



**Universidad
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

Tesis

Incidencia y factores maternos y fetales en púerperas con diagnóstico de parto pretérmino atendidas en el Hospital San Juan De Lurigancho, enero – diciembre 2017

**Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Obstetricia**

Presentado por:

Autora: Tito Baraona, Karen Brenda

Autora: Vallenas Godoy, Aurora Laura

Asesor: Dr. Solís Arias, Franklin Arturo

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7157-9847>

Lima – Perú

2018

DEDICATORIA

Dedicamos el presente trabajo a Dios por cuidarnos y brindarnos fortaleza para seguir siempre adelante.

A nuestros padres por el apoyo incondicional e inculcarnos sus principios y valores que supieron guiarnos por el camino del bien basado en el respeto, responsabilidad y justicia.

A nuestro asesor el Dr. Solís Arias, Franklin por brindarnos sus conocimientos, consejos y dedicación para poder culminar con éxito nuestra investigación.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestros docentes de la Universidad Norbert Wiener quienes con sabiduría, dedicación y amor nos formaron para ser grandes profesionales de la carrera de Obstetricia.

Así mismo, nuestros sinceros agradecimientos a las obstetras y doctores del Hospital de San Juan de Lurigancho por el sostén incondicional que nos ofrecieron durante nuestra formación académica y ejecución de nuestra investigación.

Asesor de Tesis

DR. SOLÍS ARIAS, FRANKLIN ARTURO

JURADOS

PRESIDENTE:

DR. RODRIGUEZ CHAVEZ, CARLOS.

SECRETARIO:

MC. TAPIA NUÑEZ, WALTER

VOCAL:

MG. DELGADO SANCHEZ, JOSE LUIS

ÍNDICE

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	12
1.1 Planteamiento del problema	12
1.2 Formulación del Problema	14
1.3 Justificación	14
1.4 Objetivos.....	14
1.4.1 Objetivo General.....	14
1.4.2 Objetivos Específicos	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	16
2.1. Antecedentes	16
2.2 Base teórica.....	21
2.2.1 Definiciones	21
2.2.2 Clasificación de Prematuridad.....	22
2.2.3 Etiología.....	22
2.2.4 Fisiopatología	22
2.2.5 Factores de riesgo	24
2.2.6 Cuadro clínico.....	28
2.2.7 Diagnóstico	29
2.2.8 Manejo.....	29
2.3 Hipótesis	30
2.4 Variables e indicadores.....	30
2.5 Definición operacional de términos	32
CAPÍTULO III: DISEÑO Y MÉTODO.....	35
3.1 Tipo y nivel de Investigación	35
3.2 Población y muestra	35
3.2.1 Población.....	35
3.2.2 Muestra	35

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	35
3.3.1 Técnica.....	35
3.3.2 Instrumento.....	36
3.4 Procesamiento de datos y análisis estadístico	36
3.5 Aspectos Éticos	36
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	37
4.1. Resultados.....	37
4.2. Discusión	46
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	49
5.1 Conclusiones	49
5.2 Recomendaciones	50
REFERENCIAS	51
ANEXOS.....	54

TABLAS

I. INCIDENCIA DE PARTO PRETÉRMINO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO DE ENERO – DICIEMBRE 2017.	
• Tabla 1: Incidencia de parto pretérmino.....	37
• Tabla 2: Incidencia según edad gestacional	37
II. FACTORES MATERNOS SOCIODEMOGRÁFICOS EN PUÉRPERAS CON DIAGNÓSTICO DE PARTO PRETÉRMINO.	
• Tabla 3: Edad	38
• Tabla 4: Grado de instrucción.....	38
• Tabla 5: Estado civil	39
• Tabla 6: Hábitos nocivos	39
III. FACTORES MATERNOS OBSTÉTRICOS EN PUÉRPERAS CON DIAGNÓSTICO DE PARTO PRETÉRMINO.	
• Tabla 7: Atención de controles prenatales	40
• Tabla 8: Anemia	40
• Tabla 9: Infecciones durante el embarazo	41
• Tabla 10: Patologías producidas por el embarazo	41
• Tabla 11: Antecedentes maternos	42
• Tabla 12: Rotura prematura de membranas	42
• Tabla 13: Corioamnionitis	43
• Tabla 14: Placenta previa	43
• Tabla 15: Desprendimiento prematuro de placenta	44
• Tabla 16: Cantidad de líquido amniótico	44
IV. FACTORES FETALES EN PUÉRPERAS CON DIAGNÓSTICO DE PARTO PRETÉRMINO.	
• Tabla 17: Factores fetales	45

RESUMEN

El parto pretérmino es un problema de la salud pública a nivel mundial y nacional y es la causa más importante de morbilidad neonatal. El estudio tuvo como objetivo determinar la incidencia y los factores maternos y fetales en puérperas con diagnóstico de parto pretérmino atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho de enero – diciembre 2017, fue una investigación de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo se revisaron 52 historias clínicas que cumplieron criterios de inclusión y exclusión. El resultado se analizó en el programa estadístico SPSS versión 25 encontrado una incidencia de 0.89%, el 100 % fue entre las 32 a 36 semanas de gestación. Con respecto a los factores maternos obstétricos, se encontró la falta de controles prenatales en el 36.5%, entre las patologías que se presentaron durante el embarazo sobresalieron la anemia leve con un 46.2%, infección del tracto uterino con un 26.9% y seguidamente la rotura prematura de membranas e hipertensión inducida por el embarazo ambas con un 23.1% y en los antecedentes el aborto con un 19.2%. Además, en los factores fetales se encontró los casos de restricción de crecimiento intrauterino con un 7.7% y embarazo múltiple con un 5.8%. En conclusión, los factores maternos y fetales de parto pretérmino son la falta de controles prenatales, infecciones urinarias, rotura prematura de membranas, hipertensión inducido por el embarazo, antecedente de aborto, restricción de crecimiento intrauterino y embarazo múltiple.

Palabras claves: Incidencia, Factores, Parto Pretérmino.

ABSTRAC

Preterm delivery is a public health problem worldwide and nationally and is the most important cause of neonatal morbidity and mortality. The objective of the study was to determine the incidence and maternal and fetal factors in puerperas diagnosed with preterm delivery attended at the San Juan de Lurigancho Hospital from January to December 2017. This was an observational, descriptive and retrospective study that was reviewed 52 clinical histories that met inclusion and exclusion criteria. The result was analyzed in the statistical program SPSS version 25 found an incidence of 0.89%, 100% was between 32 to 36 weeks of gestation. With respect to maternal obstetric factors, the lack of prenatal controls was found in 36.5%, among the pathologies that occurred during pregnancy, mild anemia stood out with 46.2%, infection of the uterine tract with 26.9% and then premature rupture. Of membranes and hypertension induced by pregnancy both with 23.1% and in the antecedents the abortion with 19.2%. In addition, fetal factors found cases of intrauterine growth restriction with 7.7% and multiple pregnancy with 5.8%, among other factors found a 13.5% of oligohydramnios. In conclusion, the maternal and fetal factors of preterm delivery are the lack of prenatal controls, urinary tract infections, premature rupture of membranes, hypertension induced by pregnancy, antecedent of abortion, intrauterine growth restriction and multiple pregnancy.

Key words: Incidence, Factors, Preterm Labor.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

El parto pretérmino es un gran problema de salud pública a nivel mundial pues es la causa más importante de morbilidad neonatal, lo cual va depender de la edad gestacional y el peso al nacer. ^{1,2}

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ³ refiere que la tasa de parto pretérmino se presenta entre el 5% al 18% de los embarazos.

Además, en el año 2016, se registró 15 millones de recién nacidos prematuros de lo cual en los últimos años ha aumentado la tasa de partos pretérminos debido a múltiples factores como antecedentes obstétricos, patologías asociadas al embarazo, hábitos nocivos y factores fetales y socio-demográficos. ^{1,3,4}

Asimismo, cada año se registró aproximadamente un millón de muertes de recién nacidos prematuros y la tasa de supervivencia va depender de diversos aspectos, uno de ellos es la edad gestacional que guarda una relación inversamente proporcional, quiere decir, a menor edad gestacional aumenta la tasa de mortalidad neonatal. Además, en función del lugar donde hayan nacido, el 90% nacen en países subdesarrollados y la gran mayoría son prematuros extremos que mueren en los primeros días de vida; sin embargo, un 10 % nacen en países desarrollados, pero tiene mayor posibilidad de supervivencia. ^{3,5}

Del total de partos pretérminos, aproximadamente el 60% se producen en los continentes de África y Asia meridional que ocupó India, China y Nigeria los tres primeros países con mayor número de casos de recién nacidos prematuros. Además, la tasa en América Latina y Caribe es del 9%, seguidamente EE. UU con un 7.4% y Japón con un 4%.³

En América Latina y Caribe, la OMS registro que cada año 35,000 recién nacidos mueren debido a complicaciones de la prematuridad lo cual Brasil es el país con mayor cantidad de recién nacidos prematuros, seguido por México, Colombia, Argentina, Venezuela, Perú, Guatemala, Bolivia y Ecuador. Además, la tasa de mortalidad infantil en menores de cinco años

se encontró a Chile con un 27.1 %, Argentina con un 26%, Venezuela con un 24.6 %, Colombia con un 23.1 %, Brasil con un 21.9 %, Nicaragua con un 20.6 %, Ecuador con un 19.7%, Perú con un 19.6 %, México con un 18.5 %; Bolivia con un 15.3 % y Guatemala con un 12.6 %.^{3, 6}

En el Perú, en el año 2016, según el Ministerio de Salud (MINSA) ⁷, se registró una incidencia de 5 a 10% de parto pretérmino. Además, cuando se presenta mayores casos de embarazo en adolescentes con diagnóstico de parto pretérmino aumenta hasta un 14 a 16%.⁴

A nivel nacional, se observa que aproximadamente el 83% de partos pretérmino nacen entre las 32 a 36 semanas de gestación que son considerados prematuros moderados a tardíos. Por otro lado, en los departamentos de Ayacucho con un 12,7%, Junín y Tacna con un 12,2%, Ancash con un 11,9%, Piura con un 10,6% y Arequipa (10,3%) se presentó mayor porcentaje de recién nacidos muy prematuros que nacen entre 28 a 31 semanas de gestación, mientras que Amazonas con un 6% presenta mayor porcentaje de prematuros extremos que nacen entre 22 a 27 semanas de gestación.^{3, 7}

En el 2015, en Lima, el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) ⁸ registró 21,605 recién nacidos vivos, de los cuales el 9.5% son prematuros. En los últimos años, la tasa de mortalidad neonatal precoz se ha reducido a un 65% pero aún sigue siendo un problema de salud pública ya que los recién nacidos prematuros de muy bajo o de extremo bajo peso al nacer son los que más contribuyen con la mortalidad neonata debido a la poca probabilidad de supervivencia.

En la actualidad, el parto pretérmino es considerado un trastorno multifactorial en el que intervienen factores fisiopatológicos, genéticos y ambientales pero aún se desconoce el proceso fisiológico de un parto pretérmino lo cual se han realizados diversos estudios tanto internacionales y nacionales relacionados a los factores de riesgo al parto pretérmino donde se encontró: edades extremas, control prenatal inadecuado, consumo de sustancias nocivas durante el embarazo, antecedentes de parto pretérmino, infecciones urinarias y vaginales, placenta previa y desprendimiento

prematureo de placenta, embarazo múltiple, ruptura prematura de membranas entre otros.

Pero a pesar de la detección de los factores riesgo no se ha logrado disminuir la tasa de mortalidad neonatal debido a causas de prematuridad en los últimos años debido que aún tenemos conocimientos incompletos de la fisiopatología de parto pretérmino, identificar los factores de riesgo precozmente y se hallado fallas en el manejo en sí mismo.

1.2 Formulación del Problema

¿Cuál es la incidencia y los factores maternos y fetales en puérperas con diagnóstico de parto pretérmino atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho de enero – diciembre 2017?

1.3 Justificación

La iniciativa del presente proyecto de investigación surge debido a que el parto pretérmino no es sólo un problema obstétrico sino también neonatal, por lo que se asocia con un alto índice de morbilidad y mortalidad en el recién nacido a corto y largo plazo.

Este estudio tiene como intención presentar la información real de la incidencia, los factores maternos y fetales de parto pretérmino con la finalidad de identificar los factores de forma precoz y el manejo oportuno de la gestante con diagnóstico de parto pretérmino Asimismo, actualizar y brindar la información obtenida de nuestra tesis al personal de salud y además pueda utilizarse como antecedente para futuras investigaciones con la intención de prevenir los casos de partos pretérmino en la localidad donde se encuentra ubicado dicho hospital para reducir la tasa morbimortalidad materna y neonatal.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Determinar la incidencia y los factores maternos y fetales en puérperas con diagnóstico de parto pretérmino atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho de enero – diciembre 2017.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Conocer la incidencia de parto pretérmino según edad gestacional.
- Determinar los factores maternos sociodemográficos en puérperas con diagnóstico de parto pretérmino.
- Determinar los factores maternos obstétricos en puérperas con diagnóstico de parto pretérmino.
- Determinar factores fetales en puérperas con diagnóstico de parto pretérmino.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

A nivel internacional podemos encontrar los siguientes antecedentes:

- **Pintado M.**, en el año 2017, en Ecuador, se publicó un estudio titulado “Prevalencia y factores asociados al parto pretérmino en el Hospital General de Macas” lo cual utilizó una metodología de tipo descriptivo, analítico y transversal con una muestra de 152 gestantes con diagnóstico de parto pretérmino atendidas en dicho hospital durante octubre 2015 hasta octubre 2016 y concluyó que la prevalencia del parto pretérmino es del 3,9% en las usuarias del Hospital General de Macas y los factores como madres añosas, infección de vías urinarias, antecedente de parto pretérmino, anemia, vaginosis bacteriana y controles prenatales inadecuados están relacionados con el parto pretérmino.⁹
- **Chivalan M.**, en el año 2016, en Guatemala, realizó una tesis titulada “Factores preconceptionales y conceptionales relacionados con el Trabajo de Parto pretérmino en pacientes ingresadas al servicio de Complicaciones Prenatales, en el Hospital de Cobán, Alta Verapaz, en los años 2010-2014” lo cual utilizó una metodología de tipo retrospectivo, descriptivo y transversal con una muestra de 475 historias clínicas con el diagnóstico de embarazo de 20 semanas a 37 semanas de edad gestacional y concluyó que los factores preconceptionales son edad de 20-24 años, analfabetas, amas de casa y nulíparas y en los factores conceptionales son control prenatal inadecuado, infecciones urinaria y vaginal, ruptura prematura de membranas ovulares y antecedente de un parto pretérmino.¹⁰
- **Vílchez A.**, en el año 2016, en Nicaragua, publicó un estudio titulado “Factores de riesgo de parto pretérmino: Un estudio caso-control con mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Alemán entre julio del 2014 y junio del 2015” lo cual se realizó un estudio caso-control con

una muestra de 160 historias clínicas de los cuales 80 con diagnóstico de parto pretérmino (casos) y 80 con diagnóstico de parto a término (Controles) y se concluyó que existen múltiples factores que se asocian al parto pretérmino como la diabetes gestacional, hipertensión inducida por el embarazo, antecedentes de aborto y amenaza de parto pretérmino, número inadecuado control prenatal, las infecciones de vías urinarias, la ruptura prematura de membranas y el embarazo múltiple.¹¹

- **Rivera J.**, en el año 2016, en Ecuador, publicó una investigación titulada “Factores maternos y fetales asociados al parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Pasaje” lo cual utilizó una metodología de tipo descriptivo y retrospectivo con una muestra de 64 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia de dicho hospital durante el periodo diciembre 2015 a agosto 2016 y se concluyó que los factores maternos que se relacionan al parto pretérmino es la falta de controles prenatales con un 64.1% , trastornos hipertensivos en el embarazo con un 45.3% y la ruptura prematura de membranas con un 26.6% y en el factor fetal resalto la restricción de crecimiento intrauterino con un 15.6%.¹²
- **Rojas L., Retureta S., Retureta M., León O. y Álvarez M.**, en el año 2014, en Cuba, publicaron un estudio titulado “Caracterización del parto prematuro en el municipio Ciego de Ávila” lo cual se realizó una investigación descriptiva con todas las mujeres que presentaron parto pretérmino en el policlínico universitario Antonio Macedo entre el 2009 al 2012 pertenecientes a dicho municipio. Los principales resultados fue que el parto pretérmino tiene una frecuencia por encima del 6,0% para los años de estudio lo cual el 72,1% ocurrió entre 34 y 36 semanas de gestación. Además, los principales factores asociados al parto pretérmino son las infecciones urinarias y vaginales, los antecedentes de aborto y de partos pretérmino.⁵

- **Rodríguez S., Ramos R. y Hernández R.**, en el año 2013, en México, publicaron un estudio titulado: “Factores de riesgo para la prematurez. Estudio de casos y controles” lo cual utilizó una metodología de casos y controles con una muestra de 300 mujeres que finalizaron el embarazo entre 28 a 36 semanas (casos) y 600 pacientes que lo hicieron entre 37 a 41 semanas (control) atendidos en el Hospital de Gineco-obstetricia 23 del IMSS - Monterrey NL de abril a septiembre de 2011 y se concluyó que los factores de riesgo asociados a nacimientos prematuros son la falta de atención prenatal, infección urinaria y cervico-vaginitis.¹³

A nivel nacional podemos encontrar los siguientes antecedentes:

- **Lozada H.**, en Piura en el año 2018, publicó una investigación titulada “Factores de riesgo para el parto pretérmino en gestantes del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, 2017” teniendo como objetivo delimitar los factores de riesgo para el parto pretérmino. Para lo cual se desarrolló un estudio observacional de caso-control, en 381 gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia, trabajando con 86 gestantes en el grupo casos las cuales tenían una edad gestacional < 37 semana y en los controles 295 gestantes las cuales tenían una edad gestacional \geq 37 semanas y < 42 semanas, en donde se halló que la incidencia de parto pretérmino durante el año 2017 fue de 8.04%. Además, la edad materna adolescente, procedencia, antecedente de sangrado, antecedente del parto pretérmino, infección del tracto urinario, ruptura prematura de membranas y anemia eran los factores que están asociados estadísticamente en dicho hospital .¹⁴
- **Guadalupe H.** en el año 2017, publicó un estudio llamado “Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015” lo cual utilizó una metodología de tipo analítico, de casos y controles

con una muestra de 400 gestantes, teniendo como casos a madres con parto pretérmino y en controles a madres con parto a término y se halló que los factores de riesgo de parto pretérmino son el control prenatal inadecuado, el número de paridad, el estado civil, la edad materna, la ruptura prematura de membrana, infección del tracto urinario, y preeclampsia.⁴

- **Carnero Y.**, en el año 2016, realizó un estudio titulada “Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal , en el periodo enero – junio del 2015” lo cual utilizó una metodología de tipo casos y controles, cuantitativo, transversal, retrospectivo, en el que se revisaron 150 historias clínicas de gestantes que presentaron parto pretérmino y 300 historias clínicas de gestantes que tuvieron un parto a término en donde encontró que la frecuencia de partos pretérmino fue 33.3% y los factores de riesgo con mayor valor estadístico son la infección de vías urinarias, antecedentes de parto pretérmino y la anemia.¹⁵
- **Miñano R.**, en el año 2016, realizó una investigación titulada “Control Prenatal inadecuado como factor asociado a parto pretérmino en pacientes del Hospital regional Docente de Trujillo” lo cual se realizó un estudio de tipo retrospectivo, de casos y controles, con una muestra de 156 gestantes de los cuales 52 gestantes con diagnóstico de parto pretérmino (casos) y 104 con diagnóstico de parto a término (controles) y se concluyó que la incidencia de parto pretérmino es de 10,7 %, con relación al tipo de parto el moderado tardío se presentó en un 76,9 % y entre los factores asociados más resaltantes fue el de control prenatal inadecuado concluyendo así que dicho factor tiene mayor asociación con el parto pretérmino.¹⁶
- **Saavedra H.** en el año 2015, en Loreto, realizó una tesis titulada “Factores asociados a prematuridad en el Hospital II-1 de Yurimaguas, julio a diciembre del 2014” lo cual se utilizó una metodología de tipo analítico de caso control con una muestra de 55

casos y 110 controles que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo como resultado que factores fue la anemia 38.2%, infección urinaria 21.8%, hipertensión inducida en el embarazo 14.5% e hipertensión inducida por el embarazo 9.1% en cuanto al factor etario, las madres con mayor porcentaje fueron menores de 20 años con el 52.9% del total y se concluyó que los antecedentes de parto pretérmino y la ausencia de control prenatal son los principales factores que aumenta el riesgo de un parto pretérmino.¹⁷

- **Cruz M.**, en el año 2015, publicó una tesis titulada “Factores de riesgo maternos pre-concepcionales y concepcionales del parto pre-término en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, 2014” lo cual utilizó una metodología de caso-control con una muestra de 40 gestantes , 20 gestantes con diagnóstico de parto pretérmino (casos) y 20 gestantes con diagnóstico de un parto a término (controles), y se concluyó que los factores de riesgo materno del parto pretérmino en el hospital en mención son los antecedentes de parto pretérmino, el antecedente materno de infección urinaria pregestacional y un control prenatal inadecuado.¹
- **Guillén J.** Realizo un estudio llamado: “Factores maternos asociados al parto pretérmino Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren” en el año 2015 lo cual se utilizó una metodología de tipo retrospectivo, descriptivo y de corte transversal, con una muestra de 127 pacientes de los cuales el 39,4% con parto pretérmino y el 60,6% a término, obteniendo así como resultado que la vulvovaginitis fue la patología infecciosa más frecuente con un 32.5% , seguida de la infección urinaria con 28 % , y la diabetes como patología metabólica con un 14% , con dichos datos se concluyó que los factores maternos que conllevan al parto pretérmino son la infección urinaria, vulvovaginitis y diabetes gestacional.¹⁸

2.2 Base teórica

2.2.1 Definiciones

✓ **Incidencia**

La incidencia es el número de casos nuevos de morbilidad que se presentan en una población, lugar y período específico.¹⁹

En el Perú, según el Ministerio de Salud (MINSA)⁶ manifiesta que la incidencia de parto pretérmino es 5 - 10% y generalmente se produce entre 32 a 36 semanas de gestación.

✓ **Factor de riesgo**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)³, define como ***“cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”***.

✓ **Parto pretérmino**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)³, define que es ***“aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación”***.

✓ **Amenaza de parto pretérmino**

Según la Guía del Hospital San Juan de Lurigancho²⁰, lo define como ***“el embarazo entre las 22 y 36 semanas que presenta contracciones frecuentes y regulares (de por lo menos una en 10 minutos), con o sin cambios en el cuello uterino”***.

✓ **Trabajo de parto pretérmino**

Según la Guía del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP)²¹, explica que es ***“la presencia de dinámica uterina igual que origina modificaciones cervicales tales como borramiento del cérvix mayor al 50 % y una dilatación mayor de 3 cm”***.

2.2.2 Clasificación de Prematuridad

El Ministerio de la Salud ⁷, refiere que la clasificación de la prematuridad según la edad gestacional es la siguiente:

CLASIFICACIÓN	EDAD GESTACIONAL
Prematuro extremo	22 a 27 semanas
Muy prematuro	28 a 31 semanas
Prematuro moderado a tardío	32 a 36 semanas

2.2.3 Etiología

El parto pretérmino es multifactorial, en el que intervienen diversos factores asociados a las siguientes causas: ²¹

- ❖ Infección intra-amniótica.
- ❖ Embarazo Múltiple.
- ❖ Factores inmunológicos.
- ❖ Malformaciones congénitas fetales.
- ❖ Isquemia útero-placentarias.
- ❖ Sobredistensión uterina.
- ❖ Stress.

2.2.4 Fisiopatología

Existen cuatro procesos que pueden desencadenar un parto pretérmino y son:

❖ Infección e inflamación

La respuesta inflamatoria se debe por una infección urogenital materna o localizada en otra área. Además, provoca aproximadamente el 40% de los partos pretérminos.

Este mecanismo, se debe a la presencia de microorganismo que van a desencadenar una respuesta inflamatoria provocando la activación de citosinas como la interleucina-1 (IL-1), la interleucina-8 (IL-8) y el factor de necrosis tumoral (TNF- α) y la

liberación de fosfolipasas que va a iniciar la producción de ácido araquidónico lo cual va a estimular la síntesis de prostaglandinas y favorecen el aumento en la producción de metaloproteinasas de la matriz extracelular originando contracciones uterinas, una rotura de las membranas fetales y la maduración del cuello uterino. ²²

❖ **Activación del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal (HPS) materno o fetal**

El estímulo prematuro del eje hipotalámico pituitario-suprarrenal se da como respuesta a estrés ya sea de la madre o del feto, esto se presenta en la mayoría de gestantes que están sumidas bajo mucho estrés como, por ejemplo, madres con un nivel socioeconómico bajo, que están siendo violentadas física o psicológicamente y en el caso del estrés fetal observamos que generalmente tienen que ver con problemas netamente de origen placentario.

Superficialmente, el estrés aumenta el riesgo de nacimiento prematuro pues esto genera una elevación de los niveles de la hormona liberadora de corticotropina (HCL), y esta a su vez actúa como mediadora de la secreción de la hormona adrenocorticotrópica pituitaria en los procesos metabólicos tanto en la madre como en el feto y esto ocasiona a su vez una elevación de la secreción de cortisol a nivel de la glándula suprarrenal materno y fetal lo que provoca un rápido aumento de la concentración de HLC circulante, que son los encargados del aumento de los niveles en prostaglandinas lo cual genera contracciones a nivel del útero, generando así cambios cervicales.

❖ **Hemorragia en la decidua (sangrado)**

La hemorragia decidual se refiere al sangrado en la decidua debido a infección y estrés ocasionando aproximadamente el

20% de partos pretérmino. Además, el grupo de mayor riesgo lo componen mujeres de mayor edad, tabaquismo, consumo de cocaína y con patologías de desprendimiento placentario, hipertensión crónica y pre-eclampsia, traumatismo materno, retraso del crecimiento intrauterino y coagulopatías hereditarias lo cual se debe por algún daño de las arterias espirales uterinas.

El proceso bioquímico de este mecanismo se encuentra relacionado con la producción de trombina lo cual interviene en la estimulación de la coagulación y la formación de coágulos, pero también ejerce un efecto uterotónico indirecto sobre el miometrio provocando la aparición de contracciones uterinas y la producción de proteasas que son capaces de madurar el cérvix y dañar las membranas fetales, conduciendo así a la rotura prematura de las membranas.²²

❖ **Distensión uterina**

El parto pretérmino en si puede desencadenar algunas complicaciones una de ellas es la distensión uterina que se da por la distensión mecánica del miometrio debido al aumento del tamaño del útero lo cual provoca la transmisión de una señal mediante las estructuras celulares y activa la producción de citosinas y prostaglandinas.

2.2.5 Factores de riesgo

Según la Guía del Instituto Nacional Perinatal⁽²¹⁾ refiere que los factores de riesgo que están asociados al parto pretérmino son los siguientes:

✓ **Factores de riesgo maternos**

- ❖ Edad.

Considerado por algunos autores como edades extremas, es el estado de gestación que se presenta en mujeres menores de 15 años o mayores de 40, estableciendo así un límite de edad.

❖ Menor de 4 controles prenatales.

Según la literatura, las madres sin control prenatal o con control insuficiente tienen mayor probabilidad de tener recién nacidos prematuros que aquellas con control mínimo eficiente.¹²

❖ Analfabetismo.

Es la incompetencia de leer y escribir, que se debe en ocasiones a la falta de aprendizaje.

❖ Tabaquismo

Intoxicación crónica generada por la adicción al tabaco.

❖ Infección:

▪ Cervicovaginal (vaginosis bacteriana).

Infección polimicrobiana de amplia y profunda distribución, esta patología no está considerada como infección de transmisión sexual.^{8, 12}

▪ Intraamniótica

También se denomina corioamnionitis, infección ovular o amnionitis lo cual se define como la infección indeterminada que se da en la cavidad amniótica, sus anexos y en acciones del feto, esta se puede producir a partir de las 22 semanas de gestación y generalmente es acompañada de una rotura prematura de membranas. Además, se presenta en 1% a 2% de todos los embarazos, pero es más común en los partos pretérminos.^{21, 23.}

- Infección del tracto urinario.
Definida como la existencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas.²²
- Infecciones de transmisión sexual.
Las ITS son afecciones de distintas etiologías transmitidas sexualmente, aunque también pueden adquirirse por otras vías de origen no sexual.⁸
- ❖ Patologías que producen hipoxia:
 - Diabetes Mellitus Gestacional.
Estado o grado de intolerancia a la glucosa identificada durante el embarazo, generalmente durante tercer trimestre de gestación.¹¹
 - Hipertensión arterial crónica o inducida por el embarazo.
Presencia de hipertensión arterial diagnosticada antes de las 22 semanas o antes de la gestación. También se la considera en pacientes control prenatal inadecuado, cuando los valores de presión arterial no se controlan pasadas las 12 semanas del parto.^{2, 20}
 - Anemia.
Condición en la cual el porcentaje de hemoglobina en la sangre está por debajo de los valores considerados normales, dichos valores varían con la edad, el sexo, el embarazo y la altitud⁸
- ❖ Antecedente de aborto
Parto o interrupción voluntaria de la gestación antes de las 22 semanas.

- ❖ Antecedentes de parto pretérmino.
Partos previos que suceden antes de las 37 semanas, pero después de las 22 semanas de gestación.¹⁶
- ❖ Rotura prematura de membranas (RPM).
La rotura de las membranas corioamnióticas de manera espontánea se produce antes del inicio del trabajo de parto, en una gestación posterior a las 22 semanas.²⁰

✓ Factores de riesgo Fetales

- ❖ Embarazo múltiple.
Se define como el embarazo que desarrolla dos o más fetos en la cavidad uterina. Además, constituye uno de los riesgos más elevados en el parto pretérmino ya que produce una distensión del útero lo cual produce la se activación de los receptores de la oxitocina y la síntesis de prostaglandinas.^{4, 20}
- ❖ Malformaciones congénitas.
Se trata de anomalías estructurales o funcionales que ocurren durante la vida intrauterina y se detectan durante el embarazo o después de su nacimiento lo cual las causas relacionadas son por factores genéticos, infecciosos o ambientales. Además, las malformaciones congénitas más frecuentes son el síndrome de Down, los defectos del tubo neural y las malformaciones cardíacas.^{3, 2}
- ❖ Restricción de crecimiento intrauterino.
Se considera cuando un feto tiene un peso inferior al percentil 10 en la distribución de peso según edad gestacional. Además, según la curva de Lubchenco”, lo considera un “Pequeño para la edad gestacional” (PEG) ya que se encuentra por debajo del

percentil 10 pero no todos los PEG son RCIU, sino un recién nacido con un potencial de crecimiento bajo.¹²

❖ Óbito fetal.

Se considera al feto que muere después de las 20 semanas de embarazo y con un peso superior a 500 gramos.²⁰

✓ **Factores de riesgo Placentarios**

❖ Placenta previa.

Es la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero.²¹

❖ Desprendimiento prematuro de placenta.

Es la separación parcial o total de la placenta después de las 22 semanas de gestación y antes del alumbramiento. Además, es una patología obstétrica y tiene una frecuencia de alrededor de 1 en 100 a 200 partos.^{4, 22}

❖ Polihidramnios

El polihidramnios tiene una frecuencia de 0,6 a 3,6 % de los embarazos y es un factor asociado al parto pretérmino debido a la distensión uterina. Además, se define como el aumento patológico de líquido amniótico y ecográficamente cuando el índice de líquido amniótico es ≥ 25 cm.^{20, 22}

❖ Oligohidramnios.

Es la disminución de líquido amniótico para una determinada edad gestacional y ecográficamente cuando el índice de líquido amniótico es < 500 ml para una gestación de 36-42 semanas.

²¹

2.2.6 Cuadro clínico

El cuadro clínico del parto pretérmino es:

- ❖ Presencia de contracciones uterinas.
- ❖ Dolor en el hipogastrio y región lumbar.
- ❖ Presencia de flujo sanguinolento por vagina.
- ❖ Modificaciones cervicales.

2.2.7 Diagnóstico

El diagnóstico del parto pretérmino es el siguiente:

- ❖ Identificación de los factores asociados de parto pretérmino.
- ❖ Calcular la edad gestacional mediante la fecha de la última menstruación (FUM) confiable o por antropometría ecográfica.
- ❖ Evaluación de dinámica uterina, debe presentar una frecuencia > 1 en 10 minutos, duración > 30 segundos con un período de 60 minutos.
- ❖ Modificaciones cervicales
 - ✓ Si presenta una dilatación < 3 cm y un borramiento del cuello uterino del 50 % se considera una amenaza de parto pretérmino
 - ✓ Si presenta una dilatación > 3 cm presentar borramiento del cérvix mayor del 50 % se considera un trabajo de parto pretérmino.

2.2.8 Manejo

- ✓ **Medidas generales.**
 - ❖ Hospitalización de la paciente.
 - ❖ Colocar vía endovenosa segura con Cloruro de Sodio al 9 %, 1000 cc lo cual pasar 500 cc en una hora y luego pasar a 60 gotas por minuto.
 - ❖ Realizar una historia clínica completa y un examen clínico en busca de la posible etiología y confirma la edad gestacional.
 - ❖ Control de signos vitales maternos y la vitalidad fetal (Pinard, Doppler, Ecografía, NST).
 - ❖ Estimar el peso fetal y realizar maniobras de Leopold.
 - ❖ Control de dinámica uterina

- ❖ Evaluar la vagina y periné con el fin de identificar sangrado o pérdida de líquido amniótico.
- ❖ Realizar tacto vaginal para evaluar modificaciones cervicales.
- ❖ Considerar la posibilidad de hacer amniocentesis para ver madurez pulmonar.
- ❖ Realizar un control cardiológico ante la posibilidad de usar tocolíticos.

2.3 Hipótesis

En este trabajo de investigación no presenta hipótesis por ser un estudio descriptivo.

2.4 Variables e indicadores

❖ Variable dependiente:

- Parto pretérmino.

❖ Variable independiente:

- Factores maternos obstétricos.
 - Controles prenatales.
 - Consumo de sustancias tóxicas.
 - Anemia.
 - Infecciones durante el embarazo.
 - Patologías producidas por el embarazo.
 - Antecedentes maternos.
 - Rotura prematura de membranas (RPM).
 - Corioamnionitis.
 - Placenta previa.
 - Desprendimiento prematuro de placenta.
 - Cantidad de líquido amniótico.
- Factores fetales.
 - Embarazo múltiple.
 - Malformaciones congénitas.
 - Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).

- Óbito fetal.

❖ **Variables intervinientes.**

- Incidencia.
- Factores maternos sociodemográficos.
 - Edad materna.
 - Grado de instrucción.
 - Estado civil.
 - Hábitos nocivos.

2.5 Definición operacional de términos

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES
VARIABLE DEPENDIENTE	Cualitativa	Parto entre las 22 a 36 semanas de gestación.	Semana que se produce el parto	Nominal	1. Si 2. No
PARTO PRETÉRMINO					
VARIABLES INDEPENDIENTES	Cualitativa	Control prenatal	Número de controles prenatales.	Razón	1. ≥ 6 CPN 2. < 6 CPN 3. No tiene controles
FACTORES MATERNOS OBSTÉTRICOS		Anemia	Presencia de hemoglobina menor de 11 g/dl.	Ordinal	1. No presenta 2. Anemia leve 3. Anemia moderada 4. Anemia severa
		Infecciones durante el embarazo	Presencia de cuadro infeccioso durante el embarazo.	Nominal	1. Vaginosis bacteriana 2. ITU 3. ITS 4. TORCH 5. No presenta
		Patologías producidas por el embarazo	Presencia de cuadro no infeccioso durante el embarazo.	Nominal	1. Diabetes gestacional 2. Hipertensión inducida por el embarazo 3. No presenta.
		Antecedentes maternos	Evidencia de patologías anteriores al embarazo actual.	Nominal	1. Aborto 2. Parto pretérmino 3. Cirugía abdominal previa durante el embarazo 4. No presenta

FACTORES MATERNOS OBSTÉTRICOS	Cualitativa	RPM	Evidencia de rotura de membranas anterior a 6 horas de parto	Nominal	1. Si 2. No
		Corioamnionitis	Presencia de infección del líquido amniótico y membranas ovulares.	Nominal	1. Si 2. No
		Placenta Previa	Inserción de la placenta en el segmento inferior del útero.	Nominal	1. Si 2. No
		Desprendimiento prematuro de placenta	Evidencia del desprendimiento total o parcial de la placenta antes del parto.	Nominal	1. Si 2. No
		Cantidad de líquido amniótico	Cantidad de líquido amniótico.	Ordinal	1. Cantidad adecuada. 2. Oligohidramnios 3. Polihidramnios
FACTORES FETALES	Cualitativa	Embarazo múltiple	Presencia de 2 a más fetos.	Nominal	1. Si 2. No
		Malformaciones congénitas	Presencia de alteración morfológica fetal.	Nominal	1. Si 2. No
		RCIU	Peso fetal por debajo del percentil 10 en el embarazo.	Nominal	1. Si 2. No
		Óbito fetal	Presencia de muerte fetal intrauterina.	Nominal	1. Si 2. No
	Cualitativa	Edad materna	Años cumplidos al momento del parto.	Razón	1. < 15 años 2. 15 -18 años

VARIABLES INTERVINIENTES					
FACTORES MATERNOS SOCIODEMOGRÁFICOS		Grado de instrucción	Grado educativo alcanzado.	Ordinal	3. 19 - 39 años 4. ≥ 40 años 1. Analfabeta 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Superior
		Estado civil	Tipo de unión de pareja.	Nominal	1. Soltera 2. Casada 3. Conviviente 4. Divorciada 5. Viuda
		Hábitos nocivos	Costumbres nocivas durante el embarazo.	Nominal	1. Alcohol 2. Cigarrillos 3. Drogas 4. No consume
INCIDENCIA	Cuantitativa	Total de partos ocurridos entre las 22 a 36 semanas de gestación.	Porcentaje de parto pretérmino .	Razón.	1. 22 a 27 semanas. 2. 28 a 31 semanas. 3. 32 a 36 semanas.

CAPÍTULO III: DISEÑO Y MÉTODO

3.1 Tipo y nivel de Investigación

El trabajo de investigación es un estudio no experimental, mixto de predominancia cuantitativa, descriptivo y retrospectivo.

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

La población está constituida por las puérperas con diagnóstico de Parto Pretérmino en el Hospital San Juan de Lurigancho durante el periodo de enero- diciembre 2017 y que fue 52 puérperas para la base de datos del departamento de Gineco-obstetricia de dicho hospital.

3.2.2 Muestra

La muestra se encuentra formada por 52 puérperas con diagnóstico de parto pretérmino en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital San Juan de Lurigancho durante el periodo de enero- diciembre 2017. Por ser una población pequeña se tomará el total de la población como muestra según criterios de inclusión y no será necesario aplicar ninguna fórmula para cálculo del tamaño de la muestra.

✓ Criterios de inclusión

- Edad gestacional calculada por FUM o ecografía obstétrica.
- Historia clínica completa o al 80%.

✓ Criterios de exclusión

- Historia clínica con diagnóstico de parto pretérmino por test de Capurro.
- Historia clínica incompleta.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.3.1 Técnica

La técnica que se utilizó para la recolección de datos del presente estudio es la revisión documentaria (historia clínica) lo cual permitió recolectar información sobre la incidencia, los factores maternos sociodemográficos y obstétricos y factores fetales.

3.3.2 Instrumento

El instrumento que se utilizó es la ficha de recolección de datos validada por el juicio de expertos lo cual consta de 18 ítems divididos de la siguiente manera:

- I. Factores maternos sociodemográficos: constituidos por 4 ítems.
- II. Factores maternos obstétricos: constituido por 10 ítems.
- III. Factores fetales: constituido por 4 ítems.

3.4 Procesamiento de datos y análisis estadístico

Para realizar el estudio, se solicitó la autorización del director general del Hospital San Juan de Lurigancho para la obtención de los datos estadísticos, dándole a conocer el objetivo de la investigación.

Obtenida la autorización, se acudió al departamento de Estadísticas e Informática y jefatura del Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital San Juan de Lurigancho con el fin de solicitar el permiso de identificación de los casos y la revisión de historias clínicas lo cual se obtuvo los permisos correspondientes y se aplicó el instrumento durante un 1 mes.

Los datos fueron revisados, codificados e ingresados a una base de datos creada en el programa estadístico SPSS versión 25.0 (Programa estadístico para las ciencias sociales) y los resultados serán presentados en tablas.

3.5 Aspectos Éticos

Debido al tipo de estudio de investigación en salud, el presente estudio no exige la elaboración del consentimiento informado, ya que se limitará a la revisión de historias clínicas cuya información se mantendrá en estricta confidencialidad por el equipo investigador basados en los principios y valores éticos que rigen toda investigación y respetando el anonimato del paciente en estudio.

La comunicación y la difusión de los resultados de la investigación, se realizan respetando los derechos de las personas participantes del estudio, además sin duda se buscará la equidad y la óptima distribución de información obtenida con total veracidad a fin de poder contribuir con posibles alternativas para la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

I. Incidencia de parto pretérmino en puérperas atendidas en el hospital San Juan de Lurigancho de enero – diciembre 2017.

Tabla N° 1		
Incidencia de parto pretérmino en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, enero - diciembre 2017.		
	n	%
Parto pretérmino	52	0.89
Parto a término	5792	99.11
Total	5844	100.0
<i>Fuente: Ficha de recolección de datos</i>		

Interpretación:

De los resultados obtenidos, se observa que el total de partos es de 5844 lo cual el 99.11 % equivale a partos a término y el 0.89% son partos pretérmino. (Tabla N° 1).

Tabla N°2		
Incidencia de parto pretérmino según edad gestacional en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, enero - diciembre 2017.		
	n	%
22 a 27 semanas	0	0.0
28 a 31 semanas	0	0.0
32 a 36 semanas	52	100.0
Total	52	100.0
<i>Fuente: Ficha de recolección de datos</i>		

Interpretación:

La incidencia de parto pretérmino según la edad gestacional fue entre las 32 a 36 semanas de gestación y no se presentaron casos menores de 32 semanas. (Tabla N° 2).

II. Factores maternos sociodemográficos en puérperas con diagnóstico de parto pretérmino.

Tabla N° 3		
Edad de las puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, enero - diciembre 2017.		
	N	%
< a 15	1	1.9
15 a 18	7	13.5
19 a 39	43	82.7
≥ a 40	1	1.9
Total	52	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

Se observa que la edad de las puérperas, el 1.9% era menor de 15 años, el 13.5% se encontró entre los 15 y 18 años, el 82.7% tenía una edad entre 19 y 39 años y el 1.9% restante tenía 40 a más años (Tabla N° 3).

Tabla N° 4		
Grado de instrucción de las puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, enero - diciembre 2017.		
	N	%
Analfabeta	1	1.9
Primaria incompleta	0	0.0
Primaria completa	4	7.7
Secundaria incompleta	17	32.7
Secundaria completa	30	57.7
Superior técnico	0	0.0
Superior universitario	0	0.0
Total	52	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

De acuerdo al grado de instrucción, el 1.9% era analfabeta, el 7.7% cursó la primaria completa, el 32.7% no culminó la secundaria y solo el 57.7% de las puérperas refiere haber terminado la secundaria. Ninguna puérpera tuvo primaria incompleta, ni estudios técnicos ni universitarios. (Tabla N° 4).

Tabla N° 5		
Estado civil de las puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, enero - diciembre 2017.		
	N	%
Soltera	10	19.2
Casada	2	3.9
Conviviente	40	76.9
Divorciada	0	0.0
Viuda	0	0.0
Total	52	100.0
<i>Fuente: Ficha de recolección de datos</i>		

Interpretación:

Según estado civil, el 19.2% de las puérperas son solteras; el 3.9% casadas y el 76.9% convivientes. No hubo puérperas divorciadas ni viudas (Tabla N° 5).

Tabla N° 6		
Hábitos nocivos de las puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, enero - diciembre 2017.		
	N	%
Alcohol	0	0.0
Cigarrillo	0	0.0
Drogas	0	0.0
No consume	52	100.0
<i>Fuente: Ficha de recolección de datos</i>		

Interpretación:

Se puede observar que el 100% de las puérperas no presentan hábitos nocivos (Tabla N° 6).

III. Factores maternos obstétricos en puérperas con diagnóstico de parto pretérmino.

Tabla N°7		
Atenciones de controles prenatales de las puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, enero - diciembre 2017.		
	N	%
< 6 CPN	19	36.5
≥ 6 CPN	15	28.8
No tiene CPN	18	34.6
Total	52	100.0
<i>Fuente: Ficha de recolección de datos</i>		

Interpretación

En cuanto a las atenciones prenatales, el 36.5% de las puérperas recibió menos de 6 controles prenatales (< 6 CPN) durante el embarazo; el 28.8%, recibió mayor e igual de 6 controles (≥ 6 CPN) y el 34.6% no recibió ningún control prenatal (Tabla N°7).

Tabla N°8		
Anemia en las puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, enero - diciembre 2017.		
	n	%
No presenta	23	44.2
Leve	24	46.2
Moderada	3	5.8
Severa	2	3.8
Total	52	100.0
<i>Fuente: Ficha de recolección de datos</i>		

Interpretación

Se observa que el 46.2% presentó anemia leve durante el embarazo; el 44.2% no presentó esta enfermedad; el 5.8%, anemia moderada y el 3.8% restante presentó anemia severa (Tabla N° 8).

Tabla N° 9		
Infecciones durante el embarazo en las puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, enero - diciembre 2017.		
	N	%
Vaginosis bacteriana	4	7.7
ITU	14	26.9
ITS	0	0.0
TORCH	0	0.0
No presenta	33	63.5
Total	52	100.0
<i>Fuente: Ficha de recolección de datos</i>		

Interpretación

Durante el embarazo, el 7.7% de las puérperas presentó vaginosis bacteriana, el 26.9% ITU y el 63.5% no presentó ninguna complicación (Tabla N° 9).

Tabla N° 10		
Patologías producidas durante el embarazo en las puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, enero - diciembre 2017.		
	N	%
Hipertensión inducida por el embarazo	12	23.1
Diabetes gestacional	0	0.0
No presenta	40	76.9
Total	52	100.0
<i>Fuente: Ficha de recolección de datos</i>		

Interpretación

Con respecto a las patologías producidas durante la gestación, el 23.1% de las puérperas presentó hipertensión inducida por el embarazo y el 76.9% no presentó ninguna complicación. Ninguna puérpera padeció diabetes gestacional (Tabla N° 10).

Tabla N° 11		
Antecedentes maternos en las puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, enero - diciembre 2017.		
	N	%
Aborto	10	19.2
Parto pretérmino	6	11.5
Cirugía abdominal previa	4	7.7
No presenta	32	61.5
Total	52	100.0
<i>Fuente: Ficha de recolección de datos</i>		

Interpretación:

En los antecedentes maternos, el 19.2% de las puérperas presentó antecedentes de abortos, asimismo, el 11.5% antecedente de partos pretérminos y el 7.7% antecedente de cirugía abdominal previa. El 61.5% no presentó ningún antecedente (Tabla N° 11).

Tabla N° 12		
Rotura prematura de membranas en las puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, enero - diciembre 2017.		
	N	%
Si	12	23.1
No	40	76.9
Total	52	100.0
<i>Fuente: Ficha de recolección de datos</i>		

Interpretación:

El 23.1% de las puérperas presentó rotura prematura de membranas y el 76.9% no presentó dicha complicación (Tabla N° 12).

Tabla N° 13		
Corioamnionitis en las puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, enero - diciembre 2017.		
	n	%
Si	1	1.9
No	51	98.1
Total	52	100.0
<i>Fuente: Ficha de recolección de datos</i>		

Interpretación:

Solo el 1.9% de las puérperas presentó corioamnionitis, el 98.1% no padeció esta complicación (Tabla N° 13).

Tabla N° 14			
Placenta previa en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, enero - diciembre 2017.			
		N	%
	Si	0	0.0
Placenta previa	No	52	100.0
	Total	52	100.0
<i>Fuente: Ficha de recolección de datos</i>			

Interpretación:

Se observa, que el 100% no presentó placenta previa durante el embarazo (Tabla N° 14).

Tabla N° 15			
Desprendimiento prematuro de placenta en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, enero - diciembre 2017.			
		n	%
Desprendimiento prematuro de placenta	Si	2	3.8
	No	50	96.2
	Total	52	100.0
<i>Fuente: Ficha de recolección de datos</i>			

Interpretación

Solo en el 3.8% de las puérperas presentó un desprendimiento prematuro de placenta durante su embarazo, en el 96.2% no presentó dicha complicación (Tabla N° 15).

Tabla N° 16		
Cantidad de líquido amniótico durante el embarazo en las puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, enero - diciembre 2017.		
	N	%
Cantidad adecuada	45	86.5
Oligohidramnios	7	13.5
Cantidad adecuada	0	0.0
Total	52	100.0
<i>Fuente: Ficha de recolección de datos</i>		

Interpretación

En mención a la cantidad de líquido amniótico, el 13.5% presentó oligohidramnios y el 86.5% restante mantuvo una cantidad adecuada de líquido amniótico durante el embarazo. En ninguna gestante se evidenció polihidramnios (Tabla N° 16).

IV. Factores fetales en puérperas con diagnóstico de parto pretérmino.

Tabla N° 17			
Factores fetales en puérperas con diagnóstico de parto pretérmino en el Hospital San Juan de Lurigancho, enero - diciembre 2017.			
		n	%
Embarazo múltiple	Si	3	5.8
	No	49	94.2
Malformaciones congénitas	Si	0	0.0
	No	52	100.0
RCIU	Si	4	7.7
	No	48	92.3
Óbito fetal	Si	1	1.9
	No	51	98.1
Total		52	100.0
<i>Fuente: Ficha de recolección de datos</i>			

Interpretación:

Dentro de los factores fetales de parto pretérmino, el 5.8% de los recién nacidos fueron productos de un embarazo múltiple; ninguno presentó malformaciones congénitas, en el 7.7% se manifestó el RCIU y el 1.9% fue un óbito fetal (Tabla N° 17).

4.2. Discusión

La incidencia de parto pretérmino es de 0.89% (52 puérperas) en el hospital de San Juan de Lurigancho durante enero a diciembre 2017 debido que el hospital es de nivel II-1 lo cual las gestantes que presenten la posibilidad de un parto pretérmino son referidas a hospitales de nivel III.

Con respecto a la incidencia de parto pretérmino según la edad gestacional, el 100 % fue entre las 32 a 36 semanas de gestación. A nivel nacional, Carnero Y. realizó un estudio en el INMP, en el periodo de enero a junio 2015, se obtuvo que de 150 historias clínicas con diagnóstico de parto pretérmino; 118 fueron recién nacidos prematuros tardíos a moderados (79%), 24 fueron recién nacidos muy prematuros (16%) y 8 fueron recién nacidos extremadamente prematuros (5%) con gran similitud a nuestro estudio.¹⁵

En relación a los factores maternos sociodemográficos se obtuvo los siguientes resultados, con respecto a la edad de las puérperas, el 13.5% del total de puérperas con parto pretérmino tuvieron entre 15 a 18 años y el 1.9% tuvieron menos de 15 años lo cual no se asemeja con el estudio de Lozada H., en Piura 2017, donde el 62.8% de los partos pretérmino fueron en pacientes menores de 19 años.¹⁴

Asimismo, en nuestro estudio se presentó mayores casos de puérperas de 19 a 39 años con un 82.7%. A nivel internacional, en el estudio de Pintado M., en Ecuador 2017, el 65.8 % del total de puérperas con parto pretérmino tuvieron entre 20 a 34 años y a nivel nacional, en la investigación de Guadalupe S., en el HMA durante el año 2015, se observó que el 50.8% se presentó en puérperas que tenían entre 20 a 35 años de edad lo cual ambos estudios concuerdan con los resultados de nuestra investigación.^{4,9}

En referencia al grado de instrucción, se observó que el 57.7% de las puérperas tenían estudios secundarios completos, el 32.7 % estudios secundarios incompletos, el 7.7% estudios primarios incompletos y solo el 1.9% era de condición analfabeta lo cual se asemeja con el estudio de Saavedra H., en Iquitos 2015, realizó un estudio donde halló que la educación secundaria fue la que

predominó con un 78.2% y la educación primaria con un 7.28% y no presento casos de condición analfabeta lo cual se asemeja a nuestro estudio.¹⁷

El estado civil en el que se encuentra la mayor parte de las puérperas son convivientes con un 76.9% y otra menor parte son solteras con un 19,2% y son casadas con un 3.9% lo cual concuerda con el estudio de Pintado M., en Ecuador 2017, donde el 71.7% presenta un estado civil de convivientes.⁹

En relación a los factores maternos obstétricos, los controles prenatales se evidencio que el 36.5% tuvieron menos de 6 controles prenatales (< 6 CPN), el 28.8% tuvieron mayor e igual de 6 controles prenatales (\geq 6 CPN), y el 34.6% de las pacientes no tuvieron ningún control prenatal. En comparación a los estudios que difieren a nivel nacional Lozada H., en Piura 2017, obtuvo como resultado que las pacientes con diagnóstico de parto pretérmino tuvieron controles prenatales inadecuado (60.5%). A nivel internacional, en el estudio de Rivera J., se encuentra que las pacientes con < de 6 CPN representaban un 64.4% del total de partos pretérmino y un 20.3% de pacientes tenían > 6 CPN, como vemos a menos controles prenatales es más el riesgo de parto pretérmino este estudio guarda similitud con nuestro estudio.^{12, 14}

Con respecto a las infecciones durante el embarazo, se encontró con un 26.9% presentó ITU y el 7.7% vaginosis bacteriana. Estos resultados son comparados con estudios de Guillén J., en Lima 2015, se encontró que las pacientes que presentó parto pretérmino se asociaron con la vulvovaginitis con un 32% que no coincide con nuestro resultado, pero encontró que el 28% presentó ITU, de igual modo, el estudio de Rivera J., en Ecuador 2016, encontró un 26.6% lo cual ambos estudios coinciden con el resultado de nuestro estudio.^{12, 18}

Con respecto a las patologías maternas, el 46.2% presentó anemia leve y el 23.1% presento hipertensión inducida en el embarazo lo que concuerda con el estudio a nivel nacional de Carnero Y. realizó un estudio en el INMP, en el periodo de enero a junio 2015, se presentó mayores casos de anemia con un 62.7%. Además, otro estudio que coinciden es el estudio de Saavedra H., en Iquitos 2015, que encontró el 38.2% presento anemia y el 14.5% presento hipertensión inducida en el embarazo.^{15, 17}

Respecto a los antecedentes maternos, los principales factores encontrados en las historias clínicas y carnets de control prenatal de las puérperas se observaron con más frecuencia, el antecedente de aborto con el 19,2% y el antecedente de parto pretérmino en el embarazo anterior 11.5%, lo que concuerda con el estudio de Rojas L. y Col. (Cuba 2014), encontrando que el aborto como antecedente fue de 66,6% y el antecedente de parto pretérmino en el embarazo anterior 45,4%.⁵

La rotura prematura de membranas (RPM) se presentó en un 23.1% lo que concuerda con el estudio de Guadalupe S, en el HMA durante el año 2015, argumenta que el RPM se presentó con un 18.3 % y es considerado como un factor para el parto pretérmino con un OR = 2.681 y un IC 95% = 1.6 – 4.5, lo cual nos indica que las gestantes con Rotura Prematura de Membranas tienen 2.7 veces más de presentar parto pretérmino. Además, refiere que el parto pretérmino y el RPM están ligados fisiopatológicamente, es decir, mientras ocurra una rotura a nivel de las membranas surgirá un foco infeccioso que desencadena una avalancha de cambios que aumentan la síntesis de prostaglandinas y enzimas proteolíticas las cuales inducen cambios cervicales e inicio de contracciones uterinas por ende el inicio del trabajo de parto.⁴

En relación de los factores fetales, el más resaltante es la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) el mismo que estuvo representado por el 7.7% de igual modo Rivera J. (Ecuador 2016) encontró en su estudio que la restricción del crecimiento intrauterino obtuvo un porcentaje muy importante 15.6% del total de la muestra, evidenciando con un control posnatal la presencia de RCIU. ¹¹

En segundo lugar, se presenta el embarazo múltiple ya que se encontró 5.8% del total de casos estudiados coincidiendo así con el estudio de Vílchez A. (Nicaragua 2016) argumentando que la presencia de embarazo múltiple en su periodo de estudio, encontró 7.2% en los casos y en el grupo control se presentó en 1.2%, observando una diferencia significativa y un incremento significativo en el riesgo en cuanto a este factor.¹²

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

En la literatura hay una gran diversidad de factores para parto pretérmino, pero en el presente estudio tenemos las siguientes conclusiones:

- La incidencia de parto pretérmino es el 0.89% en el Hospital San Juan de Lurigancho y según la edad gestacional, el 100 % fue entre las 32 a 36 semanas de gestación.
- En los factores materno sociodemográficos del parto pretérmino, se presentó mayor porcentaje de puérperas entre 19 a 39 años de edad, tienen estudios secundarios completos, son convivientes y no presentan ningún hábito nocivo.
- En los factores maternos obstétricos del parto pretérmino, se encontró falta de controles prenatales, las patologías que se presentó durante el embarazo sobresalieron la anemia leve, la infección del tracto uterino (ITU), la rotura prematura de membranas (RPM) e hipertensión inducida por el embarazo y en los antecedentes más resaltante es el aborto.
- En los factores fetales del parto pretérmino, en primer lugar, se encontró la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y seguidamente el embarazo múltiple.

5.2 Recomendaciones

En el presente estudio realizado tenemos las siguientes recomendaciones:

- Sensibilizar al personal de salud en cuanto al problema estudiado además de incorporar nuevos sistemas de apoyo para la recolección adecuada de los datos estadísticos.
- Las autoridades del Ministerio de Salud deben tomar las medidas correspondientes para convertir el hospital de San Juan de Lurigancho a una categoría de III nivel o la construcción de un hospital de tercer nivel con una moderna infraestructura y equipamiento, para abastecer la demanda de la población del distrito con la finalidad de evitar las referencias y así brindar una atención oportuna y no poner en riesgo la vida de la madre y del feto.
- Concientizar a las madres desde nuestro primer contacto con ellas, sobre la importancia del control prenatal y la detección temprana de algunas patologías mediante charlas educativas y consejería.
- Incentivar a futuras investigaciones para el conocimiento de los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el Hospital San Juan de Lurigancho.

REFERENCIAS

- 1) Cruz M. Factores de riesgo maternos preconceptionales y conceptionales del parto pre-término en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, 2014. [Tesis Doctoral]. Lima: Fondo editorial, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú; 2015.
- 2) Fernández D., Córdor J. Factores de riesgo del parto pre-término en gestantes adolescentes en el hospital regional docente las mercedes Chiclayo durante el 2014. [Tesis Doctoral]. Lambayeque: Fondo editorial, Universidad Nacional Pedro Ruiz del Gallo. Lambayeque – Perú; 2015.
- 3) Organización Mundial de la Salud. Nacimiento Prematuro. [en línea] Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>. Consultado: 10 de abril de 2018.
- 4) Guadalupe S. Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015. [Tesis Pre-Grado]. Lima-Perú: Universidad Ricardo Palma; 2017.
- 5) Rojas L., Retureta S., Retureta M., León O., Álvarez M. Caracterización del parto prematuro en el municipio Ciego de Ávila. [en línea] Cuba: Mediciego; 2014 [fecha de acceso 14 de abril del 2018]; 20 (Supl.1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol20_Supl%201_14/articulos/T7.html.
- 6) Pohlmann F., Kerber N., Viana J., Carvalho V., Costa C., Souza C. Parto prematuro: enfoques presentes en la producción científica nacional e internacional. Revista electrónica trimestral de Enfermería N° 42 abril 2016. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/231881/192531>.
- 7) Ministerio de Salud del Perú. Boletín estadístico de nacimientos Perú: 2015. [en línea]. Perú: MINSA; 2017. [Fecha de acceso 08 de abril de 2018]. URL disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf.

- 8) Instituto Nacional Materno Perinatal. Boletín epidemiológico del Instituto Nacional Materno Perinatal – 2015. [en línea]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/>. Consultado: 10 de abril de 2018.
- 9) Pintado M. Prevalencia y factores asociados al parto pretérmino en el Hospital General de Macas, periodo octubre 2015 – octubre 2016. [Tesis Pre-Grado]. Cuenca, Ecuador: Universidad Católica de Cuenca; 2017.
- 10) Chivalan M. Factores preconceptionales y concepciones relacionados con el Trabajo de Parto pretérmino en pacientes ingresadas al servicio de Complicaciones Prenatales, en el Hospital de Cobán, Alta Verapaz, en los años 2010-2014. [Tesis Pre-Grado]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar; 2016.
- 11) Vílchez A. Factores de riesgo de parto pretérmino: Un estudio caso-control con mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Alemán entre julio del 2014 y junio del 2015. [Tesis Post-Grado]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2016.
- 12) Rivera J. Factores maternos y fetales asociados al parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Pasaje. [Tesis Pre-Grado]. Loja-Ecuador: Universidad Nacional De Loja; 2016.
- 13) Rodríguez S., Ramos R., Hernández R. Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles. Ginecol Obstet Mex [en línea] 2013 [Fecha de acceso 10 de abril del 2018]; 81:499-503. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom139b.pdf>.
- 14) Lozada H. Factores de riesgo para el parto pretérmino en gestantes del Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Paíta, 2017. [Tesis Pre-Grado]. Piura - Perú: Universidad Nacional de Piura; 2018.
- 15) Carnero Y. Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el periodo enero – junio del 2015. [Tesis Pre-Grado]. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.

- 16) Miñano M. Control Prenatal inadecuado como factor asociado a parto pretérmino en pacientes del Hospital regional Docente de Trujillo. [Tesis Pre-Grado]. Trujillo - Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2016.
- 17) Saavedra H. Factores asociados a prematuridad en el Hospital II-1 de Yurimaguas, julio a diciembre del 2014. [Tesis Pre-Grado]. Loreto-Perú: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2015.
- 18) Guillén J. Factores maternos asociados al parto pretérmino Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2014. Tesis Post-Grado]. Lima - Perú: Universidad de San Martín de Porres; 2015.
- 19) Fundamentos de Epidemiología. [en línea]. Disponible en: <http://saludpublicavirtual.udea.edu.co/cvsp/fundamentos/principal.htm>. Consultado: 16 de abril de 2018.
- 20) Hospital San Juan de Lurigancho. Guías de práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología del departamento de Gineco-obstetricia 2015. Lima-Peru: 2015.
- 21) Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. 2010. Perú. Disponible en: www.inmp.gob.pe/descargar_repositorio?archivo=650t.pdf&nombre=650t.pdf. Consultado: 09 de abril del 2018.
- 22) Nacimiento prematuro. [en línea]. Disponible en: http://prematuro.info/wp-content/uploads/2017/10/1244-9856_Perkin_Elmer_Spanish.pdf. Consultado: 12 de abril del 2018.
- 23) Schwarcz R., Fescina R., Duverges C. Obstetricia. Buenos aires: Editorial El Ateneo: 6^{ta} ed; 2011.

ANEXOS

ANEXO B N°1

ANEXO B
ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO:

**“INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DEL PARTO PRE TÉRMINO EN
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO DE
ENERO – DICIEMBRE 2017”**

NOMBRE DEL EXPERTO (A): JULIA GUZMAN LAZARO

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.
Marque con una (X) o aspa en Si o No, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	✓		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de variables.	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

SUGERENCIAS:

.....

.....


 MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
 JULIA GUZMAN LAZARO
 Obstetra Especialista
 COP. 8481

**FIRMA DEL JUEZ
EXPERTO(A)**

ANEXO B N°2

ANEXO B ESCALA DE CALIFICACIÓN PARA EL JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO:

**“INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DEL PARTO PRE TÉRMINO EN
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO DE
ENERO – DICIEMBRE 2017”**

NOMBRE DEL EXPERTO (A): SANDY CATHERINE CATALAN VILLEGAS

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.
Marque con una (X) o aspa en Si o No, en cada criterio según su opinión.

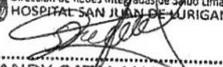
CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado.		✓	
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de variables.		✓	
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.		✓	
6. Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

SUGERENCIAS:

.....

.....

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO


SANDY CATALAN VILLAGAS
Obstetra - Asistencial

COP. 23783
FIRMA DEL JUEZ
EXPERTO(A)

ANEXO B N°3

ANEXO B
ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO:

**“INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DEL PARTO PRE TÉRMINO EN
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO DE
ENERO – DICIEMBRE 2017”**

NOMBRE DEL EXPERTO (A): *Chavez Trujillo Oswaldo,*

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.
Marque con una (X) o aspa en Si o No, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	✓		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de variables.	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

SUGERENCIAS:


**FIRMA DEL JUEZ
EXPERTO(A)**

ANEXO B N°4

ANEXO B ESCALA DE CALIFICACIÓN PARA EL JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO:

**“INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DEL PARTO PRE TÉRMINO EN
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO DE
ENERO – DICIEMBRE 2017”**

NOMBRE DEL EXPERTO (A): RUTH CHASQUIVOL CHACON

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.
Marque con una (X) o aspa en Si o No, en cada criterio según su opinión.

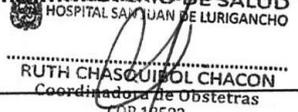
CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	✓		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de variables.	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

SUGERENCIAS:

.....

.....

 **MINISTERIO DE SALUD**
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO


RUTH CHASQUIVOL CHACON
Coordinadora de Obstetras
C.O.P. 34583

**FIRMA DEL JUEZ
EXPERTO(A)**

ANEXO B N°5

ANEXO B
ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO:

**“INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DEL PARTO PRE TÉRMINO EN
PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO DE
ENERO – DICIEMBRE 2017”**

NOMBRE DEL EXPERTO (A): *Maurus Reyes Acuña*

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.
Marque con una (X) o aspa en Si o No, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de variables.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.		X	
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:

.....

.....
Maurus Reyes Acuña
DR. MAURO REYES ACUÑA
CF DE OPTO. DE GINECO. OPSTF.

**FIRMA DEL JUEZ
EXPERTO(A)**

ANEXO C



PERÚ Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas
de Salud Lima Centro
"Tu salud es nuestra prioridad"

Hospital San Juan de
Lurigancho

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

San Juan de Lurigancho, 29 de Octubre del 2018.

OFICIO N° 2664-2018-DE- N° 097-UADI-HSJL

Señor

Dr. OSWALDO EDUARDO SALAVERRY GARCIA

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Privada Norbert Wiener

ASUNTO: **APROBACION DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a Usted para saludarle cordialmente y a la vez informarle que se ha recibido el siguiente proyecto de investigación titulada "**INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DEL PARTO PRETÉRMINO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO ENERO – DICIEMBRE 2017**" presentado por las Bachilleres **TITO BARAONA, KAREN BRENDA Y VALLENAS GODOY, AURORA LAURA** el cual ha sido aprobado por los Comités de Ética en Investigación e Investigación Científica.

Agradeciendo la atención que le brinde al presente, hago propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi consideración y estima personal.

Atentamente,



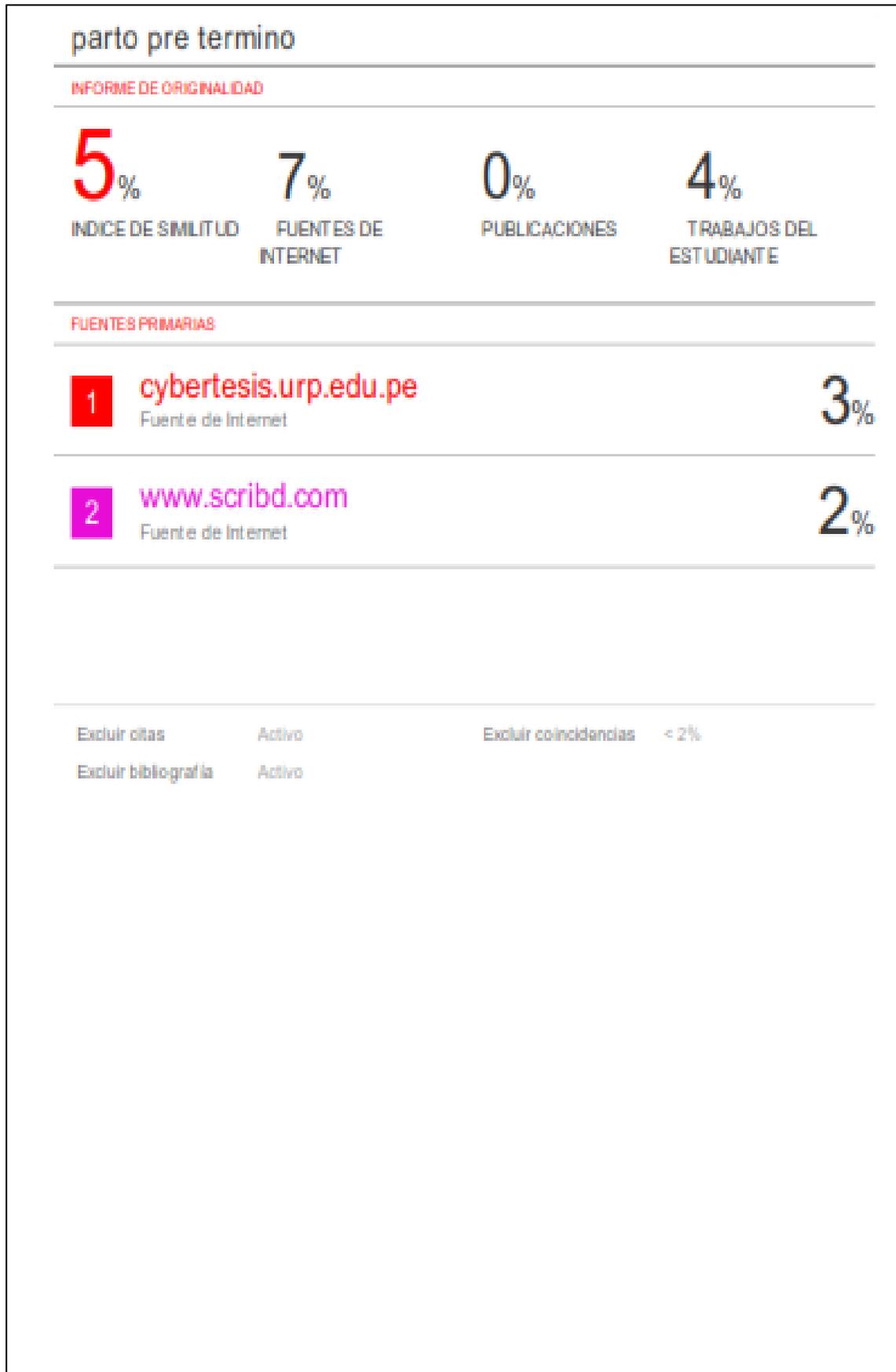
MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO

MC. PEDRO P. SILVA MARTEL
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M.P. 19151

PFCC/LBC
CC Archivo



ANEXO D



ANEXO E

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“INCIDENCIA Y FACTORES MATERNOS Y FETALES EN PUÉRPERAS CON DIAGNÓSTICO DE PARTO PRETÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, ENERO – DICIEMBRE 2017”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p style="text-align: center;"><u>PROBLEMA GENERAL</u></p> <p>¿Cuál es la incidencia y los factores maternos y fetales en puérperas con diagnóstico de parto pretérmino atendidas en el hospital San Juan de Lurigancho de enero – diciembre 2017?</p>	<p style="text-align: center;"><u>OBJETIVO GENERAL</u></p> <p>Determinar la incidencia y los factores maternos y fetales en puérperas con diagnóstico de parto pretérmino atendidas en el hospital San Juan de Lurigancho de enero – diciembre 2017.</p> <p style="text-align: center;"><u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer la incidencia de parto pretérmino según edad gestacional. • Determinar los factores maternos sociodemográficos en puérperas con diagnóstico de parto pretérmino. • Determinar los factores maternos obstétricos en puérperas con diagnóstico de parto pretérmino. • Determinar factores fetales en puérperas con diagnóstico de parto pretérmino. 	<p style="text-align: center;"><u>HIPÓTESIS GENERAL</u></p> <p>En este trabajo de investigación no presenta hipótesis por ser un estudio descriptivo.</p>	<p>❖ Variable dependiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parto pretérmino. <p>❖ Variable independiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factores maternos obstétricos. <ul style="list-style-type: none"> > Controles prenatales. > Consumo de sustancias tóxicas. > Anemia. > Infecciones durante el embarazo. > Patologías producidas por el embarazo. > Antecedentes maternos. > Rotura prematura de membranas (RPM). > Corioamnionitis. > Placenta previa. > Desprendimiento prematuro de placenta. > Cantidad de líquido amniótico. • Factores fetales. <ul style="list-style-type: none"> > Embarazo múltiple. > Malformaciones congénitas. > Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU). > Óbito fetal. <p>❖ Variables intervinientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incidencia. • Factores maternos sociodemográficos. <ul style="list-style-type: none"> > Edad materna. > Grado de instrucción. > Estado civil. > Hábitos nocivos 	<p>1. Enfoque:</p> <p>Investigación de predominancia cuantitativa.</p> <p>2. Tipo:</p> <p>Observacional, descriptivo retrospectivo.</p> <p>3. Nivel:</p> <p>Descriptivo</p>	<p style="text-align: center;"><u>POBLACIÓN:</u></p> <p>La población está constituida por las puérperas con diagnóstico de Parto Pretérmino en el Hospital San Juan de Lurigancho durante el periodo de enero- diciembre 2017.</p> <p style="text-align: center;"><u>MUESTRA:</u></p> <p>La muestra está constituida por 52 historias clínicas de puérperas con diagnóstico de Parto Pretérmino por FUM o ecografía obstétrica en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital San Juan de Lurigancho durante el periodo de enero- diciembre 2017.</p>	<p style="text-align: center;"><u>INSTRUMENTO:</u></p> <p>Ficha de recolección de datos.</p> <p style="text-align: center;"><u>TÉCNICAS:</u></p> <p>En este estudio la técnica que se va utilizar es la revisión documental (historias clínicas) que permitirá recolectar información sobre la incidencia, factores maternos y fetales</p>

