IC95%= 2.29- 8.11), Normopeso (OR= 0.27 e IC95%= 0.82- 0.08) como lo muestra en la TABLA N°2.

En el análisis bivariado de Factores Gestacionales con significancia estadística (IC95% > 1) fueron: Antecedente de Aborto (OR= 4.1 e IC95%= 1,46- 11.48), Antec. de Parto Pretérmino (OR= 3,6 e IC95%= 1.22- 10.55) y Atención Prenatal Inadecuado (OR= 3.53 e IC95%= 2.29- 8.11). A pesar de que las Nefropatías, la Preeclampsia y Eclampsia, Bajo Peso, Embarazo Múltiple, Anemia, Primiparidad, ITU, Obesidad, Obesidad Mórbida, Sobrepeso, tuvieron

un $OR > 1$, su intervalo de confianza al 95% contenía al valor neutro (1), por lo que, al tener un comportamiento ambiguo, no representan factores de riesgo de parto pretérmino para la población, En cambio el Normopeso al tener un $OR < 1$ e $IC_{95\%} < 1$ ($OR = 0.27$ e $IC_{95\%} = 0.08 - 0.82$) Es significativa para Factor de Protección

Los datos obtenidos en el presente estudio, son similares a los presentados por Losa E. et al, quien encontró en su estudio que el Antec. De parto pretérmino ($OR = 3,4$; IC del 95%, 1,7-6,7), los abortos previos ($p = 0,002$), como los factores de riesgo de parto pre término en la población¹⁸.

La historia de un parto pretérmino previo sigue siendo uno de los factores de riesgo más importantes. El riesgo de recurrencia de un parto pretérmino en mujeres con antecedentes de prematuridad, oscila entre 17% y 40 % y parece depender de la cantidad de partos pretérminos y abortos previos. La literatura ha reportado que una mujer con parto pretérmino previo, tiene 2.5 veces más riesgo de presentar un parto pretérmino. Estas son dos de los factores maternos muy estudiados y que tienen una asociación muy significativa para la presentación del parto prematuro

Así también se encontró a la Atención Prenatal Inadecuada ($OR = 3.53$ e $IC_{95\%} = 2.29 - 8.11$) como factor de riesgo asociado, tal y como también lo plantea Carpio F. que encontró, al control prenatal < 6 ($p = 0,0418812$; $OR 4,89$), como factor de riesgo asociados al desarrollo de parto pre término .

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

Dado que los estudio caso-control pueden llevar a errores por la introducción de factores confusores y potenciación de factores, fue necesario realizar un análisis de regresión logística para evaluar en forma independiente los factores de riesgo que en el análisis bivariado fueron significativos, con lo cual, se logró demostrar que sólo 4 factores de riesgo tenían significancia para factor de riesgo $IC_{95\%} > 1$ para la población, así se tiene al antecedente de aborto, al Antec. De Parto Pretérmino, Atención Prenatal Inadecuada, y el estado civil de soltera que incrementa el riesgo de padecer un nuevo evento TABLA N°3.

El Riesgo Atribuible Poblacional en la población de estudio ha sido el estado Civil de Soltera, que determina que el 71% de la población que presento parto pretermino se debió a este factor, así lo demuestra la TABLA N° 4.

VII. CONCLUSIONES.

1. El factor de riesgo sociodemográfico asociado a parto pretérmino y con significancia estadística ($OR > 1$ e $IC_{95\%} > 1$) en el Hospital II-1 José Alfredo Mendoza Olavarría, 2010-2104 fue el estado civil soltera ($OR = 3,43$ e $IC_{95\%} = 1.32- 8.86$).
2. Los factores de riesgo gestacionales asociados a Parto Pretérmino encontrados con un $OR > 1$ e $IC_{95\%} > 1$; de las historias clínicas del Hospital "JAMO" II-1 Tumbes, 2010- 2014; fueron: Antecedente de Aborto, Antec. de Parto Pretérmino y Atención Prenatal Inadecuado.
3. El 71% de la población que terminó en parto pretérmino se debió a la presencia del factor de riesgo de ser soltera.

VIII. RECOMENDACIONES.

1. Al Director del Hospital de apoyo II- 1, Saúl Garrido Rosillo, incluya en el plan de acción anual mayores medidas preventivas en el sector obstétrico para la identificación de los factores de riesgo más frecuentes y de esa manera poner más énfasis en su control.
2. A la Universidad Nacional de Tumbes, Oficina General de Investigación, motivar a realizar mayores estudios de investigación de aquellos posibles factores de riesgo que se asocian al parto pretérmino con metodología de análisis en diferentes centros hospitalarios de la región, con el objetivo de poder realizar posteriormente un análisis de casuística de los principales factores de riesgo para la salud.
3. A los colegios profesionales de la salud, promuevan capacitaciones con el fin de sensibilizar al profesional de la salud en el llenado correcto, minucioso y legible de las historias clínicas.
4. Al Registro Nacional de Identificación y Estado Civil que generen mayor concientización en la población sobre la importancia del estado civil casada(o) y los beneficios sociales y de salud que puede traer este.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Jaramillo, J. Factores asociados con parto pretérmino en el tercer nivel de atención en salud en Manizales. Julio 2009 - Junio 2010. Rev.Colomb.Obst.Ginecol, vol.57 N° 2 Bogotá June 2010. ISSN 0034-7434. [Consultado: 29 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342006000200002&script=sci_arttext&tIng=es
2. Maridueña, K. Infección de las vías urinarias como factor desencadenante de la amenaza de parto pretérmino. Hospital Rodríguez Zambrano de Manta. Septiembre 2012 al febrero 2013. [Tesis] Ecuador: Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas.2013.
3. Pacheco, J. Ginecología, Obstetricia y Reproducción; 2º edición, Revistas Especializadas Peruanas SAC (REP SAC), Lima Perú 2007. Pags. 1244 – 1267.
4. Dirección Regional de Salud. Análisis de situación de salud Tumbes 2013. Tumbes. Marzo 2014.
5. Genes V. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Rev. Nac. (Itauguá)[Revista en línea]. 2012. [Consultado 01 febrero 2015]; Vol. 4 (2).Pág. 8-14. Disponible en : [file:///C:/Users/HObstetricia Usuario/Downloads/204-607-1-PB.pdf](file:///C:/Users/HObstetricia%20Usuario/Downloads/204-607-1-PB.pdf)
6. Peña G., Barbato J., Betancourt Ch. Et al. Asociación entre prematuridad y embarazadas en edad avanzada. Rev.Obstet-Ginecol.Venez. [Revista en línea]. 2007. [Consultado 27 febrero 2016]. Vol.67, N° 1, p.15-22. Disponible en : <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=466037&indexSearch=ID>
7. Losa E.M., González E., González G. Factores de riesgo del parto pretérmino. Rev. El Sevier. [Revista en línea]. 2006. [Consultado 01 febrero 2015]; Vol. 49. Núm. 02. Disponible en : <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-factores-riesgo-del-parto-pretermino-13084343>

8. Smith G., Pell J. Embarazo en la adolescencia y el riesgo de resultados perinatales adversos asociados con la primera y segunda nacimientos: población basada estudio de cohorte retrospectivo. Rev. Pubmed. [Revista en línea]. 2001. [Consultado 05 febrero 2016].1; 323 (7311): 476. Disponible en : <https://translate.google.com/translate?hl=es-419&sl=en&u=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11532837&prev=search>
9. Robaina G., Pollo J., Morales J. Et al. Análisis Multivariado De Factores De Riesgo De Prematuridad En Matanzas. Rev Cubana Obstet. Ginecología. [Revista en línea]. 2001. [Consultado 04 Marzo 2016]. Vol 1; 27(1):62-9. Disponible en : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2001000100011
10. Goldstein b., Zaglui C. Análisis de los factores de riesgo de prematuridad en el Hospital Calderón Guardia de enero a agosto 2001. Rev. Costarricense de Salud Pública. [Revista en línea]. 2003. [Consultado 25 Marzo 2016]. Vol.12, N° 21, p.23-30. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-14292003000100006&script=sci_abstract&tlng=e.
11. Sandoval L. Parto Prematuro: Factores De Riesgo En El Hospital Regional De Loreto Para El Año 1995. [tesis]. Loreto: Universidad Nacional De La Amazonía Peruana.; 1995.
12. Cruz M. Factores de riesgo maternos preconcepcionales y concepcionales del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, 2014. [tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
13. Carpio F. Factores de riesgo maternos asociados al desarrollo de parto Pretérmino. Hospital Regional de Lambayeque año 2013. [monografía en Internet]. Perú: Universidad Privada Antenor Orrego. 2014. [Consultado 10 febrero 2016]. Disponible en : <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaoep/415>
14. Villamonte W., Lam N., Ojeda E. Factores de riesgo del parto pretérmino. Instituto Materno Perinatal. [tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2001. Vol. 47(2). Disponible en:

- http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_47n2/fact_riesg_parto.htm
15. Riva N. Factores de riesgo para parto pretermino espontáneo en gestantes adolescentes del Hospital de Apoyo N° 2 Yarinacocha-Pucallpa. 2004. [tesis]. Lima: Universidad Mayor De San Marcos.; 2004.
 16. Ministerio de Salud. Guía Técnica de Atenciones Obstétricas 2013. RM 487-2013/MINSA Perú- Lima 2013.
 17. López, P. “Enfoque preventivo del Parto Pretérmino.” Universidad de Valparaíso. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería y Obstetricia. 2005. [consultado: 04 de diciembre 2015]. Disponible en: <http://www.uv.cl/enfermeriayobstetricia/obs/publicaciones/PARTO%20E%20PRETERMINO%202005.pdf>
 18. Aza, L. Comparación de la morbimortalidad neonatal del pretermino nacido por parto abdominal y vaginal en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Tesis Digitales U.N.M.S.M. Lima – Perú. 2003. [consultado: 14 de diciembre del 2015]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibVirtualData/Tesis/Salud/sacramento_rh/ca_p8.pdf
 19. Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. Nacimientos prematuros [homepage en Internet]. 2015. [consultado 16 octubre 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
 20. Salud de la Mujer. “La edad y el estrés aumenta el riesgo de parto pretermino”. Boletín 2007. [consultado: 29 de diciembre del 2015] Disponible en: http://www.correofarmacaceutico.com/edicion/correo_farmacaceutico/saludmujer/es/desarrollo/1049037.html
 21. Iriarte, et al. Factores de Riesgo para Parto Pretérmino En El Hospital San Juan De Dios, Bolivia, en el año 2006; Rev. Clin. Bol. 2006; vol. 2; pág. 5-18.
 22. Nuñez., L. PRESCOLAR, ESCOLAR, ADOLESCENTE, ADULTO SANO Y TRABAJADOR. Enfermería Familiar y Social. 2004. [consultado el 01 de octubre del 2016] Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdvedado/prescolar.pdf>

23. Tantaleán, R. ¿Existe el estado civil de Convivencia? 2010. [consultado el 01 de octubre del 2016] Disponible en:
<http://www.derechoycambiosocial.com/revista020/union%20de%20hecho.htm>
24. Significados [homepage en Internet] 2013. [consultado 16 octubre 2016]. Disponible en: <http://www.significados.com/urbano/>
25. Gutarra, V. Conceptos Básicos de la Obstetricia. Universidad Nacional de Tumbes. Escuela de Obstetricia. Tumbes. 2011 [consultado 16 octubre 2016]. Disponible en:
<http://es.slideshare.net/vigutaunt2011/conceptos-bsicos-de-obstetricia>
26. Robaina, G; Et al. Análisis Multivariado De Factores De Riesgo De Prematuridad En Matanzas. Rev. Cubana de Obstetricia y Ginecología 2001; 27(1):62-9. [consultado el 15 de enero 2016] Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol27_1_01/gin11101.pdf
27. Wikipedia. La enciclopedia libre [homepage en Internet]. Índice de Masa Corporal. 2016 [consultado 16 octubre 2016]. Disponible en:
https://es.wikipedia.org/wiki/%C3%8Dndice_de_masa_corporal
28. Di Marco I., Asprea I. Recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de amenaza de parto pretérmino, atención del parto pretérmino espontáneo y rotura prematura de membranas. [monografía en Internet]. Primera edición. Argentina: Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. 2015. [acceso 01 de abril 2016]. Disponible en :
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000710cnt-guia-parto-pretermino.pdf>
29. Ministerio de Salud: Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. PROYECTO DE NTS N° - MINSA/DGSP.V.01. Pág.3. 2013.
30. Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional. Anemia en Gestantes del Perú y Provincias con Comunidades Nativas 2011. [INFORME]. Ministerio de Salud- Instituto Nacional de Salud- Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. 2012. Pág.6
31. Bajo J., Melchor J., Mercé L, Editors. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). [libro electrónico]. Madrid: Edif. Diapason D-2; 2007 [Consultado: 10 de Mayo del 2016]. Disponible en:

<http://es.slideshare.net/m4r15k/libro-de-ginecologia-y-obstreticia-19893279>

IX. ANEXOS

Anexo N°01: Instrumento de recolección de datos.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**“FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS Y GESTACIONALES ASOCIADOS AL PARTO
PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL II-1 JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA. TUMBES
,2010 - 2014”**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTRUCCIONES: El llenado de la fichas de recolección de datos será en base a los datos que se encontrarán en la Historia Clínica de cada paciente, no se permite borrar, tampoco cambiar o modificar los datos.

Cada ficha de recolección de datos tiene un número y un espacio para las observaciones en las que se deberá anotar con claridad si ocurriera los siguientes casos: falta un dato (s) en la Historia Clínica será considerada como Historia Clínica mal llenada o no existe físicamente la Historia Clínica

Se llenarán los recuadros considerando las unidades de medida Si y No según el caso de estar presente el factor de riesgo o la característica asociada a parto pretérmino.

DATOS GENERALES:

N° de HCL: _____ Ficha N°: _____

Fecha y hora de llenado: _____

Responsable del llenado: _____

1. Caso () 2. Control ()

Edad gestacional: _____ semanas de gestación.

F.U.R: _____ F.P.P: _____ F.de Parto: _____

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS Y GESTACIONALES ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO.

I. Factores sociodemográficos.

Edad	Etapa de vida	<input checked="" type="checkbox"/> Adolescencia (12- 19 años)	
		<input checked="" type="checkbox"/> Adulta Joven (20-35 años)	
		<input checked="" type="checkbox"/> Adulta Mayor (36-59 años)	
Estado civil		<input checked="" type="checkbox"/> Soltera	
		<input checked="" type="checkbox"/> Casada	
Grado de instrucción		<input checked="" type="checkbox"/> Analfabeta	
		<input checked="" type="checkbox"/> Primaria incompleta	
		<input checked="" type="checkbox"/> Primaria completa	
		<input checked="" type="checkbox"/> Secundaria incompleta	
		<input checked="" type="checkbox"/> Secundaria completa	
		<input checked="" type="checkbox"/> Superior técnico Incompleto	
		<input checked="" type="checkbox"/> Superior técnico completo	
		<input checked="" type="checkbox"/> Superior universitario incompleto	
Lugar de residencia		<input checked="" type="checkbox"/> Urbana	
		<input checked="" type="checkbox"/> Rural	

II. Factores Gestacionales.

Paridad	<input checked="" type="checkbox"/> Primípara (1 parto)	
	<input checked="" type="checkbox"/> Multípara (2 a <5 partos)	
	<input checked="" type="checkbox"/> Gran- Multípara (5 a más partos)	

Enfermedades sistémicas		ANTECE-DENTE	ACTUAL
		Diabetes	
HTA			
Neumopatía			
Cardiopatía			
Nefropatía			
Anemia			
Otros.....			
<input checked="" type="checkbox"/> Ninguno			

Patologías Ginecológicas		ANTECE-DENTE	ACTUAL
		<input checked="" type="checkbox"/> Vaginosis bacteriana	
<input checked="" type="checkbox"/> Infección del tracto urinario			

	<input checked="" type="checkbox"/> Otras..... <input checked="" type="checkbox"/> Ninguna		
Complicaciones obstétricas	<input checked="" type="checkbox"/> Parto pretérmino		
	<input checked="" type="checkbox"/> Aborto		
	<input checked="" type="checkbox"/> Amenaza de parto pretérmino		
	<input checked="" type="checkbox"/> Preeclampsia y eclampsia		
	<input checked="" type="checkbox"/> Hemorragia en el embarazo		
	<input checked="" type="checkbox"/> Rotura prematura de membranas		
	<input checked="" type="checkbox"/> Embarazo múltiple		
	<input checked="" type="checkbox"/> Otra.....		
IMC* Pregestacional	Bajo peso IMC <18.5		
	Normopeso IMC 18.5 A 24.9		
	Sobrepeso IMC 25 A 29.9		
	Obesidad IMC >30		
	Obesidad Mórbida IMC >=40		
Atención prenatal	<input checked="" type="checkbox"/> Ninguno		
	<input checked="" type="checkbox"/> Controlada > = 6		
	<input checked="" type="checkbox"/> No controlada < 6		
Hábitos nocivos	<input checked="" type="checkbox"/> Tabaquismo		
	<input checked="" type="checkbox"/> Alcoholismo		
	<input checked="" type="checkbox"/> Drogadicción		
	<input checked="" type="checkbox"/> Ninguno		

(*): La clasificación del IMC se debe realizar previo cálculo:

PESO PREVIO AL EMBARAZO : Kg

TALLA : m

IMC PREGESTACIONAL POR QUETELET : Kg/m²

PESO A LA ÚLTIMA CONSULTA (PPE) = _____Kg.

GANANCIA DE PESO GESTACIONAL AL FINAL DEL EMBARAZO :

Kg