



**UNIVERSIDAD SAN PEDRO FACULTAD
CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**Factores sociodemográficos y obstétricos asociados para el
parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital la
caleta, Chimbote, 2016**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA**

AUTORA:

BRENDA ESTEFANI, SANJINES BERMUDEZ

ASESOR:

DR. CELESTINO, TELLO CABRERA

CHIMBOTE – PERÚ

2016

DEDICATORIA

A Dios por el amor, la misericordia que tiene todo los días conmigo, por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de mi vida.

A mi madre Martha por la confianza y el apoyo brindado, que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me ha demostrado su amor, corriendo mis faltas y celebrando mis triunfos.

A mi hermano Jose con su cariño, por ser mi compañero ideal y lograr hacerme reír en los momentos difíciles.

A mis padres espirituales Cesar y Geny por guiarme por el buen camino, por su tiempo, dedicación y amor para conmigo.

AGRADECIMIENTO

A Dios por todo lo que tengo, por el aire que respiro, por esa bella familia que me distes y poder cumplir mis metas y sueños.

A mi madre por su dedicación, paciencia y comprensión, por enseñarme a no vencerme y levantarme cuando esto caída

A la Universidad san pedro, la escuela profesional de Obstetricia por su importante aporte para mi formación personal y profesional por enseñarme lo sensibilización y humildad.

Al Hospital la Caleta, en especial al grupo administrativo y obstetras que me facilitaron la recolección de datos para esta investigación

A todas las personas que me estiman y me apoyaron emocional y moramente para el desarrollo y elaboración de este informe de investigación.

DERECHO DE AUTORIA

Yo, Brenda Estefani Sanjines Bermudez con DNI N° 71041977, con Bachiller de la Facultad de Ciencias de la Salud y autora del presente trabajo de tesis “factores sociodemográficos y obstétricos asociados para el parto pretérmino en gestantes atendidas en el hospital la caleta, Chimbote, 2016”. Autorizo a la Universidad San Pedro para la reproducción total o parcial de la investigación con fines académicos, cualquier reproducción para otros fines deberá contar con la autorización previa del autor.

Sanjines Bermudez Brenda Estefani

PRESENTACIÓN

Señores miembros del jurado.

Cumpliendo con las disposiciones vigentes del reglamento general de grados y títulos de la universidad SAN PEDRO y de la Facultad de Ciencias de la Salud, escuela profesional de Obstetricia, ponemos a su disposición el presente trabajo de investigación titulado “FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y OBSTÉTRICOS ASOCIADOS PARA EL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LA CALETA, CHIMBOTE, 2016”.El cual ha sido elaborado para dar a conocer los conocimientos adquirido en nuestra formación profesional, con la finalidad de contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Atentamente y respetuosamente.

Sanjines Bermudez Brenda Estefani

Palabras claves: Parto pretermino, factores de riesgo y gestantes

Key words: Preterm birth, risk factors and pregnant women

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar los factores sociodemográficos y obstétricos asociados al parto pretermino en gestantes atendidas en el hospital La Caleta Chimbote 2016, se estudiaron a 100 gestantes mujeres de las cuales 50 tuvieron diagnóstico de parto pretermino y 50 no lo tenían. Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal, los datos se recogieron de las historias clínicas en una ficha que fue estructurada para el logro de objetivos. Se encontró factores de riesgos importantes asociados significativamente al parto pretermino como la ocupación en este caso amas de casa, los números de controles prenatales y las patologías obstétricas más comunes.

SUMMARY

The objective of the study was to determine the sociodemographic and obstetric factors associated with preterm birth in pregnant women attended at the La Caleta Chimbote 2016 hospital, 100 pregnant women were studied, of whom 50 had a diagnosis of preterm birth and 50 did not have it. This was a descriptive, cross-sectional study, data were collected from the medical records in a tab that was structured for goal achievement. We found important risk factors significantly associated with preterm labor such as occupancy in this case housewives, numbers of prenatal controls and the most common obstetric pathologies.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DERECHO DE AUTORIA	iv
PRESENTACIÓN	v
RESUMEN	vii
SUMMARY	viii
ÍNDICE	ix
I.-INTRODUCCIÓN	1
1.1. Antecedentes y fundamentación científica	1
1.2.- Justificación	4
1.3.- Planteamiento del problema	5
1.4.- Conceptualización y operacionalización de variables	6
1.5.- Hipótesis	13
1.6.- Objetivos	14
II.- METODOLOGÍA	15
III.- RESULTADOS	16
IV.- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	28
V.- CONCLUSIONES	31
VI.- RECOMENDACIONES	32
BIBLIOGRAFIA	33
VII.- ANEXOS Y APÉNDICE	37

I.-INTRODUCCIÓN

1.1. Antecedentes y fundamentación científica

En un trabajo de investigación realizado por la asociación española de salud pública en España con el propósito de conocer los riesgos del parto pretérmino encontraron que es mayor en las mujeres de edad superior a 34 años, 2,53 (1,42-4,52); con bajo nivel de estudios, 1,79 (1,07-2,98); en las primíparas o multigestas con antecedentes de abortos del primer trimestre, 1,86 (1,13-3,04), y en las multigestas con antecedentes de parto pretérmino o abortos del segundo trimestre, 5,53 (2,97-10,35). En el caso del parto pretérmino moderado se encuentra la misma tendencia. La probabilidad de presentar un parto pretérmino espontáneo es superior en las madres de más de 34 años, 1,51 (1,01-2,26); con bajos ingresos familiares, 1,75 (1,07-2,88), y en las multigestas con antecedentes de parto pretérmino o abortos de segundo trimestre, 2,96 (1,86-4,71). En el caso de parto pretérmino indicado los resultados son similares. (salud, 2013)

En un estudio realizado en un Hospital de San Borja Arriarán en Chile sobre factores asociados al parto prematuro llegaron a la conclusión que la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatal en todo el mundo especialmente en los nacimientos menores de 34 semanas son los nacimientos espontáneos entre 22 y 34 semanas y representaron el 69 %. Asimismo con más de la mitad de los nacimientos prematuros espontáneos, con el 71% de los casos con RPM y con el 52% de los partos menores de 30 semanas. Se manifestó clínicamente como infecciones vaginales, placenta previa con sangrado vaginal, cérvix acortado, membranas prolapsadas, diabetes y malformaciones uterinas. En casi todas estas condiciones obstétricas se encontraron aumento del parto prematuro por incremento de infección intraamniótica. (Ovalle, 2012)

Se realizó un estudio de casos y controles en México, con mujeres embarazadas que tuvieron su parto en el Hospital General Regional del Instituto Mexicano del Seguro Social en Querétaro, encontrando que el parto pretérmino ocurrió en 7 % del total de los embarazos. Dentro de las complicaciones se observaron que la cervicovaginitis se presentó en 31 % de los pacientes con parto pretérmino; y el incremento de las infecciones de vías urinarias. Teniendo como conclusión que el parto pretérmino se presentó en 7 % de las embarazadas que tuvieron el evento obstétrico en el Hospital General Regional, Querétaro. Los factores asociados que

mostraron diferencia estadísticamente significativa fueron las semanas de gestación al momento de la interrupción del embarazo, el peso del recién nacido, ruptura prematura de membranas, hiperémesis gravídica, infección de vías urinarias, anemia y cervicovaginitis. (Malagón, 2004)

En Venezuela se realizó una investigación sobre embarazadas con parto pretérmino atendidas en la Maternidad del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” de Puerto Cabello durante el año 2005. De las 647 adolescentes 68 presentaron la condición de parto pretérmino, representando éstas una prevalencia de 10,51 %. Del total de la muestra, 29 pacientes (42,6 %) fueron adolescentes intermedias 39 (57,4 %) y adolescentes tardías. La edad mínima fue de 14 años y la máxima 17 años. No hubo adolescentes precoces. Las patologías asociadas más frecuentes se presentaron en el 85,3 % de la muestra (58 adolescentes). Las complicaciones perinatales afectaron a 38,2 % de los recién nacidos hijos de madres adolescentes (26 neonatos). Hubo una mortalidad perinatal de 7,81 %. Los hallazgos permitieron concluir que el parto pretérmino es una complicación presente en las embarazadas adolescentes intermedias y tardías con bajo nivel socioeconómico y existe asociación estadísticamente significativa entre la edad de la adolescente embarazada y las patologías asociadas, a mayor edad menos patologías asociadas, lo que concuerda con otras investigaciones. (Rivas, 2008)

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de casos y controles en los hospitales locales de la República Hospitalaria de Caldas (Colombia), para identificar los factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes. La selección de los casos (partos pretérmino entre semana 24 hasta la semana 36 con 6 días) y la selección de los controles (partos a término semana 37 hasta la semana 41 con 6 días). Analizaron 669 pacientes, se encontraron significancia en las siguientes variables: escolaridad, amenaza de parto pretérmino, infecciones urinarias, serología positiva, el inicio del parto y la anemia. Además el número de controles prenatales es un predictor importante con respecto a esta patología. (Pastrana, 2006)

(Gullen, 2014), Realizó un trabajo en la ciudad de Lima sobre los factores maternos asociados al parto pretérmino en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, con 127 pacientes de las cuales el 39,4% presentaron parto pretérmino y el 60,6% no presentaron. Siendo la edad

mínima de 15 años y la máxima de 40 años, hubo una mayor frecuencia de pacientes gestantes mayores de 35 años siendo esta una relación estadísticamente significativa. Las pacientes del grupo control tuvieron edad gestacional mayor de 37 semanas y de los casos observando una mayor frecuencia de edad gestacional entre los 35 a 37 semanas (64%). La patología materna infecciosa de mayor frecuencia fue la vulvovaginitis (32%), seguido de infecciones urinarias (28%). En relación a la patología materna metabólica en los casos hubo una mayor frecuencia de diabetes (14%). Concluyendo que los factores maternos de características infecciosas asociados con parto pretérmino fueron: infección urinaria, vulvovaginitis, corioamnionitis. ($P < 0,05$) El factor materno de característica metabólica asociado con parto pretérmino fue la diabetes gestacional. ($P < 0,05$).

Se realizó un estudio de casos y controles en Tacna sobre los factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino en el hospital Hipólito Unánue. En el periodo de estudio se atendieron 3558 eventos obstétricos, de los cuales 298 (8.4 %) fueron pretérmino. No hubo diferencia estadísticamente significativa en la edad, grado de instrucción, vía de interrupción del embarazo, estado civil, y patologías medicas como cardiopatía, diabetes mellitus, tuberculosis pulmonar, hipertensión arterial. Los factores asociados al parto pretérmino con diferencia significativa ($p \leq 0.05$) fueron la ruptura prematura de membranas (O.R.:7.29), tener de 1 a 3 controles prenatales (O.R.:3.27), retardo del crecimiento Intrauterino (O.R.:10.97), preeclampsia severa (O.R.:12.27), antecedente de aborto habitual (O.R.:5.53), embarazo doble (O.R.:8.57). (Quispe, 2006)

1.2.- Justificación

El parto pretérmino tiene múltiples etiologías y muy diversas. A pesar de los grandes avances en el conocimiento de sus diversas etiopatogenias, su incidencia se mantiene constante en las últimas décadas, e incluso en aumento en algunos países desarrollados, y es una de las principales causas de morbi-mortalidad materna y perinatal. Se define como aquel embarazo que finaliza, espontáneamente o por indicación médica, antes de las 37 semanas de gestación. Sin embargo, dada su relevancia relativa, el enfoque actual de las estrategias de cribado (pesquisa) y prevención se han concentrado en los casos que se presentan antes de las 34 semanas de gestación, los cuales representan el 60 a 70% del total de la morbi-mortalidad perinatal. (Salud, 2015)

Por todas estas evidencias mencionadas, el parto pretermino es uno de los principales problemas que complican la gestación y por ello es necesario plantear objetivo, estrategias sanitarias de prevención de esta enfermedad que sólo pueden ser diseñadas a partir de información que se brinda como resultado de los diversas investigaciones y nos demuestra tener aquellos factores que condicionan el parto prematuro, así como el manejo médico-obstetra frente a la presencia de algunos de ellos, de tal manera que se pueda evitar o disminuir el riesgo del suceso de parto antes de la fecha predicha. (Rojas, 2013)

Como profesionales de obstetricia es considerar la necesidad de determinar la situación actual de los factores que se asocian y conllevan a los partos pretérmino, para de ese modo poder reforzar las áreas donde se está fallando en cuanto a la atención del control prenatal y detectar las patologías más frecuentes en la gestación como las infecciones del tracto urinario para evitar que la tasa de morbilidad y mortalidad perinatal se incremente y de esta forma mejorar la calidad del servicio de salud que se ofrece en el hospital La Caleta.

1.3.- Planteamiento del problema

El parto pretérmino es uno de los mayores problemas obstétricos ya que principalmente causa la morbilidad y mortalidad perinatal a nivel mundial con una incidencia de aproximadamente del 10 – 11% variando entre las diferentes poblaciones según los factores de riesgo que están presentes. Se estima que al año en el mundo, ocurren cerca de 15 millones de partos pretérmino. Es una complicación obstétrica de etiología multifactorial donde la gestante y el feto son los más perjudicados. Este evento se ha convertido en un problema de salud pública por las complicaciones que conlleva para el recién nacido, puesto que, un recién nacido prematuro tiene un alto riesgo de muerte en sus primeros años de vida y el riesgo de desarrollar serios problemas de salud. (Jaramillo, 2014)

En el Perú los partos pretérmino es la primera causa de mortalidad y morbilidad perinatal, responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50 % de las secuelas neurológicas en los nacidos menores de 32 semanas. (Pacheco, 2014)

También la incidencia de parto pretérmino reportada varía entre el 3,6% -11,8% y es causa importante de muerte y discapacidad neonatal. Pero, cuando sea borbada el grave problema del embarazo en adolescentes, la incidencia de parto pretérmino aumenta significativamente, hasta un 14 – 16%; conjuntamente con las tasas de morbimortalidad infantil y materna. En la región Loreto se ha encontrado una prevalencia de 7.2% y de 7.9%. (Cristobal, 2014)

El trabajo de parto pretérmino puede estar asociado a infecciones, 5% al 10% de las embarazadas presentan infección urinaria durante el embarazo. El 20% de las pielonefritis agudas desencadenan parto pretérmino. El 30% de las bacteriurias asintomáticas se transforma en pielonefritis, por ello se debe avanzar en la prevención de estas complicaciones evitando las patologías más frecuentes que ocasiona un parto pretérmino por eso es de suma importancia conocer los factores asociados para poder actuar de inmediato y dar tratamiento eficaz para sí disminuir las tasas de muertes neonatales y complicaciones obstétricas. (OMS, 2014)

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores se plantea el siguiente problema de investigación:

¿Cuáles son los factores sociodemográficos y obstétricos asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital la Caleta, Chimbote, 2016?

1.4.- Conceptualización y operacionalización de variables

Definición conceptual y operacional de parto pretermino

Según la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), se denomina parto prematuro o de pretérmino al que tiene lugar entre la 20 y 37 semanas de gestación. Las 20 semanas completas de gestación equivalen a fetos con 500 gramos de peso (OMS, 2012).

Factores sociodemográficos

Estudia estadísticamente la estructura y la dinámica de las poblaciones, así como los procesos concretos que determinan su formación, conservación y desaparición. Tales procesos son los de fecundidad, mortalidad y migración: emigración e inmigración (Orlando, 2011).

Edad: Años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento de la realización del trabajo.

Estado civil: Situación conyugal de la gestante durante todo su proceso de embarazo

Grado de instrucción: Nivel de estudios cursados que realizó la gestante en estudio

Procedencia: lugar de donde vive la gestante hasta la actualidad

Ocupación: Generalmente se define en términos de la combinación de trabajo, tareas y funciones desempeñadas

Hábitos nocivos: son aquellas conductas o agentes externos cuya práctica o interacción repetida nos provocan daños a corto o largo plazo o a situarnos en un mayor riesgo de contraer enfermedades graves.

Factores de riesgo obstétricos

El embarazo es considerado tradicionalmente como un evento fisiológico. Sin embargo, debe ser considerado como de excepción, ya que es capaz de producir la muerte permanente, tanto a la madre como al recién nacido.

Las gestantes de riesgo constituyen de 20 a 30 % del total de embarazadas, y son responsables de 70 a 80 % de la mortalidad perinatal.

El éxito de la atención prenatal reside en la identificación temprana de las gestantes con factores de riesgo. Se les dará su valor clínico, y planificará la adecuada atención de éstas, con la finalidad de contribuir a evitar o disminuir en lo posible la muerte materna y perinatal.

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 (García, 2007).

Edad gestacional

La **edad gestacional** se refiere a la edad de un embrión, un feto o un recién nacido desde el primer día de la última regla. Es un sistema estandarizado para cuantificar la progresión del embarazo y comienza aproximadamente dos semanas antes de la fertilización. De por sí, no constituye el comienzo del embarazo, un punto que se mantiene controversial, por lo que se han diseñado sistemas alternos de conteos para dar con el comienzo del embarazo (Enciclopedia Medica, 2007).

Gravidez: Número de veces que una mujer ha estado embarazada.

Paridad: Número de embarazos con un alumbramiento más allá de la semana 20 o con un infante de peso mayor a 500 g.

Periodo intergenésico

Es el tiempo que va desde el nacimiento de un hijo hasta el embarazo siguiente. Se considera embarazo de riesgo medio una gestación conseguida con menos de 12 meses de intervalo del anterior parto.

Amenaza de parto pretérmino

La amenaza de parto pretérmino se define clásicamente como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22.0 hasta las 36.6 semanas de gestación. No obstante, estos parámetros presentan una baja sensibilidad y especificidad para predecir el parto pretérmino. En la mayoría de casos en los que la paciente ingresa con el diagnóstico clásico de amenaza de parto pretérmino, el riesgo real de desencadenarse el parto es muy bajo 20-30% (Barcelona, 2011).

Parto pretérmino

Parto producido antes de las 37 semanas de gestación, entre las 22 semanas y 36, consideradas desde el primer día de la última menstruación.

Aproximadamente 30% del total de embarazos pueden presentar amenaza de parto pre término, pero solo un 8 a 10% culminan en esta eventualidad (Schwarcz, 2005).

Control prenatal

Es uno de los pilares en los que se basa la obstetricia moderna, todas las estadísticas mundiales reportan los beneficios de su práctica rutinaria y la necesidad de establecerlo obligatoriamente motivando o incentivando a las futuras madres para su asistencia a los consultorios prenatales a fin que se beneficien con los progresos de la ciencia obstétrica (Mongrut, 2000).

Aborto

El aborto es la expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto de menos de 500 gramos de peso, que se alcanza a las 22 semanas (OMS, 2016).

Diabetes

Es una afección crónica que se desencadena cuando el organismo pierde su capacidad de producir suficiente insulina o de utilizarla con eficacia. La insulina es una hormona que se fabrica en el páncreas y que permite que la glucosa de los alimentos pase a las células del organismo, en donde se convierte en energía para que funcionen los músculos y los tejidos. Como resultado, una persona con diabetes no absorbe la glucosa adecuadamente, de modo que ésta queda circulando en la sangre (hiperglucemia) y dañando los tejidos con el paso del tiempo. Este deterioro causa complicaciones para la salud potencialmente letales (Federación Internacional de diabetes, 2015).

Hay tres tipos principales de diabetes:

diabetes tipo 1

diabetes tipo 2

diabetes mellitus gestacional (DMG)

Hipertensión Arterial

La presión arterial es una medición de la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea sangre a su cuerpo. Hipertensión es el término que se utiliza para describir la presión arterial alta (Michael, 2015).

- ✓ Una presión arterial normal es cuando la presión arterial es menor a 120/80 mm Hg la mayoría de las veces.
- ✓ Una presión arterial alta (hipertensión) es cuando la presión arterial es de 140/90 mm Hg o mayor la mayoría de las veces.
- ✓ Si los valores de su presión arterial son de 120/80 o más, pero no alcanzan 140/90, esto se denomina prehipertensión.

Tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad causada por *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones. Es curable y prevenible.

La tuberculosis se transmite de persona a persona a través del aire. Cuando un enfermo de tuberculosis pulmonar tose, estornuda o escupe, expulsa bacilos tuberculosos al aire. Basta con que una persona inhale unos pocos bacilos para quedar infectada.

Se calcula que una tercera parte de la población mundial tiene tuberculosis latente; es decir, esas personas están infectadas por el bacilo pero (aún) no han enfermado ni pueden transmitir la infección (OMS, 2015).

VIH/SIDA

VIH: El VIH o Virus de la Inmunodeficiencia Humana es un microorganismo que ataca al Sistema Inmune de las personas, debilitándolo y haciéndoles vulnerables ante una serie de infecciones, algunas de las cuáles pueden poner en peligro la vida.

SIDA: El Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida o sida es el estado de la infección por el VIH caracterizado por bajos niveles de defensas y la aparición de infecciones oportunistas.

ITU

La infección puede afectar a cualquier parte del tracto urinario. Cuando afecta solamente a la parte baja (vejiga y uretra), suele dar síntomas de tipo local (dolor o escozor al orinar) y sin apenas fiebre. Este tipo de ITU no produce daño en los riñones y se suele denominar “cistitis”, “uretritis”, “ITU a febril” o “ITU baja”. Cuando la infección se extiende a la parte más alta del tracto urinario, llegando a los riñones, suele dar fiebre y se denomina “ITU febril”, “pielonefritis aguda (PNA)” o “ITU alta”. En ocasiones, aun estando el paciente totalmente bien y sin ningún síntoma, se encuentran bacterias en la orina. Esta situación se denomina “bacteriuria asintomática”. No es aconsejable el tratamiento de la bacteriuria asintomática, ya que su presencia no supone ningún riesgo o daño para el paciente. Sin embargo, su tratamiento con antibióticos sí que conlleva riesgos para el paciente, como pueden ser las reacciones alérgicas a los medicamentos y el aumento de las resistencias bacterianas. Cuando esto sucede, los antibióticos no son eficaces para eliminar otras infecciones que pueden ser más graves (Guía de salud, 2012).

Vaginosis Bacteriana

Es una infección leve de la vagina. Se desarrolla cuando en la vagina se produce un desequilibrio entre las bacterias "buenas" o colaboradoras y las bacterias "malas" o nocivas, que pueden provocar problemas. La vaginosis **bacteriana** puede causar dolor, picazón y flujo de olor desagradable.

Patologías obstétricas

Preeclampsia

Es definida como el incremento de la presión arterial acompañada de edema, proteinuria o ambas que ocurre después de la 20a semana de gestación. Cualquiera de los siguientes criterios son suficientes para el diagnóstico de Hipertensión (Quintana, 2003).

- ✓ Aumento de la presión sistólica en 30 mmHg o mayor, Aumento de la presión diastólica en 15 mmHg o mayor.
- ✓ TAM (Tensión Arterial Media) mayor a 105 mmHg o incremento de 20 mmHg en 2 determinaciones.

Eclampsia

Enfermedad que afecta a la mujer en el embarazo o el puerperio, que se caracteriza por convulsiones seguidas de un estado de coma; suele ir precedida de otras afecciones como hipertensión arterial, edemas o presencia de proteínas en la orina.

Placenta previa

Es la que se desarrolla en el segmento uterino inferior, en la zona de dilatación, de modo que cierra o cubre la boca uterina interna. El síntoma más común es la hemorragia indolora durante el último trimestre, en particular durante el octavo mes de acuerdo al sitio de implantación y su cercanía al orificio cervical hay tipos de placenta previa (Figueroa, 2013).

- ✓ Placenta previa central: Es la placenta que cubre la boca interna
- ✓ Placenta previa marginal: En la que justamente palpable en el borde de la boca uterina
- ✓ Placenta previa parcial: Aquella que cubre parcialmente la boca interna.

Rotura prematura de membranas

Es la Rotura espontanea de las membranas corioamnióticas producida antes del inicio del trabajo de parto, después de las 22 semanas de gestación.

Corioamnionitis

Definimos corioamnionitis clínica como la inflamación aguda de las membranas placentarias (amnios y corion), de origen infeccioso que se acompaña de la infección del contenido amniótico, esto es, feto, cordón y líquido amniótico (Barcelona, 2012).

Malformaciones fetales

Son alteraciones anatómicas que ocurren en la etapa intrauterina y que pueden ser alteraciones de órganos, extremidades o sistemas, debido a factores medioambientales, genéticos, deficiencias en la captación de nutrientes, o bien consumo de sustancias nocivas.

Restricción del crecimiento intrauterino RCIU

Es un término médico que describe el retraso del crecimiento del feto, haciendo que su peso esté por debajo del percentil 10 esperado para la respectiva edad gestacional. Puede ser causa por mal nutrición materna y fetal, y/o enfermedades patológicas referidas a la sangre como anemia, hiperplaquetosis, trombosis. etc. Intoxicación con nocivos genéticos, tóxicos o infecciosas o por cualquier factor que cause supresión del desarrollo del feto. No todos los fetos con bajo peso tienen una restricción anormal o patológica en su desarrollo, algunos recién nacidos con retraso en su desarrollo tienen un tamaño genéticamente predeterminado normal (Ponce, 2013).

Oligoamnios

Es un término médico que significa poco líquido amniótico. Afecta a menos del 10% de los embarazos, y aunque es más común que se desarrolle en el primer trimestre, puede aparecer en cualquier momento del embarazo.

Operacionalmente esta variable se medirá en 2 categorías

- ✓ **Si:** si hay presencia del factor
- ✓ **No:** no hay presencia del factor

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	OPERACIONALIZACIÓN
Factores sociodemográficos	Son aquellos que pueden explicarnos la aparición del parto pretérmino, y si bien no siempre se observan durante el embarazo, son causas de éste.	Edad	Adolescente (10– 19) Adulta (20 -34) Añosa (>35)
		Grado de Instrucción	1. Primaria 2. Secundaria 3. Superior 4.Sin instrucción
		Estado civil	1. Soltera 2. Casada 3. Conviviente
		Lugar de Procedencia	1. Urbano 2. Urbano marginal 3. Rural
		Hábitos Nocivos	1. Tabaco 2. Café 3. Alcohol 4. Drogas 5.Ninguno
		Enfermedades sistémicas previas	1. Ninguno 2. Diabetes 3. Hipertensión Arterial 4. Tuberculosis 5. VIH/SIDA 6. Otros
Factores Obstétricos	Son características circunstancia detectable en un individuo que se asocia o incrementa la probabilidad de que ocurra un daño en la salud o especialmente en esta patología.	Gravidez	1.Primigesta 2.Segundigesta 3.Multípara 4.Gran Multigesta
		Paridad	1.Nulípara 2.Primípara 3.Multípara 4.Gran Multípara
		Antecedentes de aborto y parto pretérmino	1. Aborto 2. Parto pretérmino
		Atención prenatal	Ninguno Menor > de 6 CP Mayor o = de 6 CP
		Factores maternos infecciosos	1. Presento 2. No presente
		patologías obstétricas	1.Preeclampsia – Eclampsia 2.Placenta previa 3.RPM - Corioamnionitis 4.Malformaciones fetales 5.RCIU 6.Oligoamnios

1.5.- Hipótesis

En base a lo expuesto, se plantea la siguiente hipótesis: Creemos que el factor sociodemográficos es la edad y el factor obstétrico es la paridad e infecciones urinarias se asocian con el desencadenante al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el hospital la caleta 2016.

1.6.- Objetivos

Objetivo general:

Determinar los Factores sociodemográficos y obstétricos asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital la Caleta, Chimbote, 2016

Objetivos específicos:

1. Caracterizar a la población en estudio, según factores sociodemográficos, obstétricos y parto pretérmino.
2. Determinar los factores sociodemográficos asociados a parto pretermino
3. Determinar los factores obstétricos asociados a parto pretérmino.

II.- METODOLOGÍA

Tipo de investigación

El presente estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal.

Tipo de diseño

El presente estudio fue no experimental retrospectivo

Población

La población objeto de estudio estuvo conformada por todas las gestantes atendidas en el hospital La Caleta en el periodo comprendido entre enero y diciembre del año 2016, fueron 100 gestantes, conformadas por 50 gestantes que tuvieron parto pretermino y 50 que no tuvieron parto pretérmino.

Fuentes de información.

La técnica de recolección de la información que se empleó fue de análisis de documentos, a través del análisis del libro de partos del departamento de Ginecobstetricia del Hospital la Caleta de Chimbote, además de la revisión de las historias clínicas de los pacientes donde figuran los datos que se requirieron para la investigación.

Instrumento y estadística utilizada.

La información de cada gestante fue captada en una ficha de recolección de datos disponible para tal investigación (Anexo 1) y la fuente de datos fueron las historias clínicas

Procesamiento de recolección de datos

Los datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS 21, para estadística descriptiva, y se presentan en Tablas y respectivos gráficos. El análisis es descriptivo y se utilizó la distribución de frecuencias y porcentajes. Para determinar la asociación de variables se utilizó la prueba de independencia de criterios o Chi cuadrado de Pearson.

III.- RESULTADOS

TABLA 1: Características sociodemográfica y obstétrica de gestantes atendidas en el Hospital la caleta Chimbote, 2016.

Características	F	Total	%
Edad			
10 – 19 años	16		16,0
20 – 34 años	76		76,0
Mayor < 35 años	08		8,0
Total	100		100,0
Procedencia			
Urbana	80		80,0
Rural	19		19,0
Urbano Marginal	01		1,0
Total	100		100,0
Grado de Instrucción			
Primaria Completa	05		5,0
Secundaria Incompleta	30		30,0
Secundaria Completa	59		59,0
Superior	06		6,0
Total	100		100,0
Estado civil			
Casada	10		10,0
Soltera	15		15,0
Conviviente	75		75,0
Total	100		100,0
Ocupación			
Ama de casa	65		65,0
Estudiante	19		19,0
Trabajo independiente	16		16,0
Total	100		100,0
Parto pretérmino			
Si	50		50,0
No	50		50,0
Total	100		100,0
Edad Gestacional			
34 a 36 semanas	30		30,0
30 a 33 semanas	17		17,0
26 a 29 semanas	03		3,0
Atermino	50		50,0
Total	100		100,0
Gravidez			
Primigesta	37		37,0
Segundigesta	22		22,0
Múltipara	38		38,0
Gran Multigesta	03		3,0
Total	100		100,0

Paridad		
Nulípara	42	42,0
Primípara	23	23,0
Multípara	34	34,0
Gran Multípara	01	1,0
Total	100	100,0
Periodo Intergenésico < 2 años		
Si	29	29,0
No	71	71,0
Total	100	100,0
Antecedentes de amenaza y/o parto pretérmino		
Si	02	2,0
No	98	98,0
Total	100	100,0
Numero de control prenatal Ninguno		
Mal controlada < 6 CP	03	3,0
Controlada > 6 CP	27	27,0
Total	70	70,0
	100	100,0
Antecedentes de Aborto		
Si	20	20,0
No	80	80,0
Total	100	100,0
Antecedentes de Cesárea Previa		
Si	07	7,0
No	93	93,0
Total	100	100,0
Embarazo Actual Múltiple		
Si	04	4,0
No	96	96,0
Total	100	100,0
Hábitos Nocivos		
Café	01	1,0
Alcohol	01	1,0
Drogas	98	98,0
Ninguno	100	100,0
Total		
Enfermedades Sistémicas Previas		
Hipertensión Arterial	01	1,0
Otro	05	5,0
Ninguno	94	94,0
Total	100	100,0
Factores Infecciosos		
ITU	22	22,0
Vaginosis bacteriana	04	4,0
Ninguno	74	74,0
Total	100	100,0

Enfermedades obstétricas asociadas		
Preeclampsia- Eclampsia	25	25,0
Placenta previa	04	4,0
RPM- Corioamnionitis	23	23,0
Malformaciones fetales	01	1,0
Oligoamnios	03	3,0
Ninguno	44	44,0
Total	100	100,0
Parto		
Distócico	43	43,0
Eutócico	57	57,0
Total	100	100,0

Fuente: Historia clínica de las gestantes

En la presente tabla podemos observar que la edad predominante de las gestantes es de 20 – 34 años (76%). En relación a la procedencia el mayor porcentaje corresponde a urbano (80%), grado de instrucción secundaria completa (59%). Respecto al estado civil encontramos que en (75%) son convivientes, en relación a la ocupación la mayoría son amas de casa (65%). Respecto a la edad gestacional más frecuente de parto pretérmino fue de 34 a 36 semanas (30%). De gravidez primigestas (37%) y paridad nulíparas (42%). Referente al periodo intergenésio se encontró que el (71%) de gestantes tuvieron un periodo intergenésio > 2 años. Asimismo el (98%) no tuvieron amenaza o/y parto pretérmino. El mayor porcentaje de controles prenatales reflejan que el (70%) de gestantes fueron controladas. Respecto a la amenaza de aborto se encontró que el (80%) de gestantes no tuvieron abortos anteriores, cesáreas previas (93%) embarazo múltiple actual (96%). El (98%) de gestantes no tienen hábitos nocivos, y enfermedades previas sistémicas (94%). El mayor porcentaje de gestantes no tienen ningún factor infeccioso (74%). En relación a enfermedades obstétricas podemos observar que el (44%) no tuvieron ninguna patología y el mayor porcentaje de gestantes presentaron partos eutócicos (57%).

Tabla 02: Distribución de gestantes con parto pretérmino según edad. Hospital la Caleta 2016.

Edad de la gestante	Parto pretérmino			
	Si		No	
	f	%	f	%
10 años a 19 años	09	18	07	14
20 años a 34 años	37	74	39	78
Mayor de 35	04	8	04	8
Total	50	100	50	100

Fuente: Historias clínicas de la gestante

$$X^2 = 0,303 \quad p=0.860 \quad p>0.05$$

El mayor porcentaje de partos pretérmino se observó en los grupos etarios de 20 a 34 (74 % de casos) mientras que el grupo 10 a 19 años (18 %) y el grupo mayor de 35 años tienen un porcentaje menor (8 %). Después de aplicar la prueba Chi-cuadrado podemos decir que la edad de las gestantes no es un factor que está asociado significativamente ($p>0.05$) al parto pretérmino.

Tabla 3: Distribución de gestantes con parto pretérmino según procedencia. Hospital La Caleta 2016.

Procedencia	Parto pretérmino			
	Si		No	
	f	%	f	%
Urbano	43	86	37	74
Rural	07	14	12	24
Urbano Marginal	0	0	01	2
Total	50	100	50	100

Fuente: Historias clínicas de la gestante

$$X^2 = 2.766 \quad p=0.251 \quad p>0.05$$

El mayor porcentaje de partos pretérmino corresponde a la procedencia urbano (86%) y rural (14%) y el menor porcentaje fue zona urbano marginal (0,0). Después de aplicar la prueba Chi-cuadrado decimos que el lugar de procedencia no es un factor que está asociado significativamente ($p>0.05$) al parto pretérmino.

Tabla 04: Distribución de gestantes con parto pretérmino según grado de instrucción. Hospital La Caleta 2016.

Grado de instrucción	Parto pretérmino			
	Si		No	
	f	%	f	%
Primaria completa	5	10	0	0
Secundaria incompleta	15	30	15	30
Secundaria Completa	28	56	31	62
Superior	02	4	04	8
Total	50	100	50	100

Fuente: Historias clínicas de la gestante

$$X^2 = 5.819 \quad p=0.121 \quad p>0.05$$

El mayor porcentaje de partos pretérmino se registró en gestantes con secundaria completa (56%) secundaria incompleta, primaria completa en (30% y 10%) y en menor porcentaje se observó gestantes con estudios superiores (4%). La prueba Chi-cuadrado, podemos decir que el grado de instrucción de las gestantes que tuvieron parto pretérmino no es un factor que está asociado significativamente ($p>0.05$) al parto pretérmino.

Tabla 05: Distribución de gestantes con parto pretérmino según estado civil. Hospital La Caleta 2016

Estado civil	Parto pretérmino			
	Si		No	
	f	%	f	%
Casada	05	10	05	10
Soltera	05	10	10	20
Conviviente	40	80	35	70
Total	50	100	50	100

Fuente: Historias clínicas de la gestante

$$X^2 = 2.000 \quad p=0.368 \quad p>0.05$$

Se observa que el mayor porcentaje de partos pretérmino corresponde a gestantes convivientes (80%) y en un porcentaje menor casadas y solteras (10%). Después de aplicar la prueba Chi-cuadrado, podemos decir que el estado civil de las gestantes que tuvieron parto pretermino no es un factor que está asociado significativamente ($p>0.05$) al parto pretérmino.

Tabla 6: Ocupación de los grupos de gestantes que fueron atendidas en el Hospital la caleta Chimbote, 2016.

Ocupación	Parto pretérmino			
	Si		No	
	f	%	f	%
Ama de casa	39	78	26	52
Estudiante	08	16	11	22
Trabajo Independiente	03	6	13	26
Total	50	100	50	100

Fuente: Historias clínicas de la gestante

$$X^2 = 9.324 \quad p=0.009 \quad p<0.05$$

El mayor porcentaje de parto pretermino se observa en gestantes amas de casa (78%), y estudiantes (16 %) y en el menor porcentaje corresponde a trabajos independientes (6%). Al aplicar la prueba Chi- cuadrado, podemos decir que el tipo de ocupación de las gestantes que tuvieron parto pretérmino es un factor que está asociado de manera altamente significativa ($p<0.05$) al parto pretérmino.

Tabla 07: Distribución de gestantes con parto pretérmino según gravidez. Hospital La Caleta 2016

Gravidez	Parto Pretérmino			
	Si		No	
	f	%	f	%
Primigesta	20	40	17	34
Segundigesta	10	20	12	24
Múltipara	20	40	18	36
Gran Multigesta	00	0	03	6
Total	50	100	50	100

Fuente: Historias clínicas de la gestante

$$X^2 = 3.530 \quad p=0.317 \quad p>0.05$$

Se observa que el mayor porcentaje de las gestantes con parto pretermino son primigestas y múltipara (40%) en comparación a segundigestas que presentaron solo el (20%). Después de aplicar la prueba Chi-cuadrado, podemos decir que la gravidez de las gestantes que tuvieron parto pretérmino no es un factor que está asociado significativamente ($p>0.05$) al parto pretérmino.

Tabla 08: Distribución de gestantes con parto pretérmino según paridad. Hospital La Caleta 2016

Paridad	Parto Pretérmino			
	Si		No	
	f	%	f	%
Nulípara	23	46	19	38
Primípara	09	18	14	28
Multípara	18	36	16	32
Gran Multípara	00	0	01	2
Total	50	100	50	100

Fuente: Historias clínicas de la gestante

$$X^2 = 2.586 \quad p=0.460 \quad p>0.05$$

Se observa que el mayor porcentaje de las gestantes con parto pretermino son nulípara (46%) y multípara corresponde a (36%) y en menor porcentaje se registra en primíparas (18%). Después de aplicar la prueba Chi-cuadrado, podemos decir que la paridad de las gestantes que tuvieron parto pretérmino no es un factor que está asociado significativamente ($p>0.05$) al parto pretérmino.

Tabla 09: Distribución de gestantes con parto pretérmino según antecedentes de amenaza y/o parto pretérmino. Hospital La Caleta 2016

Antecedentes de amenaza y/o parto pretermino	Parto Pretérmino			
	Si		No	
	f	%	f	%
SI	02	4	0	0
NO	48	96	50	100
Total	50	100	50	100

Fuente: Historias clínicas de la gestante

$$X^2 = 2.041 \quad p=0.153 \quad p>0.05$$

Las gestantes que no tuvieron antecedentes de amenaza de aborto y/o parto pretérmino se concentran (96%) a comparación de las que sí tuvieron (4%). Después de aplicar la prueba Chi-cuadrado, podemos decir que los antecedentes de amenaza y/o parto pretermino de las gestantes que tuvieron parto pretérmino no es un factor que está asociado significativamente ($p>0.05$) al parto pretérmino.

Tabla 10: Distribución de gestantes con parto pretérmino según periodo intergenesico < 2 años. Hospital La Caleta 2016.

Periodo intergenesico < 2 años	Parto pretérmino			
	Si		No	
	f	%	F	%
SI	14	28	15	30
NO	36	72	49,3	98,6
Total	50	100	50	100

Fuente: Historias clínicas de la gestante

$$X^2 = 0,049 \quad p = 0,826 \quad p > 0,05$$

Se observa que el mayor porcentaje de las gestantes con parto pretérmino no tuvieron periodo intergenésico < 2 años se concentran (72%) a diferencia de las que sí tuvieron corresponde a (28%). Después de aplicar la prueba Chi-cuadrado, podemos decir que con respecto al periodo intergenesico < 2 años de las gestantes que tuvieron parto pretérmino no es un factor que está asociado significativamente ($p > 0,05$) al parto pretérmino.

Tabla 11: Distribución de gestantes con parto pretérmino según antecedentes de aborto. Hospital La Caleta 2016.

Antecedentes de aborto	Parto pretérmino			
	Si		No	
	f	%	f	%
SI	13	26	07	14
NO	37	74	43	86
Total	50	100	50	100

Fuente: Historias clínicas de la gestante

$$X^2 = 2,250 \quad p = 0,134 \quad p > 0,05$$

Se observa que el mayor porcentaje de las gestantes con parto pretermino no presentaron antecedentes de aborto (74%) y en gestantes que si presentaron corresponde (26%). Después de aplicar la prueba Chi-cuadrado, podemos observar que los antecedentes de aborto de las gestantes que tuvieron parto pretérmino no es un factor que está asociado significativamente ($p > 0,05$) al parto pretérmino.

Tabla 12: Distribución de gestantes con parto pretérmino según antecedentes de cesárea anterior. Hospital La Caleta 2016.

Antecedentes de cesárea anterior	Parto pretérmino			
	Si		No	
	f	%	F	%
SI	04	8	03	6
NO	03	6	47	94
Total	50	100	50	100

Fuente: Historias clínicas de la gestante

$$X^2 = 0,154 \quad p = 0.695 \quad p > 0.05$$

Se observa que el mayor porcentaje de las gestantes con parto pretermino si presentaron antecedentes de cesárea anterior (8%) y con respecto a las que no presentaron antecedentes de cesárea anterior (6%). Después de aplicar la prueba Chi-cuadrado, podemos encontrar que los antecedentes de cesárea anterior de las gestantes que presentaron parto pretérmino no es un factor que está asociado significativamente ($p > 0.05$) al parto pretérmino.

Tabla 13: Distribución de gestantes con parto pretérmino según embarazo actual múltiple. Hospital La Caleta 2016.

Embarazo Actual Múltiple	Parto pretérmino			
	Si		No	
	f	%	F	%
SI	04	8	00	0
NO	46	92	50	100
Total	50	100	50	100

Fuente: Historias clínicas de la gestante

$$X^2 = 4,167 \quad p = 0.041 \quad p > 0.05$$

Las gestantes con parto pretérmino con mayor porcentaje no tuvieron embarazo múltiple actual (92%) en comparación a las que sí tuvieron embarazo múltiple actualmente (8%). Después de aplicar la prueba Chi-cuadrado, podemos observar que si se presentó embarazo actual múltiple en gestantes que tuvieron parto pretérmino no es un factor que está asociado significativamente ($p > 0.05$) al parto pretérmino.

Tabla 14: Distribución de gestantes con parto pretérmino según número de control prenatal. Hospital la caleta Chimbote, 2016.

Número de control prenatal	Parto pretérmino			
	Si		No	
	f	%	f	%
Ninguno	3	6	0	0
Menor de 6 CP	20	40	07	14
Mayor, Igual de 6 CP	27	54	43	86
Total	50	100	50	100

Fuente: Historias clínicas de la gestante

$$X^2 = 12.916 \quad p=0.002 \quad p<0.05$$

El mayor porcentaje de parto pretérmino se dio en aquellas gestantes cuyo número de controles prenatales que fue mayor o igual de 6 controles prenatales (54%) y de menor porcentaje fue menor de 6 controles prenatales (40%). Se aplicó la prueba de Chi-cuadrado donde podemos decir que el número de controles prenatales de las gestantes que tuvieron parto pretérmino es un factor que está asociado de manera altamente significativa ($p<0.05$) al parto pretermino.

Tabla 15: Distribución de gestantes con parto pretérmino según enfermedades sistémicas previas. Hospital La Caleta 2016.

Enfermedades sistémicas Previas	Parto pretérmino			
	Si		No	
	f	%	f	%
Hipertensión Arterial	01	2	00	0
Otro	02	4	03	6
Ninguno	47	94	47	94
Total	50	100	50	100

Fuente: Historias clínicas de la gestante

$$X^2 = 1.200 \quad p=0.549 \quad p>0.05$$

El mayor porcentaje de parto pretérmino se dio en que no presentaron ninguna enfermedad sistémica previas (94%) y en menor porcentaje fueron hipertensión arterial y otras enfermedades (4%). Después de aplicar la prueba Chi-cuadrado, podemos observar que las enfermedades sistémicas previas de las gestantes que tuvieron parto pretérmino no es un factor que está asociado significativamente ($p>0.05$) al parto pretérmino.

Tabla 16: Distribución de gestantes con parto pretérmino según factores infecciosos. Hospital La Caleta 2016

Factores infecciosos	Parto pretérmino			
	Si		No	
	f	%	f	%
SI	17	34	33	66
NO	09	18	41	82
Total	50	100	50	100

Fuente: Historias clínicas de la gestante

$$X^2 = 3.326 \quad p=0.068 \quad p>0.05$$

El mayor porcentaje de parto pretérmino se observa en pacientes que tuvieron factores infecciosos (34%), mientras que en un porcentaje menor fueron las que no tuvieron ninguna infección (18%). Después de aplicar la prueba Chi-cuadrado, podemos ver que los factores infecciosos maternos de las gestantes que tuvieron parto pretérmino no es un factor que está asociado significativamente ($p>0.05$) al parto pretérmino.

Tabla 17: Distribución de gestantes con parto pretérmino según patologías obstétricas. Hospital La Caleta 2016

Enfermedades obstétricas asociadas	Parto pretermino			
	Si		No	
	f	%	f	%
Preeclampsia _Eclampsia	19	38	06	12
Placenta previa	04	8	00	0
RPM-Corioamnionitis	18	36	05	10
Malformaciones fetales	01	2	00	0
Oligoamnios	02	4	01	2
Ninguno	06	12	38	76
Total	50	100	50	100

Patologías Obstétricas	Parto pretérmino			
	Si		No	
	f	%	f	%
SI	44	88	12	24
NO	06	12	38	76
Total	50	100	50	100

Fuente: Historias clínicas de la gestante

$$X^2 = 41,558 \quad p=0.000 \quad p<0.01$$

El mayor porcentaje de parto pretérmino se presentaron en gestantes que tuvieron alguna patología obstétrica (88%), en cambio se registró un porcentaje menor en gestantes aquellas que no tuvieron ninguna patología obstétrica (12%). Después de aplicar la prueba Chi-cuadrado, podemos ver que las patologías obstétricas de las gestantes que tuvieron parto pretérmino es un factor que está asociado de manera altamente significativamente ($p<0.01$) al parto pretérmino.

Tabla 18: Distribución de partos en gestantes. Hospital La Caleta 2016

Parto	Parto pretérmino			
	Si		No	
	f	%	f	%
Distócico	33	66	10	20
Eutócico	17	34	40	80
Total	50	100	50	100

Fuente: Historias clínicas de la gestante

$$X^2 = 21,583 \quad p=0.000 \quad p<0.05$$

El mayor porcentaje de parto pretérmino fueron distócico (66%) y en un porcentaje menor se dieron los partos eutócicos (34%). Después de aplicar la prueba Chi-cuadrado, podemos ver que debido a las patologías obstétricas el parto distócico tiene relación con el parto pretermino.

IV.- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Se encuentra que la edad predominante de las gestantes es de 20 – 34 años (76%). En relación a la procedencia el mayor porcentaje corresponde a urbano (80%), grado de instrucción secundaria completa (59%). Respecto al estado civil encontramos que el (75%) son convivientes, en relación a la ocupación la mayoría son amas de casa (65%). Respecto a la edad gestacional más frecuente de parto pretermino fue de 34 a 36 semanas (30%). Gravidéz son primigestas (37%) y paridad son nulíparas (42%). Respecto al periodo intergenésio < 2 años se encontró que el (71%) de gestantes no tuvieron periodo intergenésio corto. Se evidencia que (98%) no tuvieron amenaza o/y parto pretermino. El mayor porcentaje de controles prenatales reflejan que el (70%) de gestantes fueron controladas. Respecto a la amenaza de aborto se encontró (80%) de gestantes no tuvieron abortos anteriores, cesáreas previas (93%), embarazo múltiple actual se evidencia que no se encontró (96%). Se evidencia que (98%) de gestantes no tienen hábitos nocivos, y enfermedades previas sistémicas no se presentaron en las gestantes (94%). El mayor porcentaje de gestantes no tienen ningún factor infeccioso (74%). En relación a enfermedades obstétricas podemos observar (44%) no tuvieron ninguna patología. Se encontró que el mayor porcentaje de gestantes presentaron partos eutócicos (57%).

A continuación se presenta el análisis e interpretación de los resultados obtenidos, los cuales serán descritos en relación a los objetivos propuestos, presentando primero el grupo etáreo de las gestantes, antecedentes sociodemográficos, obstétricos y patologías asociadas.

Con respecto a los factores sociodemográficos las gestantes se caracterizan por corresponder el mayor porcentaje (78%) al grupo etáreo de 20 a 34 años de partos a término y (74%) corresponde a partos pretérmino. Este mismo grupo etáreo de mayor prevalencia coincide con trabajos realizados por Gullen (Perú, 2014) la edad de los casos siendo la mínima de 15 años y la máxima de 40 años, la edad media fue entre 28 años en un (40%). Nuestro estudio concluye que el grupo más frecuente está conformado por las gestantes de 20 a 34 años. Sin embargo no es un factor que este asociado significativa ($p > 0.05$) al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital La Caleta Chimbote, 2016.

El mayor porcentaje de parto pretérmino se observa en gestantes amas de casa (78%), mientras que en estudiantes (16%) y de menor porcentaje es de trabajos independientes (6%). Al aplicar la prueba Chi-cuadrado, podemos decir que el tipo de ocupación de las gestantes que fueron atendidas en el hospital la caleta Chimbote es un factor que está asociado de manera altamente significativa ($p < 0.05$) al parto pretérmino la literatura nos habla de que la ocupación debido a los tipos de trabajos que se realiza en la casa puede causar esta dicha patología en un mayor porcentaje.

Con respecto a los factores obstétricos asociados tenemos el número de controles prenatales en nuestro estudio se concentra en un mayor porcentaje fue mayor o igual de 6 controles prenatales (54%) de gestantes que tuvieron parto pretérmino en comparación de menor de 6 controles prenatales que registra menor porcentaje (40%). El número de controles prenatales de las gestantes atendidas en el Hospital La Caleta Chimbote es un factor que está asociado de manera altamente significativa ($p < 0.05$) al parto pretérmino. Datos similares realizados en Tacna por Quispe (2006) dado que el factor está asociado al parto pretérmino significativamente el tener solo de 1 a 3 controles prenatales. Además en otra investigación realiza por Pastrana (2006) en Colombia, se encontró los mismos resultados que el número de controles prenatales es un predictor importante con respecto a esta patología. Los factores de riesgo encontrados tienen relación con los analizados en otros estudios, lo cual muestra que en dichos factores hay significancia y por esto hay que tener en cuenta su detección temprana y su prevención. En relación con el riesgo del parto pretérmino, se demuestra la relevancia de los controles prenatales.

Dentro de las patologías más frecuentes en las pacientes que tuvieron parto pretérmino se halló: oligoamnios, malformaciones congénitas en un porcentaje mínimo a comparación de las otras patologías que son las desencadenantes del parto pretérmino y son preeclampsia – eclampsia (38%), rotura prematura de membranas - corioamnionitis (36%) y placenta previa. Las patologías obstétricas de las gestantes atendidas en el Hospital La Caleta Chimbote son factores que están asociados de manera significativa ($p < 0.01$) al parto pretérmino. Se encontró datos similares a los hallados por Quispe (2006) en su estudio Los factores asociados al parto

pretérmino con diferencia significativa ($p \leq 0.05$) fueron la ruptura prematura de membranas (O.R.:7.29, retardo del crecimiento Intrauterino (O.R.:10.97), preeclampsia severa. Asimismo en un estudio realizado en un Hospital de San Borja Arriarán en Chile sobre factores asociados al parto prematuro llegaron a la conclusión que la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatal en todo el mundo especialmente en los nacimientos menores de 34 semanas son los nacimientos espontáneos entre 22 y 34 fue el (69 %) .Se asoció con más de la mitad de los nacimientos prematuros espontáneos, con el 71% de los casos con RPM y con el 52% de los partos menores de 30 semanas. Se manifestó clínicamente como infecciones vaginales, placenta previa con sangrado vaginal (Ovalle, 2012).

El mayor porcentaje de parto pretérmino se observó que debido a las patologías obstétricas más comunes de las gestantes terminaron en un parto distócico (66%) y en un porcentaje menor los partos eutócicos (34%).teniendo en cuenta que a mayor patologías obstétricas que conllevan a una mortalidad materna y neonatal la tasa de partos distócicos ha ido aumentando notablemente. es por ello que se puede decir debido a las patologías obstétricas el parto distócico tiene relación con el parto pretérmino.

V.- CONCLUSIONES

El grupo de estudio fue de 100 historias clínicas de enero a diciembre del 2016, en los cuales se estudió los factores sociodemográficos y obstétricos asociados para el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital la Caleta, en las cuales se llegó a determinarse los principales factores que desencadenan el Parto Pretérmino, del análisis de los resultados las conclusiones son las siguientes

1. De los factores sociodemográficos estudiados únicamente se encuentra asociados con el parto pretérmino significativamente la ocupación de las gestantes que son amas de casa (78%).
2. De los factores obstétricos y patologías estudiados se encontró asociados significativamente con el parto pretérmino, gestantes que tuvieron menor de 6 controles prenatales (40%), Preeclampsia - Eclampsia (38%), RPM- Corioamnionitis (36%) y placenta previa.
3. Los principales factores de riesgo asociados a parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital La Caleta, Chimbote, son menor de 6 controles prenatales, enfermedades obstétricas: preeclampsia - eclampsia, rotura prematura de membranas – corioamnionitis, placenta previa y la ocupación que es ama de casa.

VI.- RECOMENDACIONES

Realizar un adecuado control prenatal donde se brinda y se de la información necesaria sobre la importancia del control prenatal, referente a las patologías más comunes que pueden a ver y ayudar a prevenir y diagnosticar a tiempo y oportunamente algún problema obstétrico y de esa manera ayudar a el manejo oportuno y disminuir la tasa de morbimortalidad materna y neonatal.

Reforzar los programas educativos que se brinda a las gestantes, con la finalidad de que cada usuaria esté informada de los riesgos que conlleva cada problema obstétrico.

En tanto al personal de salud, es importante identificar los posibles riesgos y evaluar la condición de cada gestante, concientizar y poner énfasis en la orientación y consejería a cada usuario.

Continuar con este tipo de investigaciones para disminuir la prevalencia de los riesgos de parto pretérmino.

BIBLIOGRAFIA

- Barcelona. (2011). *amenaza de parto pretermino . protocolo medico*, https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/amenaza_de_parto_pretermino_hcp_hsjd.pdf.
- Barcelona. (2012). *Corioamnionitis. Clínica*, https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/.
- Cristobal, G. (2014). *Factores maternos asociados a parto pretermino y hallazgos en el neonato en el Hospital Regional de Loreto . Loreto*.
- David. (2015). *riesgos del parto pretermino en gestantes adolescentes en el hospital regional. Medicina humana*, <http://www2.unprg.edu.pe/facultad/imagenes/MH/tes11.pdf>.
- enciclopedia medica en español. (2007). Medline plus*, https://es.wikipedia.org/wiki/Edad_gestacional.
- Garcia. (2007). *ginecologia y obstetricia. cuba: departamento de publicaciones electrónicas*.
- Gullen. (2014). *Factores maternos asociados al parto pretermino en el hospital nacional alberto sabogal sologuren. lima:* <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/1291>.
- internacional, f. (2015). todo sobre diabetes. federacion internacional de diabetes*, <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/que-es-la-diabetes>.
- Jaramillo, J. P. (2014). *factores asociados con parto pretermino en el tercer nivel de atención en salud .* <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034->.
- Malagón, A. v. (2004). *Factores de riesgo maternos asociados al parto pretermino en el Hospital General Regional 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Querétaro. Revista medica del IMSS*, <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im054i.pdf>.
- Michael. (2015). *salud. Biblioteca de salud*, <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000468.htm>.

- OMS. (2012). *guías nacionales sobre el parto pretermino. guías nacionales de parto pretermino segun la federación internacional de obstetricia y ginecologia y la organización mundial de la salud* , http://www.saludpereira.gov.co/documentos/guias_med_2012/Hosp_2012/PARTO_PRET.pdf.
- OMS. (2014). *Parto Pretermino*. <http://www.humn.fcm.unc.edu.ar/files/Parto-prematuro-1.pdf>.
- OMS. (2015). *tuberculosis. Organización mundia de la salud* , <http://www.who.int/features/qa/08/es/>.
- OMS. (2016). *interrupción del embarazo. Medicina y información*, <http://www.abortoinformacionmedica.es/2009/03/28/definicion-de-ive-interrupcion-voluntaria-del-embarazo/>.
- Orlando. (2011). *Asoectos sociodemograficos. Diccionario de leyes*, <http://espanol.thelawdictionary.org/factores-demograficos/>.
- Ovalle, k. y. (2012). *factores asociado con el parto pretermino entre 22 y 34 semanas en el hospital de san borja arriarán ENTRE 22 Y 34 SEMANAS. Revista medica de chile*, http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012000100003&script=sci_arttext.
- Pacheco, K. S. (2014). *factores de riesgo asociados a parto pretermino del Hospital Belen de Trujillo*. <http://dspace.unitru.edu.pe/xmlui/handle/UNITRU/1052>.
- Pastrana, M. d. (2006). *Factores de riesgo ´para el parto pretermino . Revista de medicina* , <http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/1321>.
- Quintana. (2003). *preeclamsi. Catédra de medicina*, <http://med.unne.edu.ar/revista/revista133/preeclam.PDF>.
- Quispe, L. v. (2006). *Factores maternos asociados al parto pretermino en el hospital hipolito unánue. tacna*: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/1291>.
- Rivas, C. y. (2008). *Parto pretermino en adolescentes. Revista obstetrica y ginecologica*, https://www.researchgate.net/profile/Harold_Guevara_Rivas/publication/262551626_Parto_pretermino_en_adolescentes/links/0046353c1e4171276d000000.pdf.

Rojas, R. D. (2013). *Factores de riesgos asociados a parto pretermino. Faculta de Medicina*,
<http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/537/1/TESIS%20FINAL%2011%20MARZO%202015%2002.pdf>.

salud, g. d. (2015). *Infección del tracto urinario. Guia de salud*,
http://www.guiasalud.es/egpc/ITU/pacientes/02_que_es_itu.html.

Salud, M. d. (2015). *Programa nacional salud de la mujer. Guia Perinatal*,
<http://cedipcloud.wixsite.com/minsal-2015/parto-prematuro>.

salud, S. e. (2013). *Factores socioeconomicos y asociados al parto pretermino. España:*
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911101715117>.

schwarcz. (2005). *obstrecia tomo I. 6ta edición obstetricia*.

ANEXOS

VII.- ANEXOS Y APÉNDICE

ANEXOS N° 1 **FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**
UNIVERSIDAD SAN PEDRO. FACULTAD
CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA
PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Investigación: Factores sociodemográficos y obstétricos asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital la Caleta, Chimbote, 2016.

Datos generales de la gestante:

1.- Edad Materna:.....

2.- Parto pretérmino: Si () No ()

3.- Procedencia: Urbana () Rural () urbano marginal ()

4.- estado civil: Casada () Soltera () Conviviente ()

5.- Grado de instrucción

a) Primaria Incompleta ()

b) Primaria completa ()

c) Secundaria incompleta ()

d) Secundaria completa ()

e) Superior ()

f) Sin instrucción ()

6 Ocupación

1. Ama de casa ()

2. Estudiante ()

3. Trabajo independiente (Comerciante, empleada, etc) ()

ANTECEDENTES MATERNOS

Edad gestacional (semanas).....

Gestación:.....

1. Primigesta ()

2. Multípara ()

3. Gran Multigesta ()

Paridad:.....

1. Nulípara 4. Gran multípara

2. Primípara

3. Multípara

Periodo intergenésico < 2 años

Si () No ()

Antecedentes de amenaza y/o parto pretermito

Si () No ()

Control prenatal:

Si () No () Número de controles:

Antecedentes de aborto

Si () No ()

Antecedente de cesárea previa

Si () No () cuantas.....

Embarazo actual múltiple

Si () No ()

Hábitos nocivos

- a) Tabaco ()
- b) Café ()
- c) Alcohol ()
- d) Drogas ()
- e) Ninguno ()

Enfermedades sistémicas previas

- 1. Ninguno ()
- 2. Diabetes ()
- 3. Hipertensión Arterial ()
- 4. Tuberculosis ()
- 5. VIH/SIDA ()
- 6. Otros ()
- 7. Ninguno ()

Factores maternos infecciosos:

- 1. ITU ()
- 2. Vaginosis bacteria ()
- 3. Pielonefritis ()
- 4. Ninguno ()

Enfermedades Obstétricas Asociadas

- 1. Preeclampsia ()
- 2. Eclampsia ()
- 3. Diabetes gestacional ()
- 4. Placenta previa ()
- 5. DPP ()
- 6. RPM ()
- 7. Corioamnionitis ()
- 8. Malformaciones fetales ()
- 9. RCIU ()
- 10. Oligoamnios ()
- 11. Trauma obstétrico ()
- 12. Otras patologías ()
- 13. N.A

Parto

- 1. Cesárea ()
- 2. Eutócico ()

MATRIZ DE COHERENCIA

Problema	Objetivos	Hipótesis
<p>¿Cuáles son los Factores sociodemográficos y obstétricos asociados al pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital la Caleta, Chimbote, 2016?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar los factores sociodemográficos y obstétricos asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital la Caleta, Chimbote, 2015.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Caracterizar a la población en estudio, según factores sociodemográficos, obstétricos y parto pretérmino. 2. Determinar los factores sociodemográficos asociados a parto pretermino 3. Determinar los factores obstétricos asociados a parto pretérmino. 	<p>Los factores sociodemográficos y obstétricos asociados al parto pretérmino son</p> <p>El embarazo adolescente, la multiparidad y las infecciones urinarias.</p>