

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRE-
TÉRMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA, 2007-2017”.**

TESIS

Presentada por:

Bach. Luz Mariela Condori Larico

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

**TACNA – PERÚ
2018**

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRE-TÉRMINO EN
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, 2007-2017.**

BACH. LUZ MARIELA CONDORI LARICO


Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Aprobado por MAYORÍA ante el siguiente jurado:



Dra. Rinna Pilco Velásquez
Presidenta



Mgr. Edith Godoy Gonzales
Secretaria



Mgr. Celia Vivanco Chinchay
Miembro



Mgr. Juana Barrera Grados
Asesora

AGRADECIMIENTO

A dios todopoderoso hacedor de sueños.

A mi asesora Mgr. Juana Barreda Grados por su asesoría, esfuerzo y dedicación en la realización de este trabajo.

A todas las personas que de alguna u otra manera me motivaron a seguir adelante.

DEDICATORIA

A Dios que día a día me guía y me cuida dándome las fuerzas y el apoyo para alcanzar mis metas.

A mis padres Manuela Larico Churahuanaco y Justo Condori Flores, por el apoyo incondicional ofrecido durante mis estudios y darme el aliento a seguir avanzando día a día con mi desarrollo profesional.

ÍNDICE GENERAL

	PÁG
AGRADECIMIENTO.....	i
DEDICATORIA.....	ii
ÍNDICE GENERAL.....	iii
ÍNDICE DE TABLAS.....	vi
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	ix
ÍNDICE DE ANEXOS.....	xii
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

	PÁG
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.4 IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN.....	6
1.3.1. Importancia.....	6
1.3.2. Justificación.....	7
1.5. OBJETIVOS.....	9
1.5.1. Objetivo general.....	9

1.5.2. Objetivo específicos.....	10
1.6. HIPÓTESIS.....	10

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	11
2.2. BASES TEÓRICAS.....	28
2.2.1. FACTORES DE RIESGO.....	29
2.2.1.1. Características sociodemográficos.....	30
2.2.1.2. Antecedentes obstétricos.....	32
2.2.1.3. Complicaciones obstétricas.....	34
2.2.2. PARTO PRE-TÉRMINO.....	40
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	51

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	52
3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	52
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	54
3.4. VARIABLES DE ESTUDIO.....	57
3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	60

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....61

3.7. PROCESAMIENTO E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....62

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

RESULTADOS 63

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN.....88

CONCLUSIONES.....93

RECOMENDACIONES.....94

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....95

ANEXOS.....107

ÍNDICE DE TABLAS

	PÁG.
TABLA 1: EDAD ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017	64
TABLA 2: ESTADO CIVIL ASOCIADA AL PARTO PRE-TÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.	66
TABLA 3: NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017	68
TABLA 4: ANTECEDENTE DE ABORTO ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.	70

TABLA 5:	ANTECEDENTE DE CESÁREA ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017	72
TABLA 6:	ANTECEDENTE DE PARTO PRE-TÉRMINO ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.	74
TABLA 7:	PREECLAMPSIA ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.	76
TABLA 8:	ANEMIA ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017	78
TABLA 9:	INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL	80

HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017

TABLA 10:	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.	82
TABLA 11:	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.	84
TABLA 12:	PLACENTA PREVIA ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.	86

ÌNDICE DE GRÁFICOS

	PÁG.
GRÁFICO 1: EDAD ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017	65
GRÁFICO 2: ESTADO CIVIL ASOCIADA AL PARTO PRE-TÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.	67
GRÁFICO 3: NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017	69
GRÁFICO 4: ANTECEDENTE DE ABORTO ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.	71

GRÁFICO 5:	ANTECEDENTE DE CESÁREA ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017	73
GRÁFICO 6:	ANTECEDENTE DE PARTO PRE-TÉRMINO ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.	75
GRÁFICO 7:	PREECLAMPSIA ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.	77
GRÁFICO 8:	ANEMIA ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017	79

GRÁFICO 9:	INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017	81
GRÁFICO10:	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.	83
GRÁFICO 11:	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.	85
GRÁFICO 12:	PLACENTA PREVIA ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.	87

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1:	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	108
ANEXO 2:	CREDENCIAL DE AUTORIZACIÓN PARA OBTENCIÓN DE DATOS	110

RESUMEN

Objetivo: determinar los factores de riesgo asociados al parto pre-término en adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2007-2017. Metodología: es un estudio, analítico, retrospectivo, correlacional, transversal, no experimental, de casos y controles; 205 adolescentes con parto pre-término (casos) y 205 adolescentes de parto a término (controles). La información se obtuvo de la base de datos sistema informático perinatal (SIP 2000). Se utilizó el paquete estadístico SPSS 22,0 determinando medidas de frecuencia, se utilizó la prueba de chi cuadrado para establecer asociación. Se utilizó el OR con intervalos de confianza al 95 %. Resultados: el estudio encontró que las variables asociadas fueron: dentro de las características sociodemográficas el estado civil soltera; los antecedentes obstétricos el número inadecuado de controles prenatales y antecedente de parto pre-término; complicaciones obstétricas como preeclampsia, la anemia, la infección urinaria y la ruptura prematura de membranas Conclusiones: los factores de riesgo asociados al parto pre-término en gestantes adolescentes son: el estado civil soltera, inadecuado número de controles prenatales, antecedente de parto pre-término, preeclampsia, anemia, ITU y RPM.

Palabras clave: factores de riesgo, parto pre-término, adolescentes.

ABSTRACT

Objective: to determine the risk factors associated with preterm delivery in adolescents treated at the Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2007-2017.

Methodology: it is a study, analytical, retrospective, correlational, transversal, non-experimental, of cases and controls; 205 adolescents with pre-term delivery (cases) and 205 adolescents at term (controls). The information was obtained from the perinatal computer system database (SIP 2000). The statistical package SPSS 22.0 was used to determine frequency measurements, the chi-squared test was used to establish association. The OR was used with 95% confidence intervals. **Results:** the study found that the associated variables were: within the sociodemographic characteristics the single marital status; the obstetrical antecedents the inadequate number of prenatal controls and antecedent of preterm delivery; obstetric complications: preeclampsia, anemia, urinary infection and premature rupture of membranes **Conclusions:** the risk factors associated with preterm delivery in pregnant women are: single marital status, inadequate number of prenatal checkups, antecedents of birth pre-term, preeclampsia, anemia, UTI and RPM.

Key words: risk factors, pre-term delivery, adolescents.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha visto un incremento en el inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes de manera precoz como consecuencia de este, ha aumentado la incidencia del embarazo en adolescentes(1).

El embarazo en la adolescencia es un problema social, económico y de salud pública, tanto para las adolescentes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad que los rodea, asimismo según el punto de vista médico y obstétrico este es considerado como una situación de riesgo ya que está asociado principalmente al parto pre-término(2).

Por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como parto pre-término (PPT) aquel que tiene lugar desde las 22 hasta antes de las 37 semanas de gestación (3).

Estudios revelan que las adolescentes que asumen la maternidad tienen mayor probabilidad de tener un parto prematuro, amenazas de aborto, infecciones vaginales, sangrados, pre-eclampsia, eclampsia, anemia e incluso presentar otras complicaciones que podrían llevarla a la muerte (4).

La presente investigación tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados al parto pre-término en adolescentes

atendidas en el Hospital Hipólito Unanue durante los años 2007 hasta el 2017.

En virtud del incremento de las tasas de parto pre-término, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna y a nivel mundial; el gran impacto desfavorable en la salud del recién nacido prematuro; la persistente controversia, en cuanto al manejo del parto pre-término así como la vía de culminación de la gestación; los altos costos económicos, sociales y emocionales; describir los probables factores maternos asociados al parto pre-término en nuestra Institución.

Finalmente, la presente investigación está dividida en cinco capítulos: En el Capítulo I se presenta el planteamiento del problema; el Capítulo II, el marco teórico, que fundamenta el carácter científico de la investigación. En el capítulo III se presenta el marco metodológico, el Capítulo IV está referido a los resultados y el Capítulo V se presenta la discusión de la investigación, finalmente se presenta las conclusiones y recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

A nivel mundial, según resultados del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en el 2013, alrededor del 19 por ciento de las jóvenes en países en desarrollo, quedan embarazadas en edades tempranas antes de los 18 años de edad(5). Por lo que, el embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública que genera cambios biológicos, psicológicos y sociales en la joven, modificando su proyecto, entorno y estilo de vida, constituyendo una de las principales preocupaciones derivadas de la conducta sexual; tales como la mayor precocidad en el inicio de las relaciones sexuales, la desinformación y el uso inadecuado o no uso de métodos anticonceptivos, lo que determina un aumento en el riesgo para que las adolescentes adquieran enfermedades de transmisión sexual o tengan embarazos no deseados que conduzcan a un parto pre-término que es causa principal de morbilidad y mortalidad neonatal(6).

Asimismo en Guayaquil-Ecuador el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas tenían edades de 15 a 17 años, que equivale al 56%(7).

Igualmente en el Perú según los resultados de la ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar) 2013, del total de adolescentes de 15 a 19 años el 13,9% ya son madres o están embarazados por primera vez (8). Asimismo, el embarazo en la adolescencia trae consigo mayores complicaciones para la salud de la madre y la de su producto, complicaciones obstétricas tales como: anemia, infección urinaria, rotura prematura de membranas, hipertensión del embarazo, incompetencia céfalo-pélvica, sufrimiento fetal agudo, amenaza de parto prematuro factores que contribuyen a aumentar la mortalidad materno- infantil(9). En tal sentido, el parto pre-término es uno de los mayores problemas en obstetricia y ginecología con una incidencia aproximada de 10-11%; 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(10).

Por lo tanto, en el Perú, la incidencia de parto pre-término reportada varía entre el 3,6% - 11,8% y es causa importante de muerte y discapacidad neonatal. Pero, cuando se aborda el grave problema del embarazo en adolescentes, la incidencia de parto pre-término aumenta significativamente, hasta un 14 – 16%; conjuntamente con las tasas de morbimortalidad infantil y materna(11). Actualmente se ha descrito una serie de patologías que causan parto pre-término en adolescentes tales como: tener más de una pareja sexual, no control prenatal, condición de multípara y anemia moderada, infecciones del tracto urinario, preeclampsia y ruptura prematura de membranas(6). Al respecto, Parra V. señala que en el Hospital Hipólito Unanue en Tacna en el año 2013, los factores maternos asociados con parto pre-término fueron: la edad materna menor de 18 años, el antecedente de parto prematuro, período intergenésico menor de 2 años, la ganancia de peso deficiente durante el embarazo, diagnóstico de preeclampsia y ruptura prematura de membranas. Dentro del factor fetal tenemos el embarazo gemelar. Los factores socio demográficos fueron el estado civil soltera, y la ocupación de agricultora(12).

Por lo expuesto, es necesario realizar un estudio para identificar los factores de riesgo asociados al parto pre-término en las adolescentes, a fin de obtener evidencia cierta para el manejo y prevención de los mismos y de esta manera disminuir las tasas de morbilidad materno y perinatal.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo anteriormente expuesto nos llevó a plantearnos la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al parto pre-término en adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2007-2017?

1.3. IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. Importancia

Es importante llegar al conocimiento preciso de los factores de riesgo asociados al parto pre-término ya que en nuestro país se sabe que la incidencia ha aumentado significativamente, hasta un 14 – 16%; conjuntamente con las tasas de morbimortalidad infantil y materna(11).

Asimismo, el conocimiento de los factores de riesgo es importante para el obstetra que se responsabiliza con la atención directa de una gestante determinada, ya que su frecuencia en la comunidad sirve de base para la determinación del riesgo atribuible. El riesgo atribuible expresa el riesgo dentro de la colectividad y su conocimiento es muy importante para los responsables de salud de un área, municipio o provincia, cuando deben de reducir la prevalencia de factores de riesgo en la población(13).

1.3.2. Justificación

Según los Objetivos de Desarrollo del Milenio, cada día cientos de mujeres mueren durante el embarazo o debido a complicaciones del parto. En 2013, la mayoría de estas muertes se produjeron en regiones en desarrollo en las que la tasa de mortalidad materna es aproximadamente 14 veces mayor que en las regiones desarrolladas. El embarazo en las adolescentes puede acarrear riesgos para la salud tanto de la madre adolescente como de su hijo. Por lo que uno de los

objetivos del milenio está el de, *Mejorar la salud materna* (reducir, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes). Asimismo dentro de los objetivos de desarrollo sostenible es el de “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas edades” y en su primer punto nos dice (reducir de aquí al 2030, la tasa de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos) (14). Asimismo la Dirección Regional de Salud Tacna, de acuerdo al Plan Estratégico Institucional 2014-2018 uno de sus objetivos es, contribuir en la disminución de la morbilidad y mortalidad materna-neonatal con prioridad en la población de menores recursos (15).

Desde el punto de vista práctico, los resultados de esta investigación van a permitir, prevenir y reducir en forma oportuna las tasas de morbilidad y mortalidad maternas y perinatales, asimismo brindar información valiosa que permita la importancia de la determinación de los factores de riesgo asociados al parto pre término en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Es un aporte de referencia a futuras investigaciones, pues la información recopilada permitirá poner en práctica medidas de educación, control prenatal, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la atención del recién nacido, evitando complicaciones como lo es el parto prematuro.

Los resultados contribuirán a lograr un mejor manejo y prevención de los mismos, con un diagnóstico y manejo adecuados para poder actuar precozmente ante cualquier situación que ponga en riesgo el binomio madre-hijo.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo asociados al parto pre-término en adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2007-2017.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Determinar la asociación de las características sociodemográficas de las adolescentes con el parto pre-término.
- b) Determinar la asociación de los antecedentes obstétricos de las adolescentes con el parto pre-término.
- c) Determinar la asociación de las complicaciones obstétricas de las adolescentes con el parto pre-término.

1.5. HIPÓTESIS

Existen factores de riesgo que se asocian significativamente con el parto pre-término en adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2007-2017.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

A NIVEL INTERNACIONAL

En Paraguay según Genes V., 2012, en su investigación titulada, *Factores de riesgo asociados al parto pretérmino*. (Tesis pregrado). Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay. Objetivo: identificar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino, tanto espontáneo como inducido. Metodología: se realizó un estudio de casos y controles en la Cátedra y Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción. Muestra: se incluyeron 346 pacientes que tuvieron su parto en el periodo de enero a diciembre 2011. El instrumento utilizado para la recolección de datos fue una ficha de preguntas diseñada por el autor a través del análisis de las historias clínicas. Se determinó la asociación de los factores de riesgo con el parto pretérmino mediante el cálculo del OR y sus respectivos intervalos de confianza al 95%. El análisis se realizó con el programa Epi Info, versión 3.5.1. Resultados: la presencia de cuello uterino acortado durante el segundo trimestre (OR 9,93

IC95% 2,17-62,98), la preeclampsia durante el embarazo actual (OR 4,15 IC95% 1,75-10,21), el embarazo múltiple (OR 15,14 IC95% 2,06-312,19) y el antecedente de parto prematuro previo (OR 3,43 IC95% 1,02-12,76) tuvieron asociación estadísticamente significativa con la presencia de parto pretérmino. No se encontró una asociación significativa con la paridad previa, el tabaquismo y la rotura prematura de membranas. Se concluye que los factores de riesgo que se asociaron significativamente al parto pretérmino fueron la longitud cervical acortada durante el segundo trimestre, el antecedente de parto pretérmino previo, el embarazo múltiple y la preeclampsia(16).

En México según Molina.,2011, en su investigación titulada, *Factores maternos asociados con parto pretérmino espontáneo versus nacimiento por cesárea*. (Tesis doctoral). Universidad de Guadalajara, Jalisco, México. Objetivo: identificar los factores maternos asociados con parto pretérmino espontáneo versus nacimiento por cesárea. Metodología: se realizó un estudio transversal analítico. Muestra: se incluyó 859 nacimientos pretérmino únicos atendidos en el Nuevo Hospital Civil de Guadalajara. Dr. Juan I. Menchaca entre septiembre de 2004 y agosto de 2005. La edad

gestacional de 20 a 36 semanas por fecha de la última menstruación se confirmó por valoraciones de Capurro y Ballard. La información se recolectó en forma prospectiva mediante entrevista directa y del expediente clínico. La asociación se midió por regresión logística. La información se capturó en una hoja de cálculo con el programa de Microsoft Excel 2000. El instrumento utilizado para la recolección de datos fue una ficha de preguntas diseñada por el autor. Resultados: de 14 882 nacimientos, 859 fueron pretérmino (5,8%); 489 nacimientos fueron pretérmino espontáneos (57%) y 368 por cesárea (43%). En el análisis bivariado se asociaron con pretérmino espontáneo: control prenatal deficiente (RM: 2,03; IC 95%: 1,54-2,69) y madre menor de 20 años (RM: 1,85; IC 95%: 1,34-2,56); para nacimiento pretérmino por cesárea: infección de vías urinarias (RM: 1,49; IC 95%: 1,08-2,06) y rotura prematura de membranas amnióticas mayor de 24 horas (RM: 1,75; IC 95%: 1,23-2,50). En el análisis multivariado se asociaron con nacimiento pretérmino espontáneo el antecedente de pretérmino espontáneo y control prenatal deficiente; los factores relacionados con pretérmino nacido por cesárea perdieron valor estadístico. Se concluye que, el antecedente de nacimiento pretérmino espontáneo previo, control

prenatal deficiente y madre menor de 20 años fueron predictores de nacimiento pretérmino espontáneo en un modelo multivariado(17).

En México según Morgan F.,2010, en su investigación titulada, *Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con nacimiento pretérmino*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Sinaloa. Objetivo: evaluar la asociación entre nacimiento pretérmino y factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos. Metodología: se realizó un estudio retrospectivo, comparativo, longitudinal y observacional en el que se analizaron los registros clínicos de nacimientos pretérmino (casos prevalentes: n = 748) atendidos del 2001 al 2006 en el Hospital Civil de Culiacán, Sinaloa, México. Los controles se seleccionaron al azar de los registros clínicos de pacientes con nacimientos a término (n = 755). Se analizó la asociación de nacimiento pretérmino con factores sociodemográficos (edad, medio socioeconómico, tabaquismo, alcoholismo, inicio de vida sexual, número de parejas sexuales) y obstétricos (embarazos, partos, abortos, cesáreas, control prenatal, sangrado transvaginal en la primera mitad del embarazo, antecedente de parto pretérmino e intervalo posaborto y posparto, rotura prematura de membranas, anemia e infección urinaria).Para evaluar la asociación de variables

categorías se utilizó la prueba de la chi al cuadrado de Mantel-Haenzel y la razón de momios para medir la fuerza de asociación entre variables. Se calcularon, además, los intervalos de confianza del 95%. Una alfa igual o menor de 0,05 se consideró estadísticamente significativa. El instrumento utilizado para la recolección de datos fue una ficha diseñada por el autor. El análisis estadístico se efectuó con el paquete estadístico Epi-Info versión 6.04. Resultados: en los casos, el nivel socioeconómico bajo se asoció menos con parto pretérmino que en los controles (81,9% vs 86,4%; RM: 0,71; IC 95%: 0,5-0,9; $p = 0,0191$). El nacimiento pretérmino se asoció con: sangrado transvaginal en el primer trimestre (RM: 31,06; IC 95%: 7,5-127,6; $p < 0,05$), antecedente de parto pretérmino (RM: 9,33; IC 95%: 2-59,1; $p = 0,0006$), intervalo posparto igual o menor de un año (RM: 1,79; IC 95%: 1,2-2,5; $p = 0,0021$), rotura prematura de membranas (RM: 9,24; IC 95%: 6,1-13,9; $p < 0,05$) e infección urinaria (RM: 3,72; IC 95%: 2,1-6,4; $p < 0,05$). No se demostró asociación con el resto de las variables analizadas. Se concluyó que el nacimiento pretérmino se asoció, significativamente, con el nivel socioeconómico bajo, sangrado transvaginal en la primera mitad del embarazo, nacimiento

pretérmino previo, periodo intergenésico posparto menor o igual a un año, con rotura prematura de membranas e infección urinaria(18).

En Venezuela según Bracho C., 2011, en su investigación titulada *Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en adolescentes embarazadas. (Trabajo especial de grado para optar al título de Especialista en Obstetricia y Ginecología)*. Universidad del Zulia, Maracaibo-Venezuela. Objetivo: determinar los factores de riesgo asociados con la incidencia de parto pretérmino en adolescentes embarazadas. Metodología: se realizó un estudio descriptivo de diseño no experimental, contemporáneo y de campo. Muestra: se recolectaron los datos de 100 adolescentes embarazadas que acudieron a la consulta prenatal de la Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza” desde junio 2009 a junio del 2010. A quienes se les hizo seguimiento de su embarazo hasta el momento del parto. La información se recolectó en forma prospectiva mediante entrevista compuesta por preguntas abiertas y estructuradas con varias alternativas de respuesta y la escala de Graffar para medir el nivel socio-económico. El instrumento utilizado para la recolección de datos fue una ficha diseñada por el autor. El análisis de datos se realizó mediante estadísticas descriptiva, a

través de estudio de frecuencias absolutas y porcentajes que fueron procesados y representados en gráficos. Resultados: dentro de las características epidemiológicas se obtuvo que las pacientes tenían un promedio de edad de 18,6 + 2,5 años, con estado nutricional normal, de las cuales el 51% viven en concubinato, procedentes del área urbana, con nivel socioeconómico bajo. En el grupo estudiado destaca el inicio temprano de relaciones sexuales, donde el 55% afirmó tener una sola pareja. La mayoría eran primigestas y se encontraba en el II trimestre de gestación, el 65% no controlado o mal controlado, como factores obstétricos se encontró enfermedad hipertensiva del embarazo en el 12%, 16% presentaron ruptura prematura de membranas, 5% desproporción feto-pélvica, también se identificó que el principal factor para parto pretérmino fueron las infecciones en el 49% de los casos. El 62% de las adolescentes estudiadas no cuentan con el respaldo de su familia, el 59% reciben apoyo de su pareja, el 72% viven en casas, el 74% respetan a su pareja señalando no ser promiscuas. Se concluyó que los factores de riesgo asociados con la incidencia de partos pretérminos en adolescentes embarazadas principales factores de riesgo la presencia de infecciones, anemia, con poco apoyo familiar, y condiciones habitacionales aceptables (19).

En EEUU, según Irshad M. et al, 2012, en su investigación titulada *Factores de riesgo de nacimientos prematuros en un hospital de tercer nivel, el Hospital Virgen de Peshawar*. (Tesis doctoral). Instituto Médico de posgrado, Lady Reading. Objetivo: determinar los diversos factores de riesgo materno y neonatal de parto prematuro. Metodología: realizaron una serie de casos descriptivo a partir de enero a diciembre del 2010. Muestra: en este se estudiaron todos los casos de nacimiento vivo pretérmino (PPT) (29 - < 37 semanas) por parto vaginal o por cesárea y sus madres respectivas. El instrumento que se utilizó fue un cuestionario con preguntas diseñadas por el autor. Resultados: un total de 205 (4,04%) neonatos fueron identificados como los recién nacidos prematuros. La mayoría de la población estudiada (29,3%) estaban en el rango de edad de 2 días con una edad media de 1,5073 +/- 1,2627 días. De 205, 51,7% eran hombres y el 48,3% eran mujeres. La edad materna de 21 – 35 años se registró en 79,51% la mayoría con una edad media de 28,10 +/- 5,8982 años. La mayoría de las madres (96,1%) eran analfabetas, el 76,6% pertenecía al área rural, el 76,1% pertenecía a la clase pobre, el 35,1% eran multíparas. Una historia de rotura prematura de membrana (RPM) se encontró en 61% de los casos, lesiones físicas 0,5%, 14,14% polihidramnios

anteriores, recién nacido de bajo peso al nacer 41,5%, 27,8% amenaza de aborto, hemorragia ante parto 36,1%, el nacimiento prematuro anterior 30,2%, pirexia materna del 14,1%, los gemelos anteriores 6,3% y la placenta previa del 4,4%. Se concluyó que la frecuencia de prematuridad fue 4,04%. Entre la edad de la madre diversos factores de riesgo, el analfabetismo, la residencia rural, la pobreza, la configuración común de la familia, la historia de la RPM, anteriores bebés con bajo peso al nacer, historia de hemorragia antes del parto, la multiparidad, la pérdida perinatal anterior, los bebés prematuros anteriores, amenazar aborto, fueron los factores de riesgo importantes que se encuentran en la mayoría de los casos(20).

A NIVEL NACIONAL

En Lima según Díaz L., 2012, en su investigación titulada, *Factores de riesgo asociados al parto pre término en el hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen de enero a junio del 2010.* (Tesis pregrado). Universidad de San Martín de Porres. Objetivo: determinar los factores de riesgo asociados al parto pre término en gestantes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Enero a Junio del 2010. Metodología: se realizó un estudio

retrospectivo, caso control y descriptivo, se trabajó en base a historias clínicas de gestantes, hospitalizadas en el Servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, al primer semestre del año 2010. Muestra: se trabajó con una muestra de 81 historias clínicas de gestantes con parto pre término (casos) y con 81 con parto a término (grupo control). El instrumento aplicado fue una ficha diseñada por el autor, los procedimientos de validez y confiabilidad de los instrumentos aplicados en la presente investigación, se realizaron mediante el coeficiente alfa de Cronbach. La información generada se procesó haciendo uso del sistema estadístico de ciencias sociales SPSS versión 15. Para la prueba de hipótesis se empleó la prueba de independencia (Chi-cuadrado), para medir la fuerza de asociación se usó el Odds Ratio. Resultados: fueron 81 pacientes con diagnóstico de parto pre término, con significancia estadística en las siguientes variables: ausencia de atención prenatal (OR 3,07; $P>0,05$), pre eclampsia (OR 20,86; $P>0,001$), ruptura prematura de membranas (OR 4,03; $P>0,005$), embarazo múltiple (OR 5,64; $P>0,01$), corioamnionitis (OR 2,02; $P>0,1$), lugar de nacimiento: sierra (OR 3,88; $P>0,05$) y nivel socioeconómico D-E (OR 12,73; $P>0,05$). Se concluyó que el principal factor de riesgo asociado al parto pre

término fue la preeclampsia, haber nacido en la sierra, pertenecer a nivel socioeconómico D-E, ausencia de atención prenatal, ruptura prematura de membranas, corioamnionitis y embarazo múltiple fueron también significativos(21).

En Ica según Huaroto K.,2013, en su investigación titulada *Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica.* (Tesis pregrado). Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, Perú. Objetivo: determinar los factores de riesgo maternos, obstétricos y neonatales asociados al parto pretérmino en el Hospital Regional de Ica durante el año 2012. Metodología: se realizó un estudio analítico, observacional, de caso y controles, retrospectivo, en donde la población fue de 2 500 pacientes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional de Ica. Muestra: fue de 107 pacientes, de los cuales 31 fueron casos con diagnóstico de parto pretérmino y 76 los controles con diagnóstico de parto a término. Instrumento: la información requerida se recolecto mediante la revisión de historias clínicas en un formulario de registros diseñada por el autor. Se aplicó la estadística descriptiva para las variables categóricas y de medidas de tendencia central para las variables numéricas. El análisis

estadístico se realizó en el programa SPSS 20,0 y se empleó la prueba del chi cuadrado con un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$. Se consideró factor de riesgo a toda variable con $OR > 1$ e IC 95% que supera la unidad y como factor protector toda variable con $OR < 1$ e IC 95% que no supera la unidad. Resultados: el 35,5% de los casos fueron madres adolescentes que presentaron parto pretérmino, frente a un 15.8% de los controles. El 23% de los partos pretérminos fueron madres adolescente (OR 2,993 IC [1,123-7,660] X^2 0,024 $p < 0,05$). La edad materna extrema en el estudio < 19 años fue el 76, 7%, lo cual es más frecuente en los casos con el 84, 6% y el 70, 6% para los controles, (OR 2,292; IC 0,367-14,323; X^2 0,368); el estado civil casada tuvo el 20, 5%: 30,8% para los casos y 18, 5% en los controles (OR 1,963; IC 0,517-7, 452; X^2 0,316); 84, 1% tuvieron un nivel de instrucción baja: 67, 7% para los casos y 90, 8% para los controles (OR 4,694; IC 1,598-13,855; X^2 0,003); antecedente de parto pretérmino (OR 1,556; IC 0,548-4,417; X^2 0,40); infecciones urinarias (OR 1,350; IC 2, 077-13,116); vaginosis bacteriana (OR 1,224; IC 0,273-5,464); anemia (OR 0,771; IC 0,222-2,682); nuliparidad (OR 1,012; IC 0,372-2,751); periodo intergenésico patológico (OR 0,529; IC 0,202-1,388); bajo peso al nacer (OR 66,536; IC 18,015-248,746); generalidad (OR 14,23; IC

1,610-129,245). Se concluye que representaron factores de riesgo maternos: ser madre adolescente, edad extrema materna, procedencia rural, tener grado de instrucción baja, antecedentes patológicos como infección urinaria; factores de riesgo neonatales: bajo peso al nacer y generalidad. No se consideraron factores de riesgo: anemia, controles prenatales inadecuados y antecedentes de parto pretérmino(22).

En Perú-Huancayo según Romero A. et al, 2013, en su investigación titulada *Factores de riesgo para parto pretérmino en el Hospital Materno Infantil El Carmen de Huancayo*. (Tesis doctoral). Universidad Peruana Los Andes. Objetivo: evaluar la asociación entre nacimiento pretérmino y factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos. Metodología: se llevó a cabo un estudio observacional, analítico, transversal, retrospectivo de tipo caso y control. Muestra: estuvo conformado por 105 casos (todas aquellas pacientes con parto pretérmino) y 105 controles (pacientes con parto a término), tomados entre el periodo de septiembre 2010 a marzo 2011. Instrumento: la información requerida se recolectó mediante la revisión de historias clínicas y libro de partos en un formulario de registros (instrumento de recolección de datos), el cual fue tomado

del estudio de Reyes.(23) Resultados: la frecuencia encontrada de parto pretérmino fue de 8,57%(105) de un total de 1 225 partos, con una media de edad de 25,7 (DE+/-6,8); se encontró como factores de riesgo el número de controles prenatales menores de seis OR 3,75 IC 95% (2,10 – 6,67), ruptura prematura de membranas OR 6,58 IC al 95% (2,41-17,92), anemia OR 2,51 IC 95% (1,12-5,62) y preeclampsia OR 9,01 IC 95% (2,60-31,16). Se concluyó que los factores de riesgo para parto pretérmino en el Hospital Materno Infantil “El Carmen” de Huancayo – Perú son: número de controles prenatales menores de seis, ruptura prematura de membranas, anemia y preeclampsia (24).

En Lima-Perú según ALARCON J., 2017, en su investigación titulada *Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes, Hospital Nacional Docente Madre - Niño “San Bartolomé” - 2016. (Tesis pregrado)*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Objetivo: Determinar los factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño, “San Bartolomé” en el año 2016. Metodología: estudio observacional, analítico de casos y controles, retrospectivo. Muestra: cada muestra (grupo casos y

grupo control) estuvo conformada por 54 gestantes de parto pretérmino que acudieron al Hospital San Bartolomé en el año 2016. El instrumento que se utilizó fue la hoja de recolección de datos que se construyó tomando en cuenta los antecedentes previos y estuvo conformada por 23 ítems, para el análisis univariado se empleó las frecuencias absolutas y las relativas (variables cualitativas) y el promedio y la desviación estándar (variables cuantitativas). Para el análisis bivariado, se usó la prueba no paramétrica Ji cuadrado y la medida epidemiológica Odds Ratio. Resultados: Se obtuvo que los factores de riesgo para parto pretérmino espontáneo en gestantes adolescentes fueron el no tener instrucción ($p=0.028$; $OR=7.89$), la nuliparidad ($p=0.038$; $OR=3.86$), el índice de masa corporal anormal ($p=0.035$; $OR=2.49$), la ruptura prematura de membranas ($p=0.002$; $OR=5.74$), la anemia ($p=0.041$; $OR=2.34$) y la infección vaginal ($p=0.029$; $OR=2.41$). Se concluye que la falta de instrucción, la nuliparidad, el índice de masa corporal anormal, la ruptura prematura de membranas, la anemia y la infección vaginal son factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé en el año 2016 (25).

En el Perú-Trujillo según Rodríguez D., 2014, en su investigación titulada *Factores de riesgo maternos asociados a parto pretérmino: un estudio multicéntrico. Trujillo metropolitano, 2011 – 2013*. (Tesis pregrado).Universidad César Vallejo de Trujillo. Objetivo: determinar los factores de riesgo maternos asociados a parto pre término. Metodología: se usó un diseño retrospectivo, de casos y controles. Muestra: 70 pacientes por grupo (pretérmino y a término). El instrumento de recolección de información que se utilizó fue una ficha diseñada por el autor, a través de las historias clínicas y los carnés perinatales de las pacientes cuyo parto fue atendido en el Centro de Salud Materno Infantil El Milagro y en los Servicios de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo y del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 1° de Enero del 2011 al 31de diciembre del 2013 y que cumplan con los criterios de selección establecidos. Se evaluó las variables mediante la prueba de Chi cuadrado o el test exacto de Fisher cuando las frecuencias esperadas fueron menores de 5, se consideró asociación estadística a un valor $p < 0,05$ con un intervalo de confianza del 95%. El estadígrafo fue el odds ratio (OR). Resultados: respecto al desarrollo de parto pretérmino con el antecedente de parto pretérmino ($p = 0,0048$; OR = 7,0345),

inadecuado control prenatal ($p = 0,0038$; $OR = 4,8889$), desprendimiento prematuro de placenta ($p = 0,0014$; $OR = 8,5$), vaginosis bacteriana ($p = 0,0003$; $OR = 4,0702$) e infección de vías urinarias ($p = 0,0020$; $OR = 2,9688$). Se concluyó que el antecedente de parto pretérmino, el inadecuado control prenatal, el desprendimiento prematuro de placenta, vaginosis bacteriana e infección de vías urinarias son factores de riesgos asociados al desarrollo de parto pretérmino(26).

A NIVEL LOCAL

En Perú -Tacna según Parra F., 2013, en su investigación titulada *Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período enero 2010 - diciembre 2012*. (Tesis pregrado). Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Objetivo: identificar factores de riesgo asociados a parto pretérmino. Metodología: se realizó un estudio retrospectivo de casos y controles, realizado mediante el análisis de la información obtenida de las pacientes cuya gestación culminó en parto pretérmino que fueron atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de la ciudad de Tacna durante el período enero 2010 a diciembre 2012. Muestra: durante el período de estudio se

registraron un total de 11 522 partos, de los cuales 642 fueron partos pretérminos, tras la revisión de los datos consignados en las historias clínicas y el Sistema Informático Perinatal Básico (SIP 2 000) de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, presentados, se excluyeron 226, obteniéndose 416 casos aptos para el estudio. La muestra, fue determinada por muestreo aleatorio simple. El instrumento de recolección de información que se utilizó fue una ficha diseñada por el autor, a través de las historias clínicas y los carnet perinatales y que cumplan los criterios de inclusión establecidos. Resultados: se encontraron los siguientes factores de riesgo la edad materna menor de 18 años (OR: 3,15), el antecedente de parto prematuro (OR: 4,41), período intergenésico menor de 2 años (OR: 2,25), ganancia de peso deficiente durante el embarazo (OR: 0,93), embarazo gemelar (OR: 10,47), diagnóstico de preeclampsia., ruptura prematura de membranas (OR: 16,14), estado civil soltera (OR:2,12), y ocupación de agricultora (OR: 3,5). Se concluye que los factores maternos asociados con parto pretérmino fueron la edad materna menor de 18 años, el antecedente de parto prematuro, período intergenésico menor de 2 años, la ganancia de peso deficiente durante el embarazo, diagnóstico de preeclampsia y ruptura prematura de membranas

dentro del factor fetal asociado con parto pretérmino fue el embarazo gemelar dentro de los factores socio demográficos asociados con parto pretérmino fueron el estado civil soltera, y la ocupación de agricultora(12).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. FACTORES DE RIESGO

El enfoque de riesgo es un método de trabajo en la atención de la salud de las personas, las familias y las comunidades basado en el concepto de riesgo. El fundamento es que no todas las personas, familias y las comunidades tienen la misma probabilidad o riesgo de enfermar y morir, sino que para algunos esta probabilidad es mayor que para otros (27).

Un factor de riesgo se define como aquél que directa o indirectamente contribuye a que se modifique el desarrollo normal del feto, el estado materno o ambos. La identificación temprana de los factores de riesgo, seguida de una atención adecuada, pueden prevenir o modificar los resultados perinatales desfavorables. (28).

Su etiología aún está poco establecida, ya que tras la

prematuridad se encuentra un amplio conjunto de factores estrechamente relacionados entre ellos; teniendo cada vez más una explicación multicausal (29)(30).

2.2.1.1. Características sociodemográficas

2.2.1.1.1. Edad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y fija sus límites entre los 10 y 19 años. Se puede dividir en tres etapas: Adolescencia Temprana (10 a 13 años); Adolescencia media (14 a 16 años). Adolescencia tardía (17 a 19 años) (31)

Se ha observado que la edad materna tiene una asociación estadísticamente significativa con el parto pre-término. Dentro del estudio se identificó con el 72,09% de pacientes con diagnóstico de APP que son > de 19 años, correlacionándose con pacientes adolescentes con un 27,91%, porcentaje importante de manera epidemiológica

constituyendo dentro de ésta a una de las principales causas de amenaza de parto prematuro que se da en nuestro medio (32).

Según un estudio realizado por el Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". Puerto Cabello. La edad de mayor prevalencia en presentar amenaza de parto pre-término en las pacientes atendidas fue entre 17-19 años con un 57,4%. Otro estudio del Departamento de Obstetricia y Ginecología del H.U.S.V.P., también nos demuestra que el 67,2% de gestantes adolescentes corresponden a la adolescencia tardía. Las gestantes mayores de 35 años también presentan una mayor tasa de prematuridad, pero esto se produce, en la mayoría de los casos, por indicación médica debida a otros problemas médicos (33)(34).

2.2.1.1.2. Estado civil

El estado civil es una situación jurídica dentro de la familia y la sociedad, determina su capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas

obligaciones, es indivisible, indisponible e imprescriptible, y su asignación corresponde a la ley (35).

2.2.1.2. Antecedentes obstétricos

2.2.1.2.1. Número de controles prenatales

Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que se realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre. Considerar que todo el embarazo es potencialmente de riesgo (36).

2.2.1.2.2. Antecedente de aborto

Desde el punto de vista médico, el aborto e la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación o antes que el niño alcance 500 gramos de peso. Puede ser espontáneo o inducido. (37).

La historia previa de abortos se ha asociado a una mayor tasa de partos pre término (32).

2.2.1.4.2 Antecedente de cesárea

La cesárea es la intervención quirúrgica que permite la salida o nacimiento de un feto mediante una incisión abdominal. (38). En el segundo trimestre puede causar incremento en la actividad uterina que puede culminar en parto pre término (34).

2.2.1.4.3. Antecedente de parto pre término.

Es la presencia del antecedente en la gestante atendida en el establecimiento de salud en el periodo de estudio, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como parto pre término (PPT) aquel que tiene lugar a partir de las 22 semanas hasta antes de las 37 semanas de gestación (3).

Muchos autores han observado que la historia previa en una gestante de partos pre término es un factor de riesgo importante para que se produzca nuevamente este hecho (39).

2.2.1.3. Complicaciones obstétricas

Algunas complicaciones durante el embarazo o enfermedades maternas y fetales pueden hacer indicar médicamente un parto prematuro. Las principales causas son: preeclampsia, retraso del crecimiento intrauterino y sufrimiento fetal. Algunos cambios en las prácticas y cuidados perinatales, han supuesto en los últimos años un incremento de gestaciones por parte de madres con patologías, a las que anteriormente se les desaconsejaba el embarazo (diabetes, cardiopatías, infección por VIH, etc). Este aspecto puede estar influyendo también en el incremento de prematuros inducidos médicamente (40)(41).

2.2.1.3.1. Preeclampsia

Es la presión arterial igual o mayor a 140/90 mmhg que se inicia luego de la semana 20 de gestación y se asocia a proteinuria mayor de 300mg en 24 horas (42).

Complicación que se presenta entre el 13 y 20% de las adolescentes gestantes, posiblemente es mayor el porcentaje entre las gestantes menores de 15 años, notándose una sensible disminución en la frecuencia de la eclampsia (0,10 a 0,58%), dependiendo en gran medida de la procedencia de la gestante, su nivel social y de la realización de los controles prenatales. En algunos países del 3er mundo puede alcanzar un 18,2% de preeclampsias y un 5% de eclampsias. Para algunos autores, esta incidencia es doble entre

las primigrávidas entre 12 y 16 años (40).

2.2.1.3.2. Anemia.

La anemia es una alteración en la sangre, caracterizada por la disminución de la concentración de la Hb, el hematocrito o el número total de eritrocitos (42). La OMS considera anemia en el embarazo cuando se presentan valores de Hb inferiores a 11 g/dL y el hematocrito inferior a 33% (43).

Especialmente en sectores de bajo nivel social y cultural. El déficit nutricional condiciona la anemia ferropénica. En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca se encontró un 53,8% de anemias ferropénicas en adolescentes. En un estudio sobre 340 adolescentes embarazadas, se encontró 13,5% de anemias en las controladas y 68% en las no controladas (44).

2.2.1.3.3. Infección del tracto urinario.

Es la invasión, colonización y multiplicación de gérmenes en el tracto urinario. (45) En presencia de un urocultivo positivo significativo según el método de recogida de orina utilizada, junto a sintomatología clínica específica y concordante. (46) Es la existencia de bacteriuria significativa, acompañada o no de síntomas y/o signos generales de infección, de manifestaciones útero-vesicales (disuria, polaquiuria, urgencia, etc.) o de compromiso de la función renal (47).

Hay discrepancias respecto de si es o no más frecuente esta complicación en la adolescente embarazada. Al parecer habría un discreto aumento de la frecuencia entre las de 14 años pudiendo alcanzar tazas verdaderamente grandes (48)(49).

Hay evidencia de que la infección es una causa importante por lo que se puede producir parto pre-término. Se ha mostrado que la flora del tracto genital anormal en la forma de la vaginosis bacteriana o en la detección de vaginosis bacteriana relacionada con organismos tales como anaerobios, *Micoplasmahominis* o *GardnerellaVaginalis*, es asociada con parto pre-término (50).

2.2.1.3.4. Ruptura prematura de placenta

Ruptura de las membranas corioamnióticas después de las 22 semanas de gestación y antes del inicio del trabajo de parto. (51)

La ruptura prematura de membranas contribuye en cerca de un tercio de los partos pre términos (37). La causa de la ruptura prematura de membranas es multifactorial y varía con la edad

gestacional. En algunas pacientes más de una posible causa es encontrada. A medida que la ruptura se ocurre a menor edad gestacional se observa una mayor asociación con la infección del corion/decidua (39).

2.2.1.3.5. Desprendimiento prematuro placenta (DPP).

Separación total o parcial de la placenta de su inserción decidual en el fondo uterino, previa al nacimiento del feto (37).

2.2.1.3.6. Placenta previa.

Implantación anormal de la placenta por carencia de superficie inadecuada en el fondo uterino (52)

Embarazo con placenta previa, sangrado vaginal y sin lesiones placentarias específicas (41).

2.2.2. PARTO PRE-TÉRMINO

La Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) definen el parto pre-término al que se produce desde las 22 y antes de las 37 semanas de gestación, es decir, entre 154 y 258 días (53).

El parto pre término es un factor determinante de la mortalidad neonatal, la morbilidad y la discapacidad en la infancia sigue siendo uno de los problemas más graves en obstetricia a nivel mundial (6).

Los hijos de madres adolescentes son más susceptibles de tener bajo peso al nacer, prematuridad y morbi-mortalidad neonatal aumentada; además, tienen un mayor riesgo de morir en el primer año de vida. Las razones principales de esas muertes son la prematuridad y el sufrimiento fetal crónico. Los resultados perinatales desfavorables son mayores en el grupo de bajo estrato socioeconómico y en aquellas con inadecuado control prenatal. La demora para iniciar el control prenatal, el menor número de controles prenatales, el menor nivel de escolaridad y la mayor tasa de partos pre-término son las

principales causas para que esto pase. El establecimiento del vínculo madre-hijo es difícil si la madre es muy joven o el embarazo es no deseado; la internación del recién nacido en la unidad de cuidados intensivos neonatales dificulta aún más el establecimiento de este vínculo (24).

Las madres adolescentes amamantan menos frecuentemente y por períodos más cortos, si no cuentan con el apoyo de un equipo de salud. En aras a mejorar los resultados del embarazo en adolescentes, se debe hacer un control prenatal temprano y frecuente, adicionar el soporte psicosocial y social al cuidado médico y mejorar las condiciones socioeconómicas. Técnicamente el cuidado de las adolescentes durante el parto no difiere de los cuidados para la mujer mayor; la mayoría de las adolescentes no tiene un riesgo incrementado durante el parto, aunque necesitan más soporte emocional y empatía, el cual debe ajustarse a sus necesidades específicas(24)(36).

DIAGNÓSTICO: se basa en la presencia de uno o más de los parámetros: contracciones uterinas prematuras, y/o cambios cervicales (dilatación y/o borramiento), sangrado

vaginal, consecuencia de la activación de la interfase decidua-membranas corioamnióticas. En algunos casos el diagnóstico es seguro, en otros serán necesarias reevaluaciones clínicas y/o pruebas adicionales; hay sobre diagnósticos y sub diagnósticos, situación más riesgosa que considera que la respuesta terapéutica depende de la rapidez de su inicio (54).

TRATAMIENTO: una vez identificada la paciente con diagnóstico de amenaza de parto pre-término, trabajo de parto pre-término o en riesgo alto de parto pre-término (cervicometría menor a 25 mm) se procede a (55):

- **Hospitalizar:** en un tercer nivel de atención (con disponibilidad de UCI neonatal) o segundo nivel con orden de remisión a tercer nivel.

Se deben realizar las siguientes intervenciones:

- **Reposo e hidratación:** reposo en decúbito lateral en ambiente aislado y tranquilo. Colocación de soluciones cristaloides endovenosas a razón de 100 ml/hora. La rápida expansión intravascular puede disminuirlas en un útero irritable y ayudar a diferenciar esta condición de un

verdadero trabajo de parto pre-término y una amenaza de parto pre-término (55).

Uteroinhibición con tocolíticos: Se busca con la uteroinhibición a corto plazo beneficiarse de otros manejos farmacológicos para el control del parto pre término. Un retraso en el parto puede ser usado para la administración de corticos esteroides con el fin de inducir maduración pulmonar y reducir la severidad del síndrome de dificultad respiratoria y hemorragia intraventricular. (55,56).

Las metas a corto plazo de la terapia de inhibición del trabajo de parto pre término, son:

- Completar maduración pulmonar en un plazo de 48 horas con la administración de glucocorticoides
- Remitir a la embarazada a un centro de tercer nivel con UCI neonatal.

Maduración pulmonar fetal con corticoesteroides: el tratamiento con corticoesteroides para inducir maduración pulmonar reduce la mortalidad, el síndrome de dificultad respiratoria y hemorragia intraventricular, en niños entre las 24 y 34 semanas de edad gestacional. Bastante evidencia muestra que los beneficios neonatales comienzan a las 24

horas y hasta 7 días después de la primera dosis (55, 56,58).

La betametasona se empleara como droga de elección para la inducción de la maduración pulmonar fetal (59,60). La recomendación general consiste en que la terapia antenatal con corticoesteroides está indicada en mujeres con riesgo de parto pre-término entre las 28 y 34 semanas de edad gestacional.

Una práctica usual es la de repetir el curso de tratamiento antenatal con corticoides a intervalos de una semana en mujeres que permanecen en riesgo de parto pre-término debido a la observación de que la reducción del síndrome de dificultad respiratoria asociada con tratamiento antenatal con corticoesteroides disminuye si el parto ocurre 7 días después de la primera dosis (61). Si se prolongara el embarazo más allá de una semana desde la aplicación de la primera dosis, se evaluara la repetición del corticoide en caso de que la paciente presente nuevamente riesgo de nacimiento pre-término (58).

Antibióticos: las evidencias encontradas hasta el momento no han mostrado beneficios con el uso de

antibioticoterapia para prevenir el parto pre-término, ni reducción de la mortalidad o la morbilidad en pacientes con membranas intactas (60,61).

Los antibióticos no deben ser indicados de forma rutinaria en pacientes con amenaza de parto pre-término, sin evidencia clínica de infección. Solo está indicada la terapia antibiótica si un agente específico infeccioso es identificado.

UTEROINHIBIDORES

Tocolíticos: su función básica es prolongar el embarazo para permitir el uso corticoide prenatal, además disminuir la morbimortalidad asociada a prematuridad al permitir al producto estar más tiempo en el útero. Históricamente los beta agonistas han sido los más ampliamente usados, pero se han detectado en ellos efectos adversos. Nifedipino, atosiban y betaagonistas, son igualmente efectivos y eficaces. Se deben tener en cuenta los tocolíticos que provean estos beneficios con el menor espectro de efectos secundarios. (63,64)

CALCIOANTAGONISTAS: los más usados en uteroinhibición son las dihidropiridinas, como el nifedipino (Tabletas o cápsulas por 10 mg) se suministra vía oral 10 o

20 mg como dosis inicial, seguido de 10 mg cada 4 – 6 horas. Otro régimen recomendado para el tratamiento de APP-PP es administrar oralmente 10 mg cada 20 minutos 3 dosis, seguida de 20 mg vía oral cada 4-8 hs. La dosis máxima es de 120 mg/d, lo que permitiría adaptar la dosis a la respuesta de cada paciente. Se da por vía oral y es rápidamente absorbido por la mucosa gastrointestinal. Disminuye el calcio intracelular, inhibiendo su ingreso tras membrana de la célula muscular y disminuyendo la resistencia vascular. La concentración plasmática máxima ocurre a los 15 a 90 minutos de su administración. La vida media es de 81 minutos y la duración de su acción de alrededor de 6 horas (65,66).

ATOSIBAN: es un antagonista de receptores de oxitocina. Compite con la oxitocina al ligarse a sus receptores en miometrio, decidua y membranas fetales, inhibiendo a su vez la liberación de prostaglandinas; es altamente órgano-específico, con efectos colaterales mínimos. Se administra en forma de bolo IV de 6.75 mg seguido inmediatamente por 300 µg/min en infusión IV por 3 horas y luego 100 µg/min por más de 45 hs. la duración del

tratamiento no debería exceder las 48 horas y no exceder los 330 mg como dosis total. A edades gestacionales tempranas se podría prolongar su uso por varios días sin ningún efecto adverso significativo. Esta aprobado en Europa para el manejo del TPP espontáneo (67,68).

INDOMETACINA: actúa inhibiendo la enzima ciclooxigenasa, responsable de la formación de prostaglandinas a partir del ácido araquidónico. Puede ser administrada por vía oral o rectal, 50 a 100 mg seguida por 25 mg cada 4 a 6 horas, durante un lapso no mayor a 48 horas. Se usa en pacientes con refractariedad al tratamiento betamimético, cuya ecografía actualizada haya demostrado un volumen normal de líquido amniótico y en amenorreas menores a las 32 semanas. Se deberá realizar ecocardiograma fetal de control durante su uso. Es la única droga que ha mostrado disminución de la tasa de prematuros. Como efecto secundario se puede presentar el cierre prematuro del Ductus Arterioso Fetal y disminución del volumen del líquido amniótico. Se puede usar en combinación con otros uteroinhibidores para potenciar su efecto (66,69).

BETAMIMETICOS: se ligan a los receptores beta 2 adrenérgicos en el músculo liso uterino, activan la enzima adenilatociclasa y hacen que aumente el nivel de AMPc, disminuyendo el calcio libre y fosforila la cinasa de cadena ligera de miosina, inhibiendo así la contracción muscular. Los más utilizados son: ritodrina, terbutalina, albuterol, fenoterol, hexoprenalina, isoxsuprina, metaproterenol, nilidrina, orciprenalina y salbutamol. Se excretan sin alteraciones por la orina o después de haber sido conjugadas en el hígado hasta dar formas inactivas. Puede disminuir casi hasta la mitad el riesgo de parto en 48 horas (65).

Se administraran por goteo endovenoso durante 8 a 12 hs. Como máximo. A los 20 minutos de instalado el tratamiento de deberá controlar la respuesta buscando la dosis mínima para inhibir la contractilidad uterina sin provocar efectos cardiovasculares indeseados (evitar taquicardias superiores a 120 latidos por minuto); si a los 20 minutos del comienzo la inhibición es incompleta se aumentará el goteo al doble esperando otros 20 minutos,

siempre que la frecuencia cardíaca materna sea inferior a 120 latidos por minuto.

Ritodrina: Dosis inicial de 50-100 mcg/min, con incremento gradual de 50 mcg c/15 min (dosis máxima 300 mcg/min) hasta que se obtengan los efectos deseados o aparezcan los no deseados. La infusión debe continuarse hasta por lo menos 12 h después del cese de las contracciones uterinas. 30 min. Antes de finalizar la infusión IV de ritodrina deberá iniciarse tratamiento de mantenimiento por vía oral a dosis de 10 mg c/6 hs por hasta 3 días. Dosis máxima de 120 mg/d. La solución deberá prepararse en dextrosa al 5 %, salvo que esté contraindicada (65).

Terbutalina: No está aprobada por la FDA para su uso específico en amenaza de parto pre-término, pero existe significativa evidencia de su seguridad y eficacia. La infusión IV comienza generalmente con 2,5 a 5 µg/min y se incrementa 5 µg cada 20 minutos hasta un máximo de 25 µg/min. Una vez que las contracciones han sido inhibidas, el goteo se mantiene 60 minutos y luego se comienza la reducción de la dosis en 2,5 µg/min cada 30 minutos hasta que se establezca la menor dosis efectiva. Esta dosis es

mantenida por 12 horas. (54, 56,57) (Los incrementos deben contemplarse son FC maternas < 120 lat/min). Por vía intramuscular 0,5 mg (1 amp) dosis única inicial, para luego continuar vía oral dando 2,5 mg (1 tableta) cada 6 – 8 horas. Salbutamol tabletas de 4 mg, disponible, poco utilizado (55).

SULFATO DE MAGNESIO: varios estudios han encontrado que el sulfato de magnesio es inefectivo para detener TPP y que incluso puede ser lesivo para el producto (66, 70,71).

GLUCOCORTICOIDES: El uso de estos medicamentos se ha traducido en una marcada disminución de la morbimortalidad de los productos pre-término (66).

Los corticosteroides se unen a proteínas transportadoras de la circulación materna. Se encuentran formas libres y unidas, pero sólo la primera puede ingresar a las células fetales, donde se une a receptores glucocorticoides intracelulares. Los efectos en el pulmón incluyen estimulación de la diferenciación de células epiteliales en neumocitos de tipo II, síntesis y secreción de surfactante hacia los espacios alveolares y aceleración del desarrollo estructural. También se encuentra aumento en el factor fibroblasto-neumocito,

aumento de la síntesis de proteínas estructurales del surfactante especialmente B y aumento la movilización de precursores del surfactante desde el hígado (68).

Se prefiere la Betametasona a la dexametasona y por no más de 2 ciclos con 2 semanas de diferencia (hasta que exista evidencia a favor de dosis repetitivas).

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Parto pre-término:** es el parto que se produce desde las 22 y antes de las 37 semanas de gestación, es decir entre 155 y 257 días, se clasifica en recién nacido inmaduro de 22 a 27 semanas de gestación y recién nacido prematuro de las 28 semanas a antes de las 37 (72).
- **Factores de riesgo:** característica congénita, hereditaria o derivada de una exposición o de hábito de vida, que se asocia a la aparición de una enfermedad (27).
- **Adolescencia:** es el “período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y fija sus límites entre los 10 y 19 años (31).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de tipo analítico, retrospectivo, correlacional y transversal

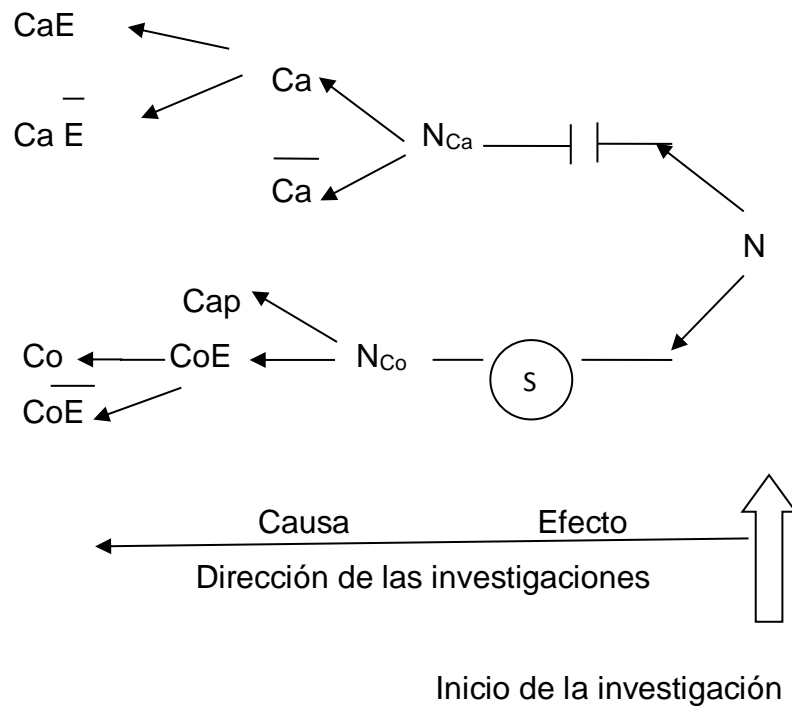
Según la clasificación de Canales F., Alvarado E., Pineda E., es analítico ya que se establece la comparación de variables entre grupos de estudio y de control; retrospectivo ya que se indaga sobre hechos ocurridos en el pasado; correlacional ya que miden y evalúan con precisión el grado de relación entre dos conceptos o variables en un grupo de sujetos durante la investigación; transversal ya que estudia las variables simultáneamente (73).

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se trata de una investigación no experimental de casos y controles.

Según la clasificación de Canales F., es no experimental ya que se acopia datos sin manipular o tratar de introducir nuevos cambios. (73). Estudio de Casos y Controles porque este se orienta hacia la determinación del factor de riesgo, probablemente, más

asociado a un efecto conocido. Para comprobar la existencia de este factor se compara la magnitud de la exposición que han experimentado dos grupos de sujetos, uno con el efecto presente (E+), denominado casos, y el otro con el efecto ausente (E-) denominado control.



Dónde:

N: población fuente

N_{ca}: fuente población de los casos

N_{co}: fuente de población de los controles

\textcircled{S} : muestra de controles

$-||-$: tamizaje para casos incidentes:

Ca: casos de la enfermedad bajo estudio

$\overline{\text{Ca}}$: caso de otras enfermedades

Cap: casos prevalentes

Co: controles

CaE: casos expuestos

$\overline{\text{CaE}}$: casos no expuestos

CoE: controles expuestos

$\overline{\text{CoE}}$: controles no expuestos

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

3.3.1. Población

La población de estudio estuvo constituida por todas las pacientes adolescentes cuya gestación culminó en parto pre-término, en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2007-2017 tal cifra es de 438.

3.3.2. Muestra

La muestra estuvo constituida por 205 gestantes adolescentes con parto pre-término de acuerdo con los

criterios de inclusión y exclusión en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2007-2017.

- **Tamaño muestral:**

- Para estimar el tamaño de la muestra, fue determinada por muestreo aleatorio simple, mediante la siguiente formula(74):

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{(N - 1) \times e^2 + Z^2 \times p \times q}$$

Siendo:

n: muestra

N: población

Z: nivel de confianza =1,96

p: probabilidad de éxito= 50%

q: probabilidad de fracaso= 50%

e: error de muestra= 5%

$$n = \frac{438 \times 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{(438 - 1) \times 0,05^2 + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5} = 205$$

- El grupo control estuvo constituido por 205 gestantes adolescentes con parto a término de acuerdo con los

criterios de inclusión y exclusión en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2007-2017. Una relación de 1:1 es decir un control por cada caso (75).

▪ **Unidad de análisis**

Las historias clínicas perinatales y el programa SIPP2000 de las pacientes cuyo parto fue atendido servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, entre los años 2007-2017 y que cumplieron con los criterios de selección establecidos.

▪ **Tipo de muestreo**

Muestreo no probabilístico.

▪ **Criterios de selección:**

Las historias clínicas de las pacientes fueron seleccionadas según las técnicas muestreo no probabilístico.

✓ Criterios de inclusión para los casos:

Gestantes adolescentes comprendidas entre los 10 y 19 años, cuyo parto eutócico o distócico haya comprendido entre las 22 y antes de las 37 semanas, diagnosticadas por FUR y/o con ecografía del primer trimestre. Gestantes adolescentes cuyas historias clínicas estén completas.

✓ Criterios de inclusión para los controles:

Gestantes adolescentes comprendidas entre los 10 y 19 años, cuyo parto eutócico o distócico haya comprendido entre 37 semanas y 42 semanas, diagnosticadas por FUR y/o con ecografía del primer trimestre. Gestantes adolescentes cuyas historias clínicas estén completas.

✓ Criterios de exclusión:

Gestante en cuya historia clínica no precise la FUR y no cuente con ecografía del primer trimestre, cuya edad gestacional fue calculada con ecografías del segundo trimestre, tercer trimestre o altura uterina.

3.4. VARIABLES DE ESTUDIO

Variable dependiente: parto pre-término

Definición conceptual: Es aquel que se produce a partir de las 22 y antes de las 37 semanas de gestación, es decir el que nace antes del término de la gestación (53).

Definición operacional: se consideró la edad gestacional al momento del parto.

Variable independiente: Factores de riesgo

Definición conceptual: es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad (28).

Definición operacional: se consideró los siguientes factores:

Características sociodemográficas

- **Edad del adolescente:** tiempo transcurrido desde el nacimiento (76). Según la (OMS) Se puede dividir en tres etapas: Adolescencia Temprana (10 a 13 años); Adolescencia media (14 a 16 años). Adolescencia tardía (17 a 19 años) (31).
- **Estado civil:** situación de las personas determinada por aspectos de su situación familiar desde el punto de vista del registro civil (77).

Antecedentes obstétricos

- **Número de controles prenatal:** es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal (36).
- **Antecedente de aborto:** presencia del antecedente en la gestante atendida en el establecimiento de salud en el periodo de estudio (37).
- **Antecedente de cesárea:** presencia del antecedente en la gestante atendida en el establecimiento de salud en el periodo de estudio (38).

- **Antecedente de parto pre-término:** antecedente de parto antes de las 37 semanas de gestación (3).

Complicaciones obstétricas

- **Preeclampsia:** Trastorno multisistémico específico del embarazo, caracterizado por el desarrollo de hipertensión arterial (78).
- **Anemia:** se denomina a la existencia de una disminución en la cantidad total de hematíes circulantes en organismo, hemoglobina menor de 11 mg % (79).
- **Infección del tracto urinaria:** Es la invasión, colonización y multiplicación de gérmenes en el tracto urinario (80).
- **Ruptura prematura de membranas:** ruptura espontánea de la bolsa amniótica antes del inicio de la labor de parto (81).
- **Desprendimiento prematuro de placenta:** Separación total o parcial de la placenta de su inserción decidual en el fondo uterino, previa al nacimiento del feto (37).
- **Placenta previa:** Implantación anormal de la placenta (52).

3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA	
Variables independientes FACTORES DE RIESGO	Características sociodemográficos	Edad	Adolescencia precoz Adolescencia media Adolescencia tardía	1.10-13 2.14-16 3.17-19	Ordinal	
		Estado civil	Soltera Conviviente casada	1. soltera 2. conviviente 3. casada	Nominal	
	Antecedentes obstétricos	N° de controles prenatales	Inadecuado adecuado	1.inadecuado : 0-5 2.adecuado: ≥ 6	Nominal	
		Antecedente de aborto	Antecedente de aborto	1.Si 2.NO		
		Antecedente de cesárea	Antecedente de cesárea	1.Si 2.NO		
		Antecedente de parto pre-término	Antecedente de parto pre-término	1.Si 2.NO		
	Complicaciones obstétricas	Preeclampsia	Preeclampsia	1.Si 2.NO	Nominal	
		Anemia	anemia	1.Si 2.NO		
		Infección urinaria	infecciones urinarias	1.Si 2.NO		
		Ruptura prematura de membranas	RPM	1.Si 2.NO		
		DPP	DPP	1.Si 2.NO		
		Placenta previa	PP	1.Si 2.NO		
	Variable dependiente PARTO PRE-TÉRMINO	Edad gestacional		Semanas cumplidas a la fecha del parto	1.Pre-término 2. A término	Nominal

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

3.6.1. Técnicas de recolección de datos

Se solicitó la autorización del director del Hospital Hipólito Unanue de Tacna-2018 y al jefe del servicio de Gineco-obstetricia presentando una solicitud dirigida al director del hospital adjuntando una copia del proyecto aprobado por Escuela de Obstetricia, para facilitar la obtención de historias clínicas, además se solicitó a la jefatura del servicio de Gineco-obstetricia el acceso al sistema informático perinatal (SIP) del Hospital (anexo 2).

3.6.2. Instrumentos de recolección de datos

El instrumento que se utilizó fue una ficha recolección de datos la cual se tomó de otro estudio de Sam D. (82). La cual se le realizó algunos cambios adecuándose a la presente investigación dicho instrumento fue validado por expertos (anexo 1).

Según Balcells I. y Jungyent J., la ficha es una técnica auxiliar de todas las demás técnicas empleada en investigación científica; consiste en registrar los datos que se van obteniendo en los instrumentos llamados fichas, las cuales, debidamente elaboradas y ordenadas contienen la

mayor parte de la información que se recopila en una investigación por lo cual constituye un valioso auxiliar en esa tarea, al ahorra mucho tiempo, espacio y dinero (83).

El instrumento estuvo constituido por datos de características sociodemográfico, antecedentes obstétricos y complicaciones obstétricas.

3.7. PROCESAMIENTO E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Las tareas de procesamiento y análisis de los datos comprendieron las siguientes actividades:

- a. Se llevaron los datos en una base del programa SPSS versión 22,0.
- b. Se categorizó las variables
- c. Para determinar la asociación de las variables se utilizó las pruebas estadísticas *chi cuadrada* y *Odds Ratio* (OR) para estimar la asociación con respecto a un grupo control. El nivel de confiabilidad fue del 95% (84).
- d. Para la presentación de los resultados, se utilizó tablas y gráficos de barras.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

TABLA 1

EDAD ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.

EDAD	PRE-TÉRMINO		A TÉRMINO		PRUEBA DE ASOCIACIÓN			
	Nº n=205	%	Nº n=205	%	X ²	P (Prob.)	OR	IC: 95%
10-13	2	1,0	2	1,0	0,059	0,971	1,000	0,139- 7,171
14-16	42	20,5	44	21,5			0,943	0,586- 1,518
17-19	161	78,5	159	77,6			1,059	0,663- 1,691
TOTAL	205	100,0	205	100,0				

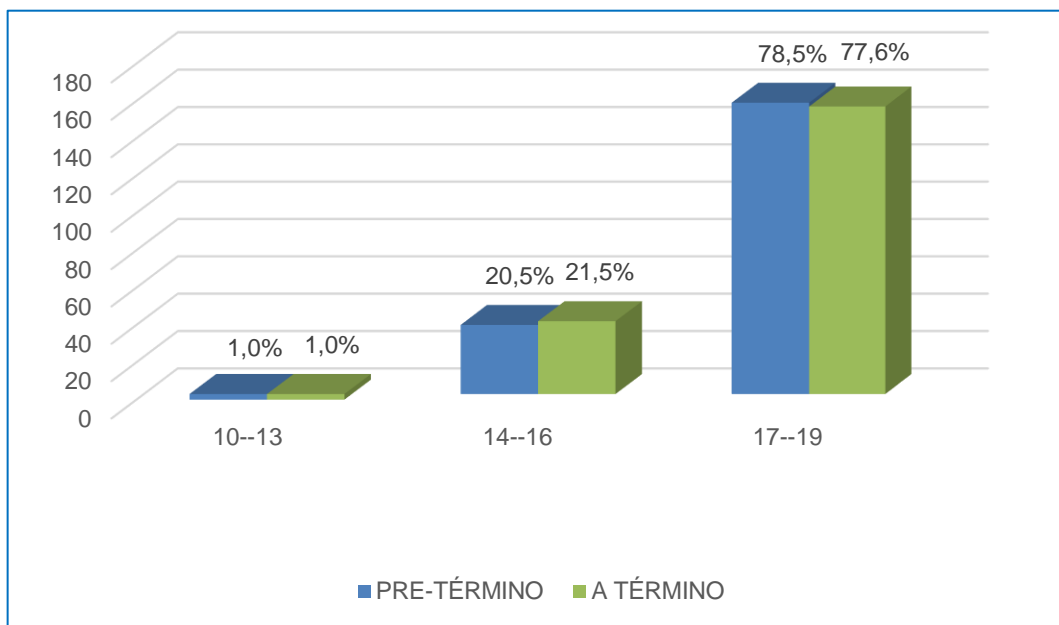
FUENTE: Historia Clínica Perinatal Y SIP 2000- Gineco-obstetricia del HHUT, 2007-2017.

INTERPRETACIÓN:

La tabla 1 y el gráfico 1, muestra que ambos grupos el mayor porcentaje se presentó entre las edades de 17 a 19 años, representando 78,5 % de los casos y 77,6% de los controles. Al aplicar las pruebas estadísticas, nos muestra que X²: 0,059; P: 0,971 es decir no significativo p> 0.05, además al aplicar OR se determina que ninguna de las categorías presenta asociación significativa con la ocurrencia de parto pre-término.

GRÁFICO 1

EDAD ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.



FUENTE: tabla 1

TABLA 2

ESTADO CIVIL ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.

ESTADO CIVIL	PRE-TÉRMINO		A TÉRMINO		PRUEBA DE ASOCIACIÓN			
	Nº n=205	%	Nº n=205	%	X ²	P (Prob)	OR	IC: 95%
SOLTERA	78	38,5	59	28,8	7,106	0,029	1,520	1,003- 2,304
CONVIVIENTE	119	58,0	143	69,8			0,600	0,397- 0,906
CASADA	8	3,9	3	1,5			2,734	0,719- 10,486
TOTAL	205	100,0	205	100,0				

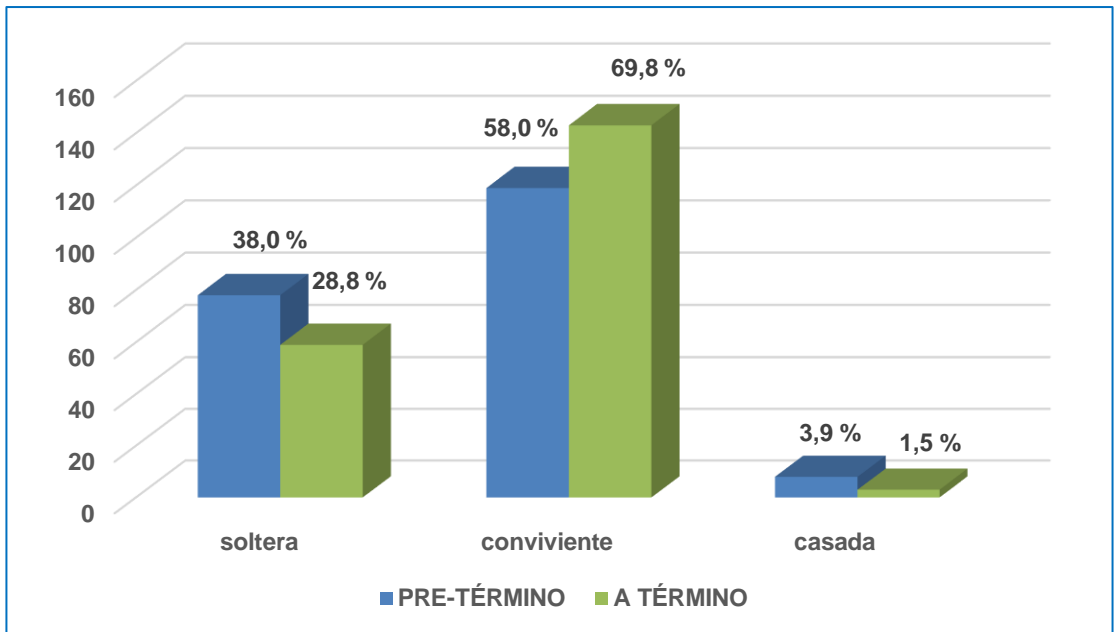
FUENTE: Historia Clínica Perinatal Y SIP 2000-Gineco-obstetricia del HHUT, 2007-2017

INTERPRETACIÓN:

La tabla 2 y el gráfico 2, muestra que en el grupo de casos, el 38,5% de las adolescentes son solteras, el 58,0% son convivientes y el 3,9 % son casadas. De otro lado, en el grupo de los controles, el 28,8 % son adolescentes solteras y el 69,8 % son convivientes y el 1,5% son casadas. Al aplicar la prueba estadística, se determina que el estado civil se asocia al parto pre-término al obtener los resultados P: 0,037 es decir ($p < 0,05$), así mismo presenta un OR: 1,520 (IC 95% 1,003-2,304) es decir la probabilidad de presentar un estado civil soltera en el grupo de los casos es 1,5 veces más riesgo que en los controles.

GRAFICO 2

ESTADO CIVIL ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.



FUENTE: tabla 2

TABLA 3

NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.

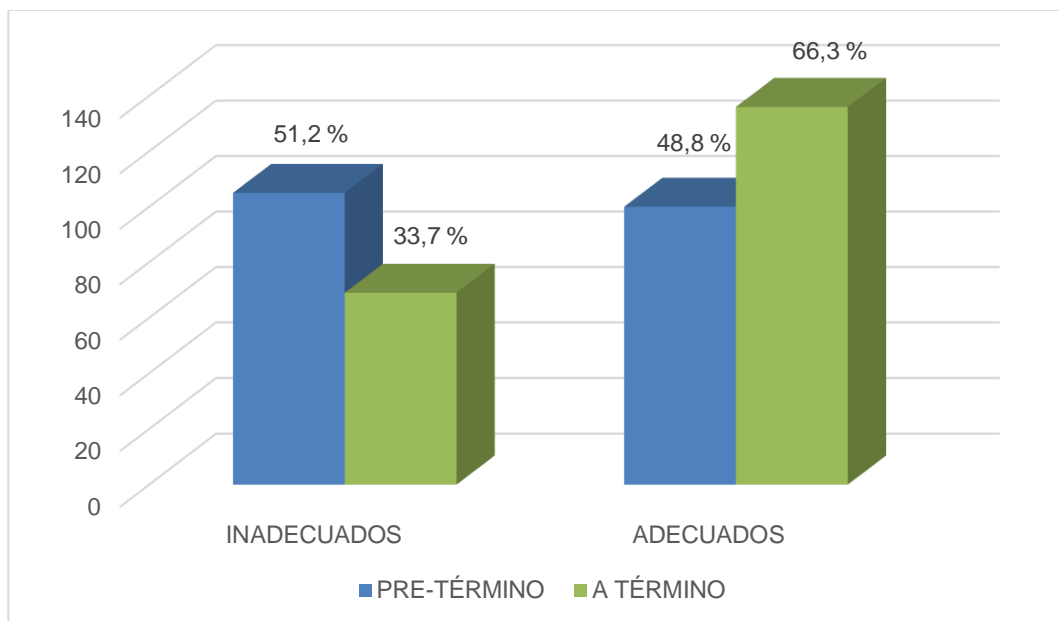
NUMERO DE CONTROLES PRENATALES	PRE-TÉRMINO		A TÉRMINO		PRUEBA DE ASOCIACIÓN			
	Nº n=205	%	Nº n=205	%	X2	P (Prob.)	OR	IC: 95%
INADECUADOS	105	51,2	69	33,7	12,940	0,000	2,070	1,389 - 3,083
ADECUADOS	100	48,8	136	66,3				
TOTAL	205	100,0	205	100,0				

FUENTE: Historia Clínica Perinatal Y SIP 2000- Gineco-obstetricia del HHUT, 2007-2017

INTERPRETACIÓN: La tabla 3 y el gráfico 3, muestra que en el grupo de casos el 51,2 % de las adolescentes presentaron un número inadecuado de controles prenatales, el 48,8 % tuvieron un número adecuado. Mientras que en el grupo de los controles, el 33,7 % de las adolescentes presentaron un número inadecuado de controles prenatales, el 66,3 % tuvieron un número adecuado. Al aplicar la prueba estadística, se determina que el número de controles prenatales se asocia al parto pre-término al obtener los resultados P: 0,000 es decir ($p < 0,05$) y presenta un OR: 2,070 (IC 95% 1,389-3,083) es decir la probabilidad de tener inadecuados número de controles prenatales en el grupo de los casos es 2,0 veces más riesgo que en los controles.

GRÁFICO 3

NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.



FUENTE: tabla 3

TABLA 4

ANTECEDENTE DE ABORTO ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.

ANTECEDENTE DE ABORTO	PRE-TÉRMINO		A TÉRMINO		PRUEBA DE ASOCIACION			
	Nº n=205	%	Nº n=205	%	X2	P (Prob.)	OR	IC: 95%
SI	9	4,4	6	2,9	0,623	0,430	1,523	0,532- 4,359
NO	196	95,6	199	97,1				
TOTAL	205	100,0	205	100,0				

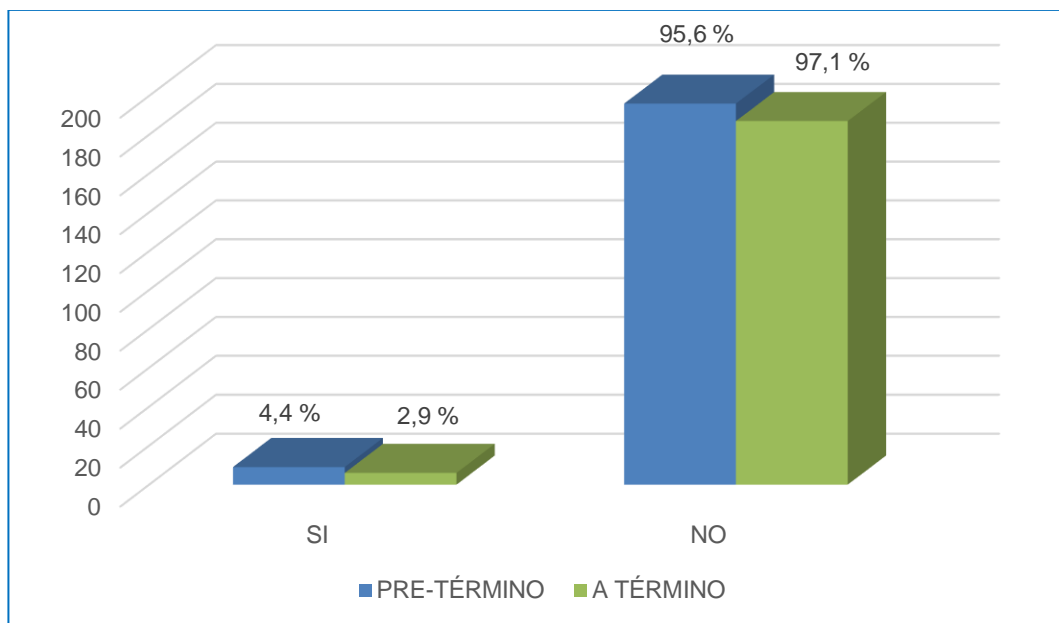
FUENTE: Historia Clínica Perinatal Y SIP 2000- Gineco-obstetricia del HHUT, 2007-2017

INTERPRETACIÓN:

La tabla 4 y el gráfico 4, muestra que en el grupo de casos el 4,4 % de las adolescentes si presentaron antecedente de aborto y el 95,6 % no presentaron. Mientras que en el grupo de los controles, el 2,9 % de las adolescentes si presentaron antecedente de aborto y el 97,1 % no presentaron. Al aplicar la prueba estadística, se determina que el antecedente de aborto en las adolescentes no se asocia al parto pre-término al obtener los resultados P: 0,430 es decir $P > 0,05$ y el OR observado es estadísticamente no significativo OR: 1,523 (IC 95% 0,532-4,359) ya que el 1 está contenido dentro del intervalo de confianza.

GRÁFICO 4

ANTECEDENTE DE ABORTO ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.



FUENTE: tabla 4

TABLA 5

ANTECEDENTE DE CESÁREA ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.

ANTECEDENTE DE CESÁREA	PRE-TÉRMINO		A TÉRMINO		PRUEBA DE ASOCIACIÓN			
	Nº n=205	%	Nº n=205	%	X ²	P (Prob.)	OR	IC: 95%
SI	13	6,3	6	2,9	2,704	0,100	2,246	0,837-6,028
NO	192	93,7	199	97,1				
TOTAL	205	100,0	205	100,0				

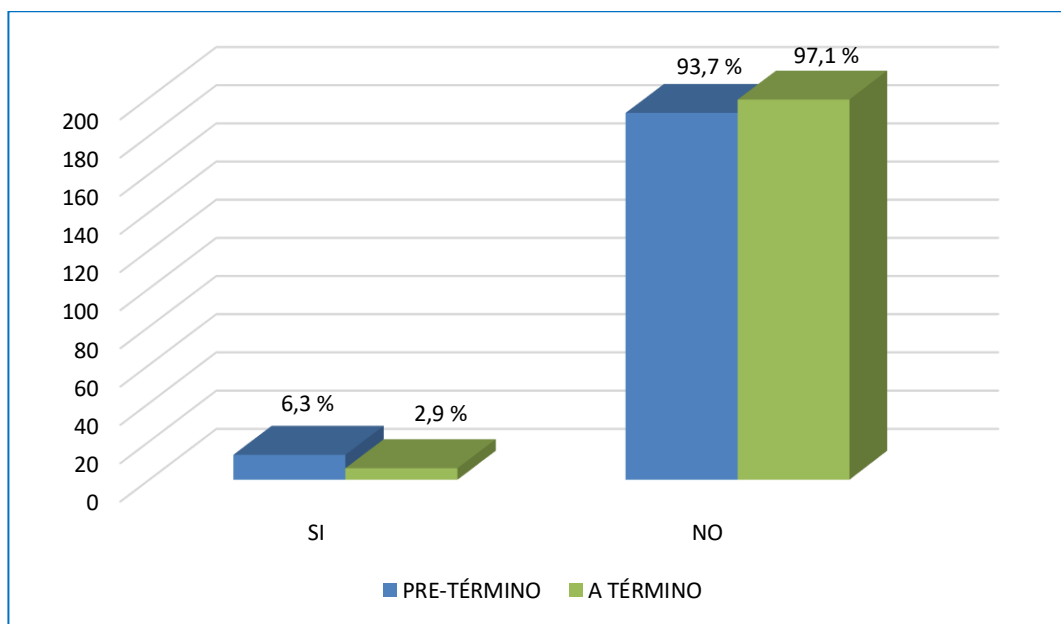
FUENTE: Historia Clínica Perinatal Y SIP 2000- Gineco-obstetricia del HHUT, 2007-2017

INTERPRETACIÓN:

La tabla 5 y el gráfico 5 muestran que en el grupo de casos el 6,3 % de las adolescentes si presentaron antecedente de cesárea y el 93,3 % no presentaron. Mientras que en el grupo de los controles, el 2,9% de las adolescentes si presentaron antecedente de cesárea y el 97,1 % no presentaron. Al aplicar la prueba estadística, se determina que el antecedente de cesárea se no se asocia al parto pre-término al obtener los resultados P: 0,100 es decir ($p > 0,05$) y presenta un OR: 2,246 (IC 95% 0,837-6,028) por lo que tampoco presenta asociación significativa con la ocurrencia de parto pre-término ya que el 1 está contenido dentro del intervalo de confianza.

GRÁFICO 5

ANTECEDENTE DE CESÁREA ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.



FUENTE: tabla 5

TABLA 6

ANTECEDENTE DE PARTO PRE-TÉRMINO ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.

ANTECEDENTE DE PARTO PRE-TÉRMINO	PRE-TÉRMINO		A TÉRMINO		PRUEBA DE ASOCIACION			
	Nº n=205	%	Nº n=205	%	X2	P (Prob.)	OR	IC: 95%
SI	24	11,7	3	1,5	17,485	0,000	8,928	2,644-30,147
NO	181	88,3	202	98,5				
TOTAL	205	100,0	205	100,0				

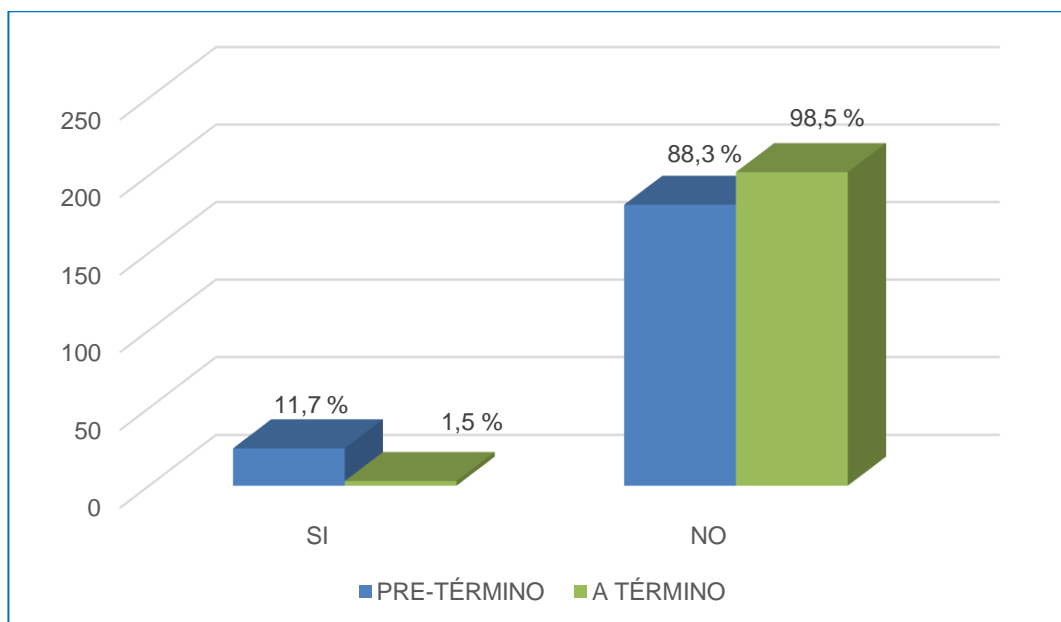
FUENTE: Historia Clínica Perinatal Y SIP 2000- Gineco-obstetricia del HHUT, 2007-2017

INTERPRETACIÓN:

La tabla 6 y el gráfico 6, muestra que en el grupo de casos el 11,7 % de las adolescentes si presentaron antecedente de parto pre-término y el 88,3 % no presentaron. Mientras que en el grupo de los controles, el 1,5% de las adolescentes si presentaron antecedente de parto pre-término y el 98,5 % no presentaron. Al aplicar la prueba estadística, se determina que el antecedente de parto pre-término en las adolescentes se asocia al parto pre-término al obtener los resultados P: 0,000 es decir ($p < 0,05$) y presenta un OR: 8,928 (IC 95% 2,644-30,147) es decir la probabilidad presentar antecedente de parto pre-término en el grupo de los casos es 8,9 veces más riesgo que en los controles.

GRÁFICO 6

ANTECEDENTE DE PARTO PRE-TÉRMINO ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.



FUENTE: tabla 6

TABLA 7

PREECLAMPSIA ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.

PREECLAMPSIA	PRE-TERMINO		A TÉRMINO		PRUEBA DE ASOCIACIÓN			
	Nº n=205	%	Nº n=205	%	X2	P (Prob.)	OR	IC: 95%
SI	45	22,0	3	1,5	41,623	0,000	18,938	5,779- 62,060
NO	160	78,0	202	98,5				
TOTAL	205	100,0	205	100,0				

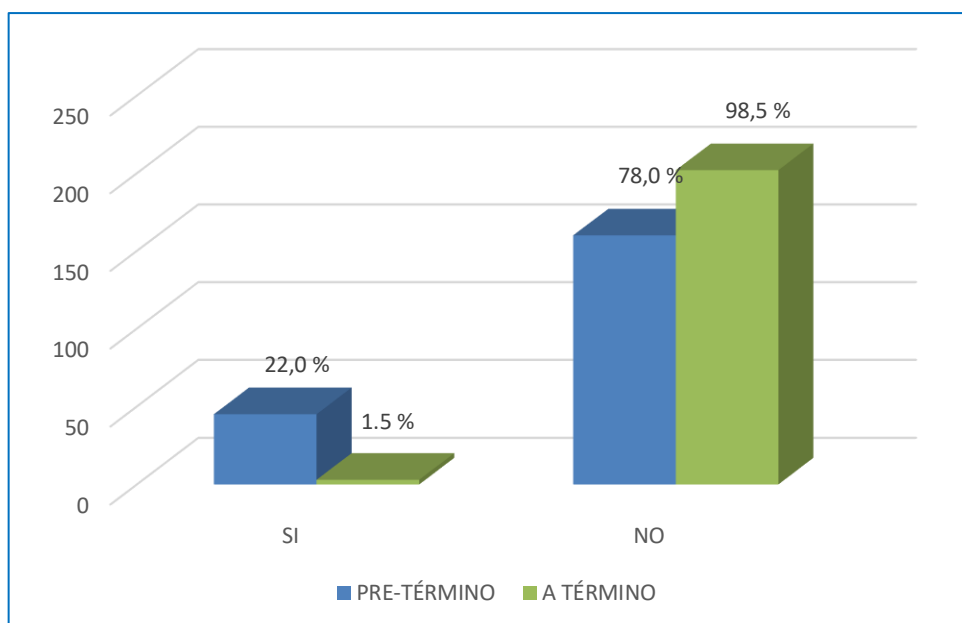
FUENTE: Historia Clínica Perinatal Y SIP 2000- Gineco-obstetricia del HHUT, 2007-2017

INTERPRETACION:

La tabla 7 y el gráfico 7, muestra que en el grupo de casos el 22,0 % de las adolescentes si presentaron preeclampsia durante el embarazo y el 78,0 % no presentaron. Mientras que en el grupo de los controles, el 1,5% de las adolescentes si presentaron preeclampsia durante el embarazo y el 98,5 % no presentaron. Al aplicar la prueba estadística, se determina que presentar preeclampsia durante el embarazo es un factor de riesgo que se asocia al parto pre-término al obtener los resultados P: 0,000 es decir ($p < 0,05$) y presenta un OR: 18,938 (IC 95% 5,779-62,060) es decir la probabilidad de presentar preeclampsia durante el embarazo en el grupo de los casos es 18,9 veces más riesgo que en los controles.

GRÁFICO 7

PREECLAMPSIA ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.



FUENTE: tabla 7

TABLA 8

ANEMIA ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.

ANEMIA	PRE-TÉRMINO		A TÉRMINO		PRUEBA DE ASOCIACIÓN			
	Nº n=205	%	Nº n=205	%	X2	P (Prob.)	OR	IC 95%
SI	91	44,4	69	33,7	4,961	0,026	1,573	1,055- 2,347
NO	114	55,6	136	66,3				
TOTAL	205	100,0	205	100,0				

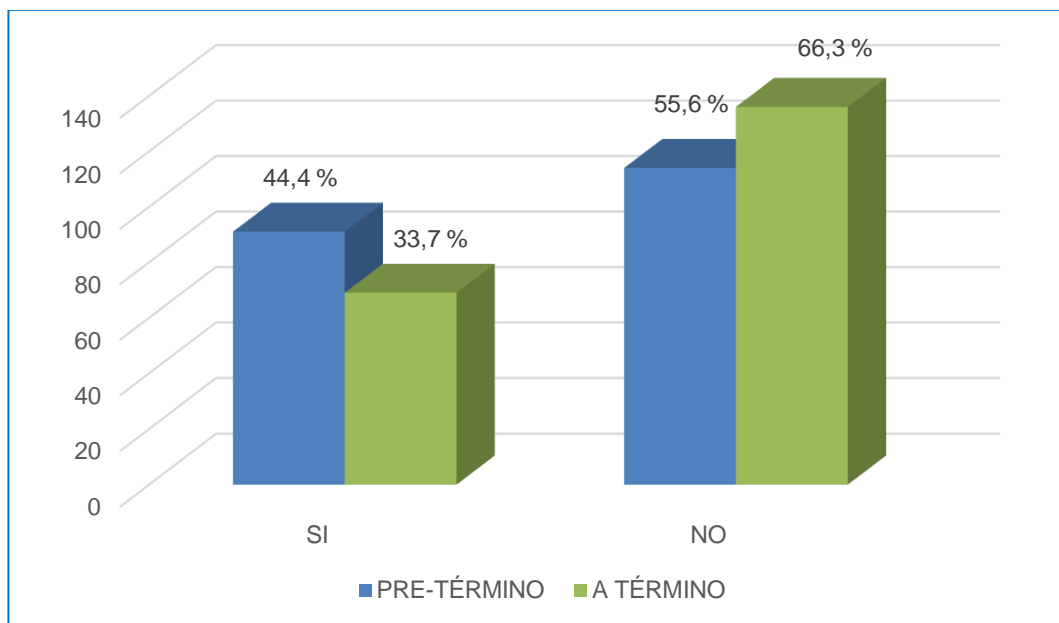
FUENTE: Historia Clínica Perinatal Y SIP 2000- Gineco-obstetricia del HHUT, 2007-2017

INTERPRETACIÓN:

La tabla 8 y el gráfico 8, muestra que en el grupo de casos el 44,4 % de las adolescentes si presentaron anemia durante el embarazo y el 55,6 % no presentaron anemia. Mientras que en el grupo de los controles, el 33,7% de las adolescentes si presentaron anemia durante el embarazo y el 66,3 % no presentaron anemia. Al aplicar la prueba estadística, se determina que presentar anemia durante el embarazo es un factor de riesgo que se asocia al parto pre-término al obtener los resultados P: 0,026 es decir ($p < 0,05$) y presenta un OR: 1,573 (IC 95% 1,055-2,347) es decir la probabilidad de presentar anemia durante el embarazo en el grupo de los casos es una 1,5 veces más riesgo que en los controles.

GRÁFICO 8

ANEMIA ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.



FUENTE: tabla 8

TABLA 9

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.

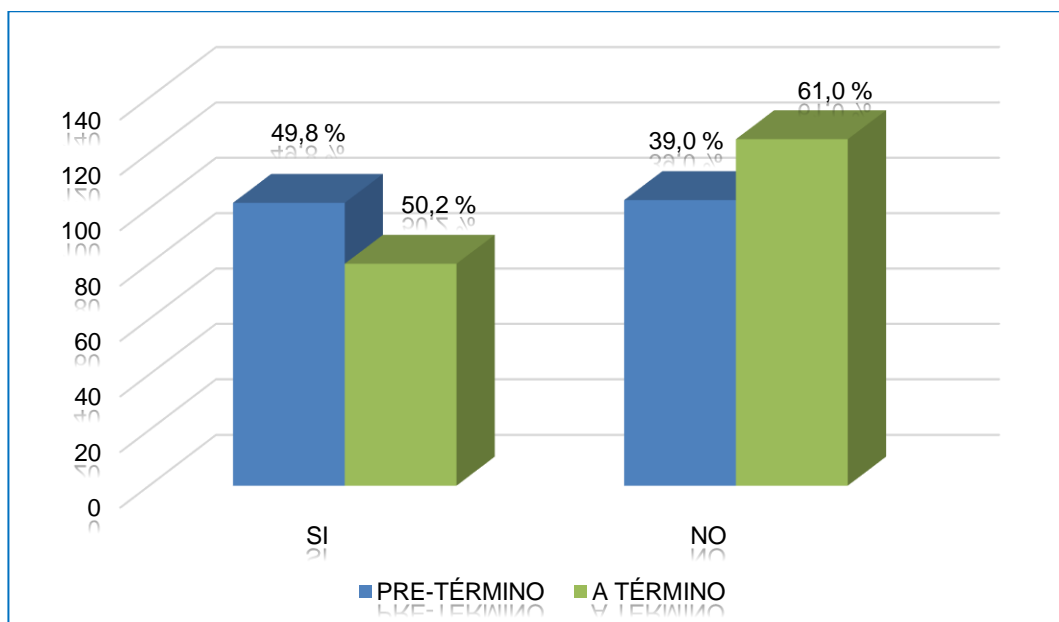
INFECCIÓN TRACTO URINARIO	PRE-TÉRMINO		A TÉRMINO		PRUEBA DE ASOCIACIÓN			
	Nº n=205	%	Nº n=205	%	X ²	P (Prob.)	OR	IC: 95%
SI	102	49,8	80	39,0	4,782	0,029	1,547	1,045- 2,290
NO	103	50,2	125	61,0				
TOTAL	205	100,0	205	100,0				

FUENTE: Historia Clínica Perinatal Y SIP 2000- Gineco-obstetricia del HHUT, 2007-2017.

INTERPRETACIÓN: la tabla 9 y el gráfico 9, muestra que en el grupo de casos el 49,8 % de las adolescentes si presentaron infección del tracto urinario (ITU) durante el embarazo y el 50,2 % no presentaron ITU. Mientras que en el grupo de los controles, el 39,0 % de las adolescentes si presentaron ITU durante el embarazo y el 61,0 % no presentaron ITU. Al aplicar la prueba estadística, se determina que presentar ITU durante el embarazo es un factor de riesgo que se asocia al parto pre-término al obtener los resultados P: 0,029 y presenta un OR: 1,547 (IC 95% 1,045-2,290) es decir la probabilidad de presentar ITU durante el embarazo en el grupo de los casos es 1,5 veces más riesgo que en los controles.

GRÁFICO 9

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.



FUENTE: tabla 9

TABLA 10

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	PRE-TÉRMINO		A TÉRMINO		PRUEBA DE ASOCIACION			
	Nº n=205	%	Nº n=205	%	X ²	P (Prob)	OR	IC: 95%
SI	44	21,5	2	1,0	43,194	0.000	27,739	6,625-116,153
NO	161	78,5	203	99,0				
TOTAL	205	100,0	205	100,0				

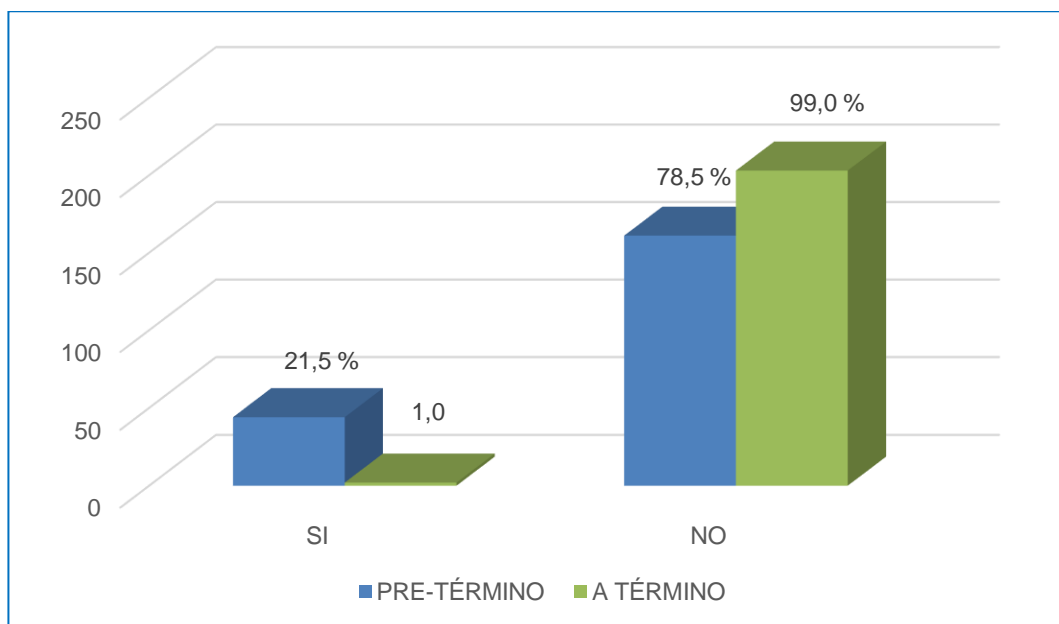
FUENTE: Historia Clínica Perinatal Y SIP 2000- Gineco-obstetricia del HHUT, 2007-2017

INTERPRETACIÓN:

La tabla 10 y el gráfico 10, muestra que en el grupo de casos el 21,5 % de las adolescentes si presentaron ruptura prematura de membranas (RPM) durante el embarazo y el 78,5 % no presentaron RPM. Mientras que en el grupo de los controles, el 1,0% de las adolescentes si presentaron RPM durante el embarazo y el 99,0 % no presentaron RPM. Al aplicar la prueba estadística, se determina que presentar RPM durante el embarazo es un factor de riesgo que se asocia al parto pre-término al obtener los resultados P: 0,000 es decir ($p < 0,05$) y presenta un OR: 27,739 (IC 95% 6,625-116,153) es decir la probabilidad de presentar RPM durante el embarazo en el grupo de los casos es 27,7 veces más riesgo que en los controles.

GRÁFICO 10

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.



FUENTE: tabla 10

TABLA 11

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	PRETÉRMINO		A TERMINO		PRUEBA DE ASOCIACIÓN			
	Nº n=205	%	Nº n=205	%	χ^2	P (Prob.)	OR	IC: 95%
SI	2	1,0	0	0,0	2,010	0,156	----	----
NO	203	99,0	205	100,0				
TOTAL	205	100,0	205	100,0				

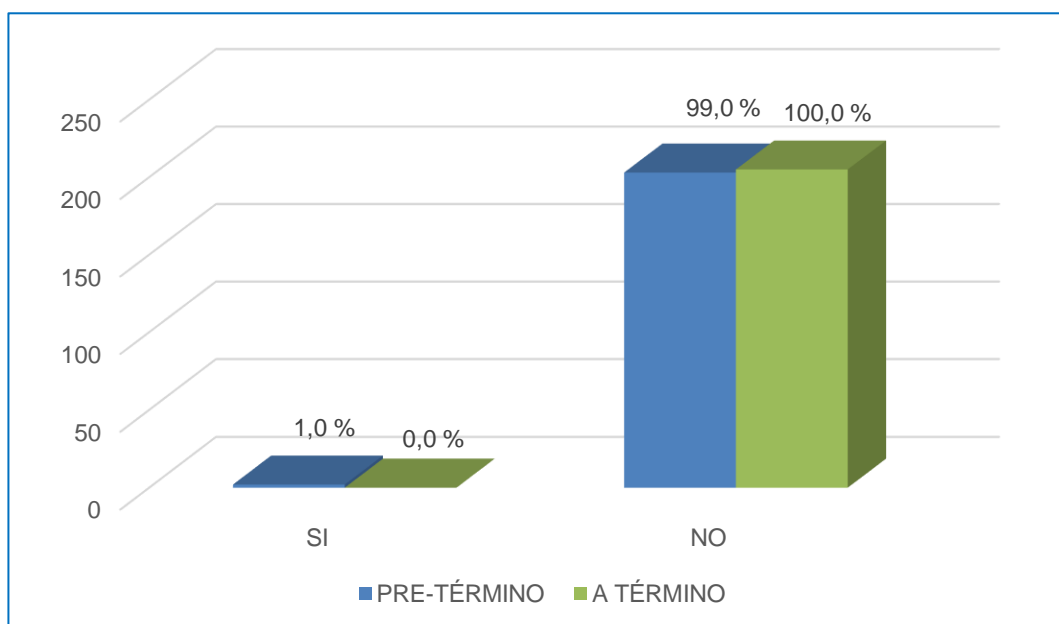
FUENTE: Historia Clínica Perinatal Y SIP 2000- Gineco-obstetricia del HHUT, 2007-2017

INTERPRETACIÓN:

La tabla 11 y el gráfico 11, muestra que en el grupo de casos el 1,0 % de las adolescentes si presentaron desprendimiento prematuro de placenta (DPP) durante el embarazo y el 99,0 % no presentaron DPP. Mientras que en el grupo de los controles se evidencia que no hubo presencia de ningún casos de DPP. Al aplicar la prueba estadística, se determina que presentar DPP durante el embarazo no es un factor de riesgo que se asocia al parto pre-término al obtener los resultados P: 0,156 es decir ($p > 0,05$).

GRÁFICO 11

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.



FUENTE: tabla 11

TABLA 12

PLACENTA PREVIA ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.

PLACENTA PREVIA	PRE-TÉRMINO		A TÉRMINO		PRUEBA DE ASOCIACION			
	Nº n=205	%	Nº n=205	%	X ²	P (Prob.)	OR	IC: 95%
SI	1	0,5	0	0,0	1.002	0,317	----	----
NO	204	99,5	205	100,0				
TOTAL	205	100,0	205	100,0				

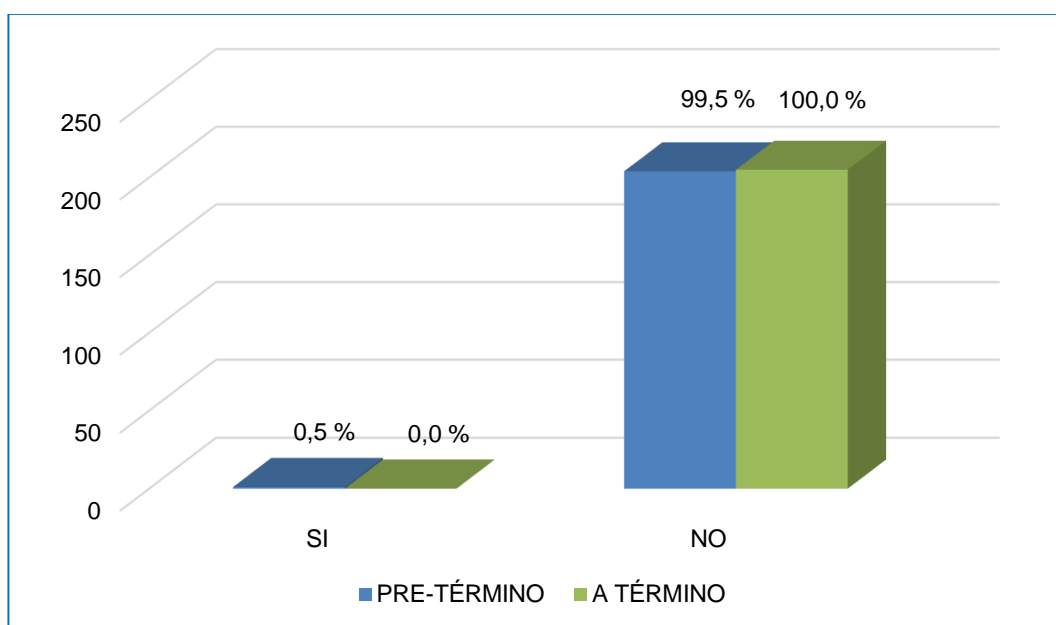
FUENTE: Historia Clínica Perinatal Y SIP 2000- Gineco-obstetricia del HHUT, 2007-2017

INTERPRETACION:

La tabla 12 y el gráfico 12, muestra que en el grupo de casos el 0,5 % de las adolescentes si presentaron placenta previa (PP) durante el embarazo y el 99,5 % no presentaron PP. Mientras que en el grupo de los controles se evidencia que no hubo presencia de ningún casos de PP. Al aplicar la prueba estadística, se determina que presentar PP durante el embarazo no es un factor de riesgo que se asocia al parto pre-término al obtener los resultados P: 0,317 es decir ($p > 0,05$).

GRÁFICO 12

PLACENTA PREVIA ASOCIADO AL PARTO PRE-TÉRMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2007-2017.



FUENTE: tabla 12

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En el presente estudio encontramos que la clasificación de edades de las adolescentes de 17-19 años presentan una mayor frecuencia con un 78,5% en los casos y un 76,6% en los controles, lo que en parte concuerda con los resultados hallados por BRACHO (19) ; quien en su estudio realizado en Venezuela encontró que la mayor frecuencia según edad fue la adolescencia tardía con un 57%.

Asimismo se encontró que el estado civil soltera se asocia al parto pre término además presenta un OR: 1,520 (IC 95% 1,003-2,304) es decir la probabilidad de presentar un estado civil soltera en el grupo de los casos es 1,5 veces más riesgo que en los controles, lo que coincide con los resultados hallados por PARRA (12); quien en su estudio realizado en Tacna-Perú, se encontró al estado civil soltera un OR 2.12 e IC: 1,423-3,147 es decir que el estado civil soltera en el grupo de los casos es 2,1 veces más riesgo que en los controles .

También se encontró en el estudio que según el número de controles prenatales con mayor frecuencia fue 51,2% que corresponden a un número inadecuados de controles prenatales de los casos y con un 33,7% en los controles , así mismo al aplicar la prueba de asociación X^2 : 12,940 ; P: 0,000 y un OR:2,070 e IC: 1,389-3,083 por lo que el número inadecuado de

controles prenatales se asocia al parto pre-término, lo que coincide con los resultados hallados por ROMERO (24); quien en su estudio realizado en Huancayo, se encontró como factor de riesgo al número controles prenatales menores de seis OR 3,75 IC 95% (2,10 – 6,67).

En el presente estudio se encontró que al aplicar la prueba de asociación X^2 : 1,523; P: 0,430 nos mostró que no existe una asociación ($p > 0,05$) entre el antecedente de aborto y el parto prematuro así mismo se observa un OR: 1,523; IC: (0,532-4,359) estadísticamente no significativo con el parto pre-término, lo que coincide con los resultados hallados por DÍAZ. (21); quien en su estudio realizado en Lima-Perú, encontró al antecedente de aborto los valores P: 1,21; es decir que no existe una asociación estadística ($p > 0,05$) entre aborto y el parto pre término y un OR: 1,13; IC: (0,064-2,000) estadísticamente no significativo.

En el presente estudio se encontró que al aplicar la prueba de asociación X^2 : 2,704; P: 0,100, nos mostró que no existe una asociación ($p > 0,05$) entre el antecedente cesárea y el parto prematuro, así mismo se observa un OR: 2,246; IC: (0,837-6,028) estadísticamente no significativo con el parto pre-término, lo que coincide con los resultados hallados por MORGAN (18) ; quien en su estudio realizado en México, encontró al antecedente de cesárea los valores de P: 0.3192; es decir que no existe una

asociación estadística ($p > 0,05$) entre la cesárea y el parto pre-término.

Se encontró en el presente estudio que al aplicar la prueba de asociación X^2 : 17,485; P : 0,000, nos mostró que existe una asociación ($p < 0,05$) entre el antecedente de parto pre término y el parto pre término, asimismo se observa un OR: 8,928; IC: (2,644-30,147) estadísticamente significativo, es decir que el antecedente de parto pre término presenta 8,9 veces más riesgo en comparación con el grupo de los controles lo que coincide con los resultados hallados por GENES (16) ; quien en su estudio realizado en Paraguay, encontró al antecedente de parto prematuro previo P : 0,02 ($p < 0,05$) ; OR 3,43; IC95%: (1,02-12,76) es decir que existe una estadística significativa con la presencia de parto pre-término.

Se encontró en el presente estudio que al aplicar la prueba de asociación X^2 : 41,623; P : 0,000 , nos mostró que existe una asociación ($p < 0,05$) entre la preeclampsia y el parto pre-término, asimismo se observa un OR: 18,938 ; IC: (5,779-62,060) estadísticamente significativo, es decir que el antecedente de parto pre-término presenta 18,9 veces más riesgo en comparación con el grupo de los controles lo que coincide con los resultados hallados por ROMERO (24); quien en su estudio realizado en Huancayo-Perú, encontró a la preeclampsia P : 0,000; OR: 9,01; IC 95% (2,60-31,16), es decir que existe una estadística significativa con la presencia de parto pre-término.

En el presente estudio se encontró que al aplicar la prueba de asociación χ^2 : 4,961; P: 0,026, nos mostró que existe una asociación ($p < 0,05$) entre la anemia y el parto pre-término, asimismo se observa un OR: 1,573; IC: (1,055-2,347), estadísticamente significativo con el parto pre-término, considerado lo que coincide con los resultados de ROMERO(24); quien en su estudio realizado en Huancayo-Perú, encontró a la anemia con valores P: 0,000; OR: 2,51; IC 95% (1,12-5,562), es decir que existe una estadística significativa con la presencia de parto pre-término.

Por otra parte se encontró en el presente estudio que al aplicar la prueba de asociación χ^2 : 4,782; P: 0,029, nos mostró que existe una asociación ($p < 0,05$) entre la infección del tracto urinario y el parto pre-término, asimismo se observa un OR: 1,547; IC: (1,045-2,290), estadísticamente significativo con el parto pre-término, considerado lo que coincide con los resultados de RODRIGUEZ (26); quien en su estudio realizado en Trujillo-Perú, encontró a la infección del tracto urinario con valores P: 0,0020; OR: 2,9688, es decir que existe una estadística significativa con la presencia de parto pre-término.

En el presente estudio se encontró que al aplicar la prueba de asociación χ^2 : 43,194; P: 0,000, nos mostró que existe una asociación ($p < 0,05$) entre la ruptura prematura de membranas y el parto pre-término, asimismo se observa un OR: 27,739; IC: (6,625-116,153), estadísticamente

significativo con el parto pre-término, considerado lo que coincide con los resultados de PARRA(12); quien en su estudio realizado en Tacna-Perú, encontró a la RPM con valores OR: 16,14; IC: (3,652-71,284), es decir que existe una estadística significativa con la presencia de parto pre-término.

Se encontró en el presente estudio que al aplicar la prueba de asociación χ^2 : 2,010; P: 0,156 nos mostró que no existe una asociación ($p > 0,05$) entre el desprendimiento prematura de placenta, lo que coincide con los resultados hallados según ALARCON (25); quien en su estudio realizado en Lima-Perú encontró al DPP ($p = 0,079$) siendo este no estadísticamente significativo con el parto pre-término.

Finalmente se encontró en el presente estudio que al aplicar la prueba de asociación χ^2 : 1,002; P: 0,317, nos mostró que no existe una asociación ($p < 0,05$) la placenta previa y el parto pre-término, lo que coincide con los resultados de PARRA (12); quien en su estudio realizado en Tacna-Perú, encontró a la con valores OR: 0.56; IC: (0,069-6,434), es decir que no existe una estadística significativa con la presencia de parto pre-término.

CONCLUSIONES

1. Las características sociodemográficos asociados al parto pre-término en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2007-2017, fue el estado civil soltera.
2. Los antecedentes obstétricos asociados al parto pre-término en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2007-2017, fueron el número inadecuado de controles prenatales y el antecedente de parto pre-término.
3. Las complicaciones obstétricas asociados al parto pre-término en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2007-2017, fueron preeclampsia, anemia, infección del tracto urinario y ruptura prematura de membranas.
4. Según la hipótesis planteada en el presente estudio fue aceptada, porque se encontró que existen factores de riesgo asociados significativamente al parto pre-término en adolescentes atendidas en el Hospital Hipolito Unanue de Tacna, 2007-2017.

RECOMENDACIONES

1. Promover talleres y programas dirigidos a los adolescentes, con el propósito de mejorar la educación sexual en jóvenes y disminuir las tasas de embarazos en adolescentes., logrando así una buena cultura en la salud sexual y reproductiva.
2. Recomendar al obstetra realizar captación y seguimiento a las gestantes adolescentes de manera precoz y oportuna para la detección temprana de factores de riesgos.
3. Aplicar consejería nutricional y el consumo de sulfato ferroso a través de sesiones educativas y demostrativas para disminuir las tasas de anemia en gestantes.
4. Recomendar a los profesionales de obstetricia y miembros del equipo básico de salud, elaborar estrategias preventivas promocionales de la salud materna para reducir las tasas de control prenatal inadecuado, además la identificación y tratamiento de las principales complicaciones obstétricas asociados al parto pre-término.
5. Impulsar a que se continúe realizando este tipo de investigaciones de tal manera nos ayuden a aumentar nuestra comprensión del impacto del parto pre-término para tener un mayor control de estas y asimismo disminuir las tasas de morbilidad-mortalidad materna y perinatal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez A, Ruíz D, Soplín D. Factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes, Puesto de Salud I-2 Masusa Punchana, 2014. tesis pregrado. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Iquitos; 2014.
2. Rodríguez J. Incidencia del Embarazo en la Adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en Maternidad Mariana de Jesús de Septiembre 2012 a Febrero del 2013. tesis pregrado. Ecuador: Universidad de Guayaquil, Guayaquil; 2013.
3. Vergara G. Protocolo parto pretérmino. Sub Gerencia Científica ESE Clínica Maternidad Rafael Calvo
4. Sierra J. Embarazo en la adolescencia otro sitio más de WordPress.com. [Online].; 2011 [cited 2016 octubre 19. Available from: <http://embarazoprematuro.wordpress.com/>
5. Williamson D. Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. In Kollodge R, editor. Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2013. p. 3.
6. Sam D, Zatta J. Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes adolescentes en el hospital regional docente las mercedes chiclayo durante el 2014. tesis postgrado. chiclayo-lambayeque: universidad nacional; 2014.

7. Aquino S. "Incidencia del Embarazo en la Adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en Maternidad Mariana de Jesús de Septiembre 2012 a Febrero del 2013". Tesis Postgrado. Guayaquil-Ecuador: Universidad de Guayaquil.
8. Unicef. Adolescencia (12 a 17 años). In ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar); 2013; Peru.
9. Bendezú G. Características y riesgos de gestantes adolescentes. Revista peruana de Ginecología y Obstetricia. 2016 enero-marzo; 62(1).
10. Jaramillo J. Factores asociados con parto pretérmino en el. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2010 junio; 57(2).
11. Romero J. Ginecología, Obstetricia y Reproducción. Revistas Especializadas Peruanas SAC (REP SAC). 2007 Lima Perú ; 2º edición(1244 – 1267.).
12. Parra F. Factores de riesgo asociados al parto pretermino en el hospital Hipólito unanue de tacna durante el periodo enero 2011 y diciembre 2012. tesis doctoral. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Gromhan; 2013.
13. Sepulveda J. muerte fetal inexplicada. Revista colombianan de Obtetricia y Ginecologia. 2004; 55(4):300-7.

14. Guterres A. Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2017. Nueva York: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas. 2017; 4.
15. Salinas B. Plan Estratégico Institucional 2014-2018. Tacna: Dirección Regional de Salud Tacna, Dirección Ejecutiva de Planeamiento Estratégico; 2014.
16. Genes V. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Rev. Nac. (Itauguá). 2012 diciembre; IV(8-14).
17. Molina J. Factores maternos asociados con nacimiento pretérmino espontáneo versus pretérmino nacido por cesárea. Ginecol Obstet Mex. 2011; 79(607 – 12).
18. Morgan F. Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con nacimiento pretérmino. Ginecol Obstet Mex. 2010 Febrero ; 78(103-109).
19. Bracho C. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en adolescentes embarazadas. tesis postgrado. Venezuela: Universidad del Zulia , Maracaibo; 2012 Febrero.
20. Irshad M. et al. Factores de riesgo de nacimientos prematuros en un hospital de tercer nivel en el Hospital Lady Reading , Peshawar.

- Tesis doctoral. Pakistán: Hospital Lady Reading, Peshawar; 2012
noviembre. Report No.: JPMI.
21. Diaz L. Factores de riesgo asociados al parto pre término en el
hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen de enero a junio del
2010. tesis pregrado. Lima: Universidad de San Martín de Porres.;
2012. Report No.: ISSN: 1813 - 0194.
22. Huaroto K. Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales
asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público
de Ica, Perú. Rev méd panacea. 2013; 3(27-31).
23. Chedraui P. Impacto de la anemia en el resultado perinatal. Revista
Ecuatoriana de Obstetricia y Ginecología. 2011; 4 (1)(44-47).
24. Romero A. y et al. Factores de riesgo de parto pretérmino en un
hospital materno infantil de Huancayo – Perú. Revista Científica de
la Facultad de Medicina Humana. 2013 mayo; 4(1).
25. Alarcon J. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes
adolescentes, Hospital Nacional Docente Madre - Niño “San
Bartolomé” - 2016. Tesis pregrado. Lima: Universidad Mayor de
San Marcos , Hospital Nacional Docente Madre - Niño “San
Bartolomé; 2017.
26. Rodriguez D. Factores de riesgo maternos asociados a parto
pretérmino: un estudio multicéntrico. Trujillo metropolitano, 2011 –

2013. Tesis doctoral. Trujillo:, Centro de Salud Materno Infantil el milagro y en los Servicios de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente deTrujillo y del Hospital Belén de Trujillo; 2014.
27. Butler NR, Alberman ED (eds.) Perinatal Problems: The Secons Report of the 1958 Perinatal Mortality Survey. Livingstone, London, 1969.
28. Salazar M, Pacheco J y col. La edad maternal avanzada como factor de riesgo Para el parto. XI Cong Per y VII JorBoliv de Obst y Gin. Lima 1993.
29. F. A. Guía práctica para el embarazo y parto de alto riesgo. 2da.ed. 1997; 2da edicion(273).
30. Hasbun J. Infección de parto prematuro, enlace Epidemiológico y bioquímico. corp. investigaciones biologicas. 2007 bogota; 7ma.ed(355-370).
31. SAYAGUES, B. Recién Nacidos, Hijos de Madres Adolescentes. Revista Uruguaya Ginecológica de Adolescentes. Uruguay. 12(1): 64. 7 de abril del 2007.
32. Najera M. Determinantes de riesgo obstétrico y perinatal que aumentan la incidencia de parto pretérmino: una visión epidemiológica en el embarazo de mujeres adolescentes atendidas en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba durante el

- año 2008. Tesis de grado. Riobamba- Ecuador: Facultad de Salud Publica, Escuela Superior Politecnica de Chimborazo; 2009.
33. Allauca C. Incidencia de amenaza de parto pretérmino en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba 2008. Tesis Médico General. Riobamba: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Fac. de Salud Pública, Esc. Medicina; 2009.
34. Salinas M. Obstetricia General. 7th ed. México: Guanabara Koogan; 1995.
35. F. Escudero KPTA. factores asociados a macrosomia fetal. In XIV Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología; julio 2002; Lima, Peru.
36. Asociación de Obstetricia y Ginecología. Revista española de obstetricia y ginecología. Barcelona. 2008 diciembre; 28(82).
37. Távora L. El aborto como problema de salud pública en el Perú. ginecología y obstetricia. 2001 Diciembre; 47(4).
38. Ara C, Borràs R, Rosell I. Anestesia en la cesárea. En: Miranda A, ed. Tratado de anestesiología y reanimación en obstetricia: principios fundamentales y bases de aplicación práctica. Barcelona: Masson SA, 1997; 18: 513-555
39. Guillen J. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. 2004 Barcelona: Díaz de Santos; 5ta.ed(456).

40. Acosta C. Obstetricia Ginecología. Revista de ginecología Cuba. 2005 mayo- agosto; 31(81).
41. Graces P, Pedro J. Patología Ginecología: bases Para el diagnóstico morfológico. Revista Ginecológica. Colombia.. 2008 marzo; 30(80).
42. Gonzalez J. Ginecología y Obstetricia. 2003 barcelona: Masson; 8va.ed(186-530).
43. Casas J, Chumbe O, Inguil R, Gonzales L, Mercado F. Perú, El parto en la adolescente. Estudio de 3 grupos adolescencia temprana, tardía y grupo control. (2010) revista peruana de ginecología y obstetricia.
44. Botella J. Tratado de ginecología. 1993 Madrid: Díaz de Santos; 14va.ed(341-342.).
45. Loris Caros y col. Infección urinaria .2002,14:165-174
46. Meneghello R. y col. Pediatría. 5ta Ed. Buenos Aires: Panamericana, 1997;266:1659-1665.
47. Rueda E.P. El pediatra eficiente. Infecciones del riñón y de las vías urinarias. 4ta Ed. Bogotá: Panamericana, 1990: 659-678
48. Oryazun E. Vaginosis Bacteriana: diagnóstico y prevalencia. Revista Sociedad médica de Chile. 2000 Septiembre- octubre; 128 (7-9)(535).

49. Bukulmez O, Deren O. Perinatal Outcome in Adolescent Pregnancies. *Revista Eur j Obstet gynecol Reprod. Canadá.* 2000 Enero-febrero; 12 (1): (272).
50. Mendez. Nutrición Materna. *Revista médica de Chile.* 2008 abril; 132 (7-12)(82.).
51. Mercer BM. Preterm premature rupture of the membranes. *ObstetGynecol* 2003;101:178-9
52. Minsa. Hemorragias de la segunda mitad del embarazo. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: Perú-Lima, 2007; 31-36
53. Haram K, Helge J, Wollen A. Preterm delivery: an overview. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003; 82(687 – 704.).
54. Vergara G. Protocolo parto pretérmino. Sub Gerencia Científica ESE Clínica Maternidad Rafael Calvo.
55. Scottish Obstetric Guidelines And Audit Project. The Preparation of the Fetus for Preterm Delivery (SPCERH 1, published June 1997) Guideline Update prepared March 2002.
56. Collaborative home uterine monitoring Study Group. A multicenter randomized controlled trial of home uterine monitoring: active versus sham device. *AmJ Obstet Gynecol.* 1995; 173: 1120-1127.

57. Rueda LC. *Amenaza de parto pretérmino y trabajo de parto pretérmino. Guías de manejo*. En prensa.
58. Latorra C, Andina E, Di Marco I. *Guía de prácticas clínicas. Amenaza de parto prematuro: actualización*. Hospital Materno Infantil Ramon Sarda, División Obstetricia.
59. King JF, Flenady VJ, Papatsonis DNM, Dekker GA, Carbonne B. Calcium channel blockers for inhibiting preterm labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004.
60. Crowley P. Prophylactic corticosteroids for preterm birth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2001. Oxford. Jan 1996.
61. Garite T, Rumney P et al. A randomized, placebo - controlled trial of betamethasone for the prevention of respiratory distress syndrome at 24 to 28 weeks' gestation. *Am J Obstet Gynecol*. 1992; 166(2): 646-651.
62. Baud O, Foix-L'Helias L, Kaminski M, Audibert F, Jarreau PH. Antenatal glucocorticoid treatment and cystic periventricular leukomalacia in very premature infants. *N Eng J Med*. 1999, 341(16): 1190-1196.
63. Lamont RF. Setting up a preterm prevention clinic: a practical guide.. *BJOG* 2006;113(Suppl. 3):86–92

64. Oyarzún E. Parto Prematuro. *Clínicas Perinatológicas Argentinas* 1996/1997; 1:32-76.
65. Kim A, Shim J. Emerging tocolytics for maintenance therapy of preterm labour: oxytocin antagonists and calcium channel blockers. *BJOG* 2006;113(Suppl. 3):113–115.
66. Chandiramani M, Shennan A. Preterm labour: update on prediction and prevention strategies. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2006; 18:618–624.
67. Laterra C, Andina E, Di Marco I. Guía de prácticas clínicas. Amenaza de parto prematuro. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá* 2003, 22 (1).
68. Byrne B, Morrison JJ. Preterm birth. *Clin Evid* 2004;12:2032–2051
69. Di Renzo G, Al Saleh E, Mattei A, Koutras I, Clerici G. Use of tocolytics: what is the benefit of gaining 48 hours for the fetus? *BJOG* 2006;113(Suppl. 3):72–77.).
70. Magnesium Sulfate Tocolysis Time to Quit David A. Grimes, MD, and Kavita Nanda, MD, *Obstet Gynecol* 2006;108:986–9) .
71. Crowther CA, Hiller JE, Doyle LW. Sulfato de magnesio para prevenir el nacimiento prematuro en la amenaza de trabajo de parto prematuro (Revisión Cochrane traducida). De La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2005. Oxford, Update Software Ltd.

72. Haram K, Helge J, Wollen A. Preterm delivery: an overview. Acta obstetGynecolscand 2003;82:687-704
73. Canales F. Metodología de la investigación. manual para el desarrollo del personal de salud; 1986.
74. Díaz J. El tamaño de muestra en los trabajos de investigación clínica. Hampi Runa. 2001; 2(37 – 58)
75. Gomez M., Danglot C., Huerta S., Garcia G., El estudio de casos y controles: su diseño análisis e interpretación, en investigación clínica. Revista Mexicana de Pediatría 2003; 5(257-263).
76. Diccionario de la lengua española (vigésima segunda edición), Real Academia Española, 2001, http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=pes
77. Altamn D. practical statistics for medical research. London: Chapman and Hall, 1991:456
78. Fuente P de la. Hipertension y Embarazo. En Usandizaga JA, de la Fuente P. Tratado de Obstetricia y Ginecologia. 2a edicion. McGraw- Hill – Interamericana de Espana, S.A.U. 2004 ISBN 84-486-0561-6
79. Ordoñez O, Delgado MA. Anemia(I): concepto y diagnóstico.ReES
80. Loris Caros y col. Infección urinaria .2002,14:165-174

81. Mercer BM. Preterm premature rupture of the membranes. *ObstetGynecol* 2003;101:178-9
82. Sam D, Zatta J. Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes adolescentes en el hospital regional docente las Mercedes Chiclayo durante el 2014. Tesis pregrado. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Lambayeque; 2015 febrero.
83. Balcells I, Jungyent J. La investigación social: introducción a los métodos y técnicas. Escuela Superior de Relaciones Públicas, PPU. 1994 Barcelona.
84. Handler A, Rosenberg D, Monahan C, Kennelly J. Analytic Methods in Maternal and Child Health. ;(69).

ANEXOS

ANEXO Nº 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRE-TÉRMINO
EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, 2007-2017”.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

✓ N° HCL: _____

✓ Fecha del parto: _____

I. FACTORES DE RIEGO

▪ Características sociodemográficas

✓ Edad: _____

✓ Estado civil

Soltera conviviente casada

▪ Antecedentes obstétricos

✓ Número de controles prenatales: _____

✓ Antecedente de aborto:

SI NO

✓ Antecedente de cesárea previa:

SI NO

✓ Antecedente de parto pre-término:

SI NO

▪ Complicaciones obstétricas :

✓ Preeclampsia:

SI NO

✓ ANEMIA

SI NO

✓ ITU:

SI NO

✓ RPM:

SI NO

✓ DPP:

SI NO

✓ Placenta previa:

SI NO

II. PARTO PRE-TÉRMINO

1) a-término

2) pre-término

ANEXO N° 02

CREENCIAL DE AUTORIZACIÓN PARA OBTENCIÓN DE DATOS

 REPUBLICA DEL PERÚ GOBIERNO REGIONAL DE TACNA LEY 17007 HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE	<i>"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"</i>
<h1>CREENCIAL</h1>	
<p>El Director Ejecutivo del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, designado por Resolución Ejecutiva Regional N° 084-2018-GR/GOB.REG.TACNA, y su modificatoria con Resolución N° 170-2018-GR/GOB.REG.TACNA; a través de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación.</p>	
<p>ACREDITA A:</p>	
<p>LUZ MARIELA CONDORI LARICO</p>	
<p>Estudiante de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, quien ejecutará el Proyecto de Tesis "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRE-TERMINO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE EN TACNA, 2007-2017", por un periodo de 30 días a partir de la fecha.</p>	
<p>Se otorga el presente documento para los fines solicitados; al término del estudio entregará un ejemplar empastado de Tesis a la Biblioteca del Hospital, de acuerdo al convenio vigente.</p>	
<p>Tacna, 26 de Octubre del 2018</p>	
  DIRECCIÓN EJECUTIVA GOB. REG. DE TACNA DRA. JULIO AGUILAR VILCA Director Ejecutivo Hospital Hipólito Unanue Tacna Región Tacna-Región de Salud Tacna	  MINISTERIO DE SALUD UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN LIC. IRMA VILLAR AGURTO Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación Hospital Hipólito Unanue Tacna Región Tacna-Región de Salud Tacna
<p>JAV/IVA</p>	