UNIVERSIDAD NACIONAL "PEDRO RUIZ GALLO"

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

FACTORES DE RIESGO DEL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES CHICLAYO DURANTE EL 2014

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

MÉDICO CIRUJANO

AUTORES:

Bach. SAM FERNÁNDEZ DAVID MANUEL

Bach. ZATTA CÓNDOR JULIO EDGAR

LAMBAYEQUE, FEBRERO DEL 2015

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

FACTORES DE RIESGO DEL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES CHICLAYO DURANTE EL 2014

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE

MEDICO CIRUJANO

AUTORES:

Bach. SAM FERNÁNDEZ DAVID MANUEL

Bach. ZATTA CÓNDOR JULIO EDGAR

LAMBAYEQUE, FEBRERO 2015

UNIVERSIDAD NACIONAL

PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

FACTORES DE RIESGO DEL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES CHICLAYO DURANTE EL 2014

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE

MEDICO CIRUJANO

Bach. David Manuel Sam Fernández
AUTOR

Bach. Julio Edgar Zarta Cóndor
AUTOR

Dr. Segundo Felipe Ulco Anhuamán
ASESOR

LAMBAYEQUE, FEBRERO DEL 2015

UNIVERSIDAD NACIONAL

PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

FACTORES DE RIESGO DEL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES CHICLAYO DURANTE EL 2014

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE

MÉDICO CIRUJANO

MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR Y EXAMINADOR::

Dr. LIMO PEREDO JORGE ENRIQUE
PRESIDENTE

Dra. FALLA ALDANA BLANCA SANTOS
SECRETARIO

Dr. RODRÍGUEZ CASTRO SERGIO ARMANDO
VOCAL

LAMBAYEQUE, FEBRERO 2015

DEDICATORIAS

- Para mis padres por todo su apoyo, fuerza, comprensión, esfuerzo y amor constante. Por creer en nosotros a pesar de las dificultades, por dejarnos soñar y permitirnos que todas muestras metas y objetivos se hagan realidad y guiarnos en el camino de la vida a ser personas de bien.

David Manuel Sam Fernández

- A mis padres, por el amor, la educación, los valores inculcados, por el apoyo moral y económico, incondicionales, que me permitieron crecer y estudiar esta carrera, por convertirse en el principal motor para afrontar las dificultades en mi camino, a mi hermana por sus consejos y su fortaleza, mi ejemplo a seguir, a mis maestros de toda la carrera por sus enseñanzas, y aquellas personas que vuelven especial cada paso en mi andar.

Julio Edgar Zatta Cóndor

AGRADECIMIENTOS

- Agradecemos a Dios por protegernos siempre y darnos fuerzas para superar dificultades, por darnos enseñanzas de vida a entender y ayudar a nuestro prójimo.

- Al Dr. FELIPE ULCO ANHUAMAN, Asesor del presente trabajo por su apoyo y ayuda incondicionales en el proceso de la investigación. Amigo y docente que nos brinda sus conocimientos para ser mejores personas y profesionales.

- Al Dr. NESTOR RODRIGUEZ ALAYO y al Dr. CARLOS MIGUEL HERRERA RÍOS, amigos y colaboradores de la presente investigación.

- A nuestros maestros de la Facultad de Medicina Humana, que han formado parte de nuestra vida profesional y lograr metas propuestas, por sus conocimientos, consejos y motivación.

- Muchas gracias y que Dios los bendiga.

LOS AUTORES

UNIVERSIDAD NACIONAL
"PEDRO RUIZ GALLO"
OCR-VRACAD
12 MAR 2015
HEMEROTECA

ÍNDICE

Página

I. INTRODUCCION.....09

II. MATERIALES Y METODOS.....17

III. RESULTADOS 24

IV. DISCUSION 34

V. CONCLUSIONES.....44

VI. RECOMENDACIONES.....46

VII. REFERENCIASBIBLIOGRAFICAS.....48

ANEXOS.....52

- ANEXO 01: Instrumento de Recolección de Datos
- ANEXO 02: Prueba chi cuadrado

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes adolescentes.

MATERIALES Y MÉTODO: Diseño no experimental, estudio retrospectivo comparativo, de casos y controles en 71 pacientes con parto pretérmino (casos) y 140 pacientes con parto a término (controles). Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21, determinando: Medidas de frecuencia, en tablas de doble entrada y gráficos, se utilizó la prueba de Chi Cuadrado para establecer asociación entre los antecedentes obstétricos y patologías con el parto pretérmino, con el Odds Ratio. Un nivel de $p < 0.05$ fue considerado significativo.

RESULTADOS: Los antecedentes obstétricos asociados con parto pretérmino fueron: el tener más de una pareja sexual (OR=6.7), no control prenatal (OR=11), embarazo múltiple actual (OR=2.1), antecedente de cesárea (2.9) y condición de multípara (OR=12.4) ($p<0.05$). Las patologías más frecuentes asociadas al parto pretérmino fueron: Ruptura prematura de membrana (32.3%), Preeclampsia (28.0%) e Infección del tracto urinario (18.3), mientras que las más frecuentes en el parto a término fueron Preeclampsia (32.3%), Infección del tracto urinario (15.7%) y Ruptura prematura de membrana (10.7%). La anemia se asocia significativamente ($p<0.05$) con el parto pretérmino, predominando la anemia moderada con 78.6% (OR=14.34). Las pacientes adolescentes correspondieron con mayor frecuencia al grupo etáreo de 17 a 19 años, siendo 83% para parto pretérmino y 72% para parto a término.

CONCLUSION: Los factores de riesgo asociados al parto pretérmino de las gestantes en el hospital y periodo de estudio fueron tener más de una pareja sexual, no control prenatal, condición de multípara y anemia moderada, ITU, Preeclampsia, RPM.

Palabras clave: FACTORES DE RIESGO, PARTO PRETERMINO, ADOLESCENTE.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the risk factors of preterm birth in pregnant adolescents.

MATERIALS AND METHODS: no experimental design, comparative retrospective, case-control studies in 71 patients with preterm delivery (cases) and 140 patients with term delivery (controls). SPSS version 21 was used, determining: Frequency measurements in crosstabs and charts, Chi Square test was used to establish association between obstetric history and pathologies with preterm birth, with the Odds Ratio. A level of $p < 0.05$ was considered significant.

RESULTS: obstetric history associated with preterm birth were having more than one sexual partner (OR = 6.7), no prenatal care (OR = 11), current multiple pregnancy (OR = 2.1), previous cesarean section (2.9) and condition of multiparous (OR = 12.4) ($p < 0.05$). The most frequent pathologies associated with preterm delivery were premature rupture of membrane (32.3%), preeclampsia (28.0%) and urinary tract infection (18.3), while the most frequent in labor at term were Preeclampsia (32.3%), Urinary tract infection (15.7%) and premature rupture of membrane (10.7%). The anemia was significantly associated ($p < 0.05$) with preterm labor, predominantly mild anemia with 78.6% (OR = 14.34). The adolescent patients most frequently corresponded to the age group of 17-19 years, and 83% for preterm delivery and 72% for delivery at term.

CONCLUSION: Risk factors associated with preterm birth in pregnant women in the hospital and study period were having more than one sexual partner, no prenatal care, multiparous status and moderate anemia, ITU, Preeclampsia, RPM.

Keywords: RISK FACTORS, PRETERM DELIVERY, TEEN.

INTRODUCCIÓN

I. – INTRODUCCIÓN.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define la adolescencia como el período comprendido entre los 10-19 años de edad **(1),** La adolescencia se divide en tres etapas: temprana (10 a 13 años), media (14 a 16 años), y tardía (17 a 19 años) **(2).** El embarazo adolescente constituye la gestación en este rango de edad adolescente. El embarazo en las adolescentes es un problema de salud pública con complicaciones para la salud de la madre y de su hijo **(3).** Dicha situación produce un serio problema biomédico, por sus altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo personal, educacional, familiar y social **(4).**

Hay más de mil millones de adolescentes, 85% en los países en desarrollo. Más de la mitad ha tenido relaciones sexuales antes de los 16 años. El 10% de los partos es en adolescentes. La mortalidad materna es 2 a 5 veces más alta en las mujeres menores de 18 años que en aquellas de 20 a 29 años **(5).**

Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías: **a) Individuales:** Con menarquía precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.

b) Familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres y **c) Sociales:** Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del "amor romántico" en las relaciones sentimentales de los adolescentes **(4).**

Según la ocurrencia del tiempo de parto, la Organización Mundial de la Salud (OMS), clasifica en parto pretérmino (PP) (20 a 37 semanas) y parto a término (PT) (37 a 42 semanas) **(6,7).**

El manejo del parto pretérmino se centra en detectar y eliminar sus causas potenciales, entre las cuales destacan las infecciones, anomalías congénitas, preeclampsia (interrupción iatrógena) y probables causas inmunológicas; sin embargo, en gran parte de casos (50%), la etiología es indetectable.

Existen cuatro tipos de pacientes en riesgo de parto pretérmino: a) pacientes con el antecedente de un pretérmino anterior, b) pacientes que presentan contracciones uterinas dolorosas y frecuentes secundarias a una condición subyacente, como infección urinaria, corioamnionitis, malformaciones uterinas, miomas, c) pacientes con rotura prematura de las membranas corioamnióticas antes de las 34 semanas y d) pacientes con incompetencia cervical **(7).**

En Latinoamérica, esta patología ha sido ampliamente estudiada, con una incidencia global de 9% en 11 países y han determinado que las mujeres de estrato social bajo tienen una tasa de PP 50% mayor que las de alto nivel socioeconómico. La tasa de PP es tres veces mayor en mujeres que pesan menos de 50 kg antes del embarazo, en relación con las que pesan 57 o más kg y que un inadecuado aumento de peso durante el embarazo, produce un incremento del riesgo de PP de 50% a 60%.

El antecedente de un PP está asociado con una posibilidad de recurrencia que varía entre 17% y 37%. La edad es otro factor de importancia y la incidencia es más alta en mujeres menores de 20 años, tanto para el primero como para el segundo o tercer embarazo. El hábito de fumar y el uso de cocaína se han asociado, con incidencia de PP y con mayor frecuencia de restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, sufrimiento fetal, patología placentaria, etc **(8).**

El diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro (APP) se basa en la aparición de contracciones uterinas y modificaciones cervicales, independientemente de que se asocie o no rotura prematura de membranas o hemorragia genital.
La exploración clínica debe incluir un examen del cérvix con espéculo para descartar RPM y un examen digital para determinar las condiciones del cuello.

Las modificaciones cervicales son la base del diagnóstico de la APP y el método más usado para la valoración del cuello sigue siendo el tacto vaginal, donde se valora la posición, consistencia, longitud, dilatación y altura de presentación. La valoración ecográfica del cérvix puede ayudar a excluir la presencia de parto prematuro y a aumentar la sensibilidad del diagnóstico, además de aclarar la causa en el caso de existir sangrado vaginal de origen incierto **(9).**

Trabajos relacionados al presente estudio serán descritos a continuación: Bracho C. (2011, Venezuela) encontró que las pacientes tenían un promedio de edad de 18,6 +- 2,5 años, de las cuales 51% viven en concubinato, inicio temprano de relaciones sexuales, 55% afirmó tener una sola pareja, la mayoría eran primigestas, 65% tenían embarazo no controlado o mal controlado, como factores obstétricos se encontró enfermedad hipertensiva del embarazo en el 12%, 16% presentaron ruptura prematura de membranas, 5% desproporción feto-pélvica **(10).**

Manrique R. y cols. (2008, Venezuela) determino una prevalencia de 10,5% de 68 pacientes, el grupo de edad más frecuente fue de 17-19 años con 57,4%. Se presentaron patologías maternas (85.3%) como anemia, ruptura prematura de membranas, infecciones, Preeclampsia, desprendimiento prematuro de placenta; complicaciones perinatales (38,2%). Se detectó asociación estadísticamente significativa entre la edad y las patologías maternas **(1).**

Genes V. (2012, Paraguay) en 346 pacientes con PP, encontró 93% con embarazo múltiple, 90% con cuello corto, 78% con preeclampsia, 76 % con antecedente pretérmino previo, 61% vaginosis bacteriana, 58% ruptura prematura de membranas **(11).**

Morgan F. y cols. (2010, México) determino en PP, que el nivel socioeconómico bajo se asocia, sangrado transvaginal en el primer trimestre, antecedente de PP, intervalo posparto igual o menor de un año, rotura prematura de membranas e infección urinaria **(12).**

Reyes I. y cols. (2004, Perú-lima) determina como factores de riesgo de PP: la infección del tracto urinario, preeclampsia, ruptura prematura de membranas vulvovaginitis, edad materna extrema, número de control prenatal y peso pregestacional **(13).**

Huaroto K. y cols. (2013, Perù-ica) hallaron que el 23% de los partos pretérminos fueron madres adolescente, la edad materna extrema en el estudio <19 años fue el 76, 7%, el estado civil casada tuvo el 20, 5%; 84, 1% tuvieron un nivel de instrucción baja; infecciones; vaginosis bacteriana; nuliparidad; bajo peso al nacer; gemelaridad **(14).**

En base a las consideraciones teóricas y resultados de los antecedentes, la realización de la siguiente investigación se **Justifica,** porque el embarazo adolescente es una situación muy frecuente en nuestra sociedad y que actualmente es un problema de salud pública debido a las múltiples consecuencias, y porque existen diversos factores de riesgo de parto pretérmino en la gestantes adolescentes.

Siendo la importancia mediante la obtención de los datos para tener un mejor manejo y prevención de los mismos, con un diagnóstico y manejo adecuados para poder actuar precozmente ante cualquier situación que ponga en riesgo el binomio madre-hijo.

En tal sentido se planteó el siguiente **Problema**

¿Cuáles son los factores de riesgo del parto pre-termino en gestantes adolescentes en el hospital regional docente Las Mercedes Chiclayo durante el 2014?

Sosteniendo la siguiente **hipótesis**

Los factores de riesgo de PP son: menor número de controles prenatales, menor edad de inicio de las relaciones sexuales, embarazo múltiple, antecedente de PP y cesáreas, Preeclampsia, eclampsia, ruptura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta, infección del tracto urinario, anemia.

Logrando los siguientes objetivos propuestos

Objetivo general

Determinar los factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes adolescentes en el hospital regional docente Las Mercedes Chiclayo durante el 2014.

Objetivos específicos

a) Conocer los antecedentes obstétricos de gestantes adolescentes asociados con parto pretérmino.

b) Identificar las patologías más frecuentes asociados al parto pretérmino y a término en gestantes adolescentes.

c) Establecer el grupo etario de mayor frecuencia con parto pretérmino y a término de las gestantes adolescentes.

MATERIALES Y MÉTODOS

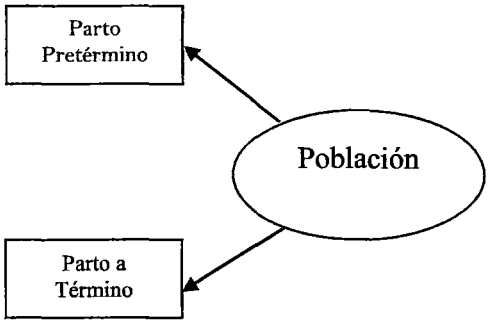
II.- MATERIALES Y METODOS

1. **DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:**

No experimental

2. **TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Retrospectivo Comparativo.



3. **POBLACION Y MUESTRA**

3.1 Población:

Estuvo constituida por 118 pacientes gestantes adolescentes que tuvieron parto pretérmino y 378 con parto a término, atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del hospital Regional Docente las Mercedes, entre enero a diciembre del 2014, correspondientes a 496.

3.2 Muestra de estudio:

Se utilizó el programa estadístico Epidat 3.1, con un nivel de significancia del 95%, potencia mínima del 80%, relación de controles: casos de 2:1, con una proporción esperada de gestantes adolescentes con parto pretérmino, expuestas al factor Preeclampsia, del 24% y una proporción esperada de gestantes adolescentes con parto a término, expuestas al factor Preeclampsia del 9.3%. Con un OR esperado de 3.080, que se describe a continuación:

Fórmula para cálculo de tamaño de la muestra:

Primero se procedió a calcular la frecuencia de exposición entre los casos (p1), lo cual se realizó mediante la siguiente fórmula: (15).

$$p_1 = \frac{w.p_2}{(1-p_2)+w.p_2}$$

Siendo:

p_1: frecuencia de exposición entre los casos.

w: odds ratio.

p_2: probabilidad de exposición entre los controles.

Según el estudio (2), p_1 = 24 %; w = 3, remplazando valores se obtuvo: p_2 = 9.3 %.

Con estos datos, y para un planteamiento bilateral, para el cálculo del tamaño muestral se utilizó la expresión: (15)

$$n = \frac{\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} \cdot \sqrt{2.p.(1-p)} + Z_{1-\beta} \cdot \sqrt{p_1.(1-p_1)+p_2.(1-p_2)}\right)^2}{(p_1-p_2)^2}$$

Donde:

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$: 1,96 que equivale a una probabilidad de error tipo alfa de 5 %.

$Z_{1-\beta}$: 0,84 que equivale a una probabilidad de error beta de 20 %.

$$p = \frac{p_1+p_2}{2}.$$

Reemplazando los valores ya establecidos, se obtuvo n=81 pacientes gestantes pretérmino que constituyen los casos y el grupo control estuvo formado por el doble de pacientes que corresponden al doble de los casos; pero debido al no cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión, la muestra quedo establecida con 71 pacientes para el grupo de los casos y 140 pacientes para el grupo control.

Las historias clínicas de las pacientes fueron seleccionadas según las técnicas Muestreo aleatorio simple.

- **Criterios de inclusión para los casos:**
  - Gestantes adolescentes comprendidas entre los 10 y 19 años, cuyo parto eutócico o distócico haya comprendido entre las 20 y antes de las 37 semanas, diagnosticadas por FUR y/o con ecografía del primer trimestre.
  - Gestantes adolescentes cuyas historias clínicas estén completas y con el carnet de control prenatal.

- **Criterios de inclusión para los controles:**
  - Gestantes adolescentes comprendidas entre los 10 y 19 años, cuyo parto eutócico o distócico haya comprendido entre 37 semanas y 42 semanas, diagnosticadas por FUR y/o con ecografía del primer trimestre.
  - Gestantes adolescentes cuyas historias clínicas estén completas y con el carnet de control prenatal.

❖ **Criterios de exclusión:**

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

4. MATERIALES.

- Instrumento de recolección de datos (ver anexo Nº 01).

- Libro de registros e historias clínicas

-Carnet de control prenatal de las pacientes

5. TECNICA Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS.

5.1 Técnica

La técnica a utilizada en este proyecto fue la revisión de historias clínicas de las pacientes adolescentes cuyo parto fue pretérmino y a término y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, y completando la información en el instrumento de recolección de datos.

5.2 Instrumento:

Se utilizó ficha de recolección de datos (Anexo 1) elaborada por los autores del trabajo de investigación, que contienen: datos generales de las pacientes, antecedentes obstétricos y patologías asociadas.

5.3 Procedimiento

a) Se solicitó permiso al Hospital Regional Docente Las Mercedes, presentando una solicitud dirigida al director del hospital adjuntando una copia del proyecto aprobado por facultad de medicina, para facilitar la obtención de historias clínicas

b) Se revisó las historias clínicas y los carnets de control prenatal de pacientes adolescentes cuya gestación haya sido a término y pretérmino, de las cuales se tomarán datos para el llenado de la ficha de recolección de datos

c) Los datos fueron registrados en el programa de Excel para Windows

6. ANALISIS ESTADISTICOSDE LOS DATOS.

Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21, determinando mediante la Estadística Descriptiva: Medidas de frecuencia o porcentajes, en tablas de doble entrada y gráficos; y Estadística Analítica: Para estudiar la relación entre variables categóricas se utilizó Chi Cuadrado en tablas de contingencia de 2 x 2. Además el Estadígrafo del Estudio: Odds Ratio.

Se trabajó con un nivel de significancia estadística del 5%.

7. ASPECTO ÉTICO

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 los autores del proyecto de investigación.

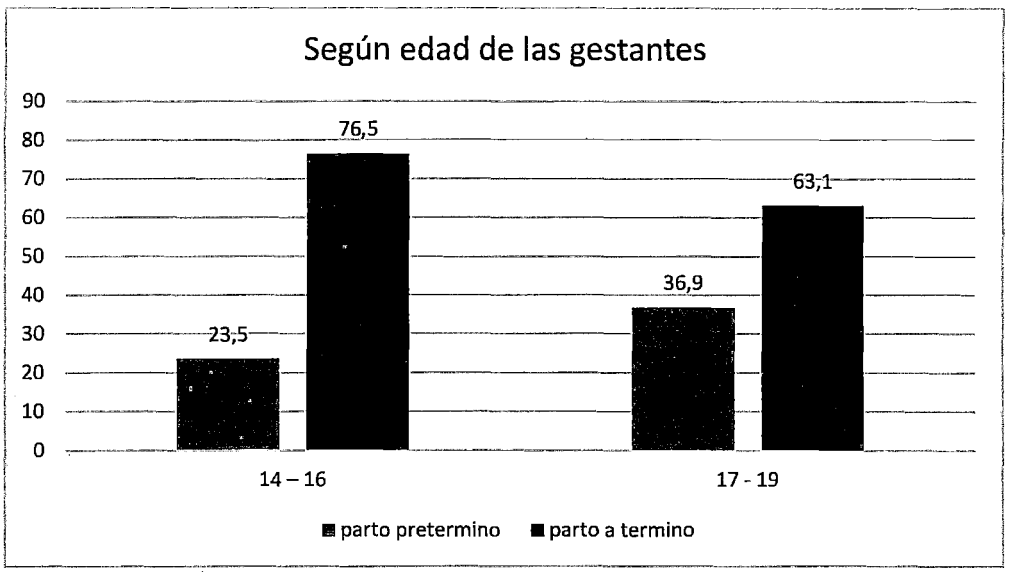
En concordancia a la declaración de Helsinki y al reporte de Belmont, así mismo se cumplirá las normas de Buenas Prácticas y la Ley General de Salud, al respetar la anonimidad del paciente en estudio. Es pertinente recalcar que se solicitó autorización a la Dirección del Hospital regional docente las mercedes Chiclayo, en la cual se mencionó la confidencialidad de la información consignada en las historias clínicas de las pacientes en estudio.

RESULTADOS

HEMEROTECA-U.N.P.R.G.

III.- RESULTADOS

GRÁFICO Nº 01: DISTRIBUCIÓN DE EDAD DE LAS GESTANTES SEGÚN ELTIPO DE PARTO HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES CHICLAYO 2014



Fuente: Historias clínicas de gestantes con parto pretérmino y a término Hospital Regional Docente las Mercedes - 2014; Estadístico Chi cuadrado χ^2 = 3,085; p=0.079. No significativo p > 0.05, se concluye que no existe asociación entre el tipo de parto y la edad de las gestantes.

CUADRO Nº 01: RELACIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL Y EL PARTO PRETERMINO HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES CHICLAYO 2014

Edad gestacional (semanas)	Parto Pretérmino	
	N	%
28 - 30	12	16.9
31 -33	16	22.5
34 -36	43	60.6
Total	**71**	**100**

Fuente: Historias clínicas de pacientes con parto pretérmino Hospital Regional Docente las Mercedes – 2014

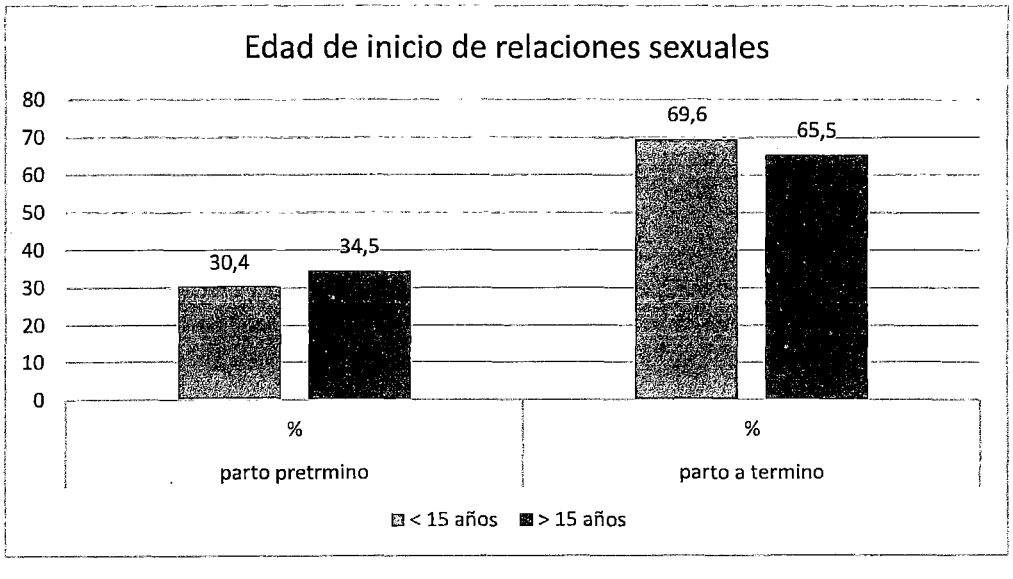
CUADRO Nº 02: RELACIÓN DE LA CULMINACION DEL PARTO CON EL TIPO DE PARTO HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES CHICLAYO 2014

Tipo de parto	Parto Pretérmino		Parto a término		Total
	n	%	n	%	n
Vaginal	16	20.8	61	79.2	77
cesárea	55	41.0	79	59.0	134
Total	**71**		**140**		**211**

Fuente: Historias clínicas de pacientes parto pretérmino y a término Hospital Regional Docente las Mercedes – 2014 Estadístico Chi cuadrado χ^2=8.99, p= 0.003

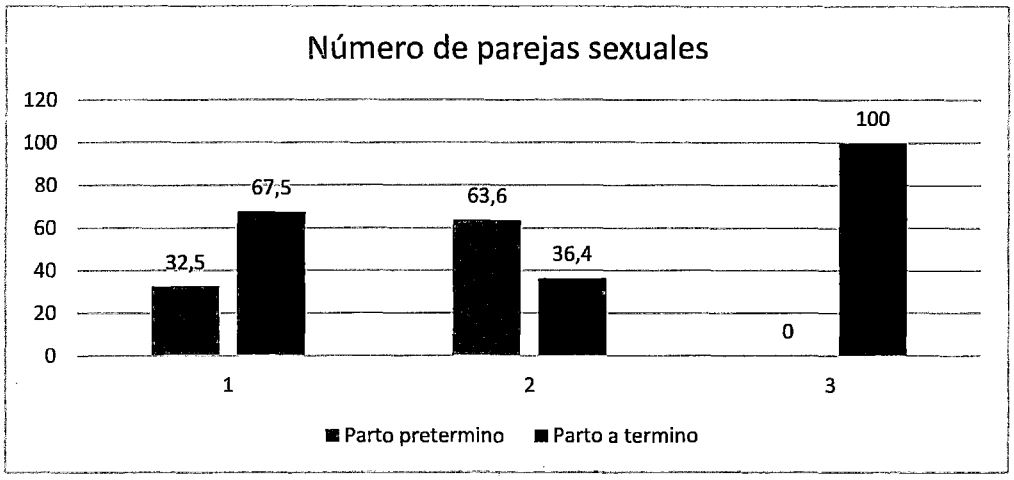
Significativo p < 0.05, se concluye que existe asociación entre la culminación del parto y el tipo de parto. OR: 9.4

GRÁFICO Nº 02: RELACIÓN DE LA EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES Y EL TIPO DE PARTO HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES CHICLAYO 2014



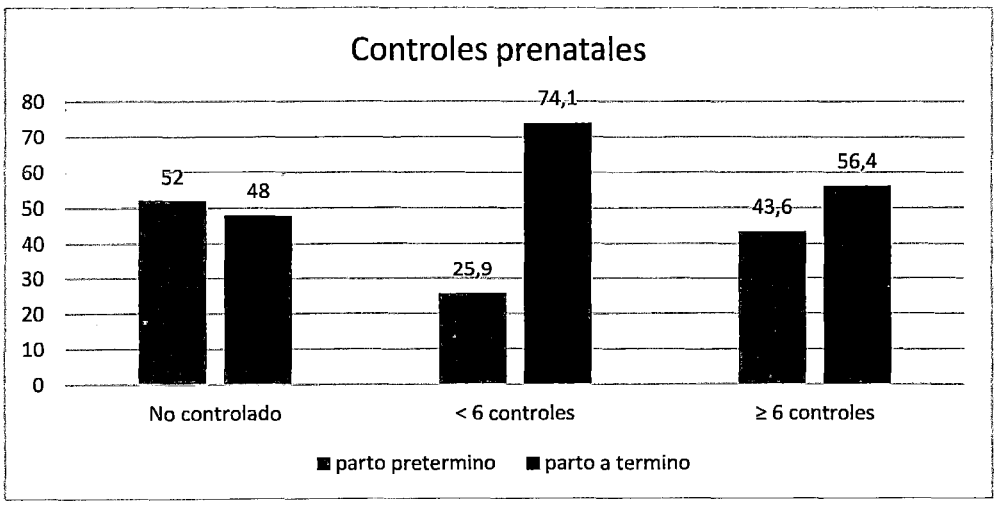
Fuente: Historias clínicas de pacientes parto pretérmino y a término Hospital Regional Docente las Mercedes – 2014 Estadístico Chi cuadrado χ^2 = 0.272, p= 0.60 No significativo p > 0.05, se concluye que no existe asociación entre edad de inicio de relaciones sexuales y el tipo de parto. OR= 0.27

GRÁFICO Nº 03: RELACIÓN DEL NUMERO DE PAREJAS SEXUALES Y EL TIPO DE PARTO HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES CHICLAYO 2014



Fuente: Historias clínicas de pacientes parto pretérmino y a término Hospital Regional Docente las Mercedes – 2014 Estadístico Chi cuadrado χ^2 = 6.07, p=0.048
Significativo p < 0.05, se concluye que existe asociación entre número de parejas sexuales y parto pretérmino. OR=6.7

GRÁFICO Nº 04: DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES SEGÚN EL NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES CHICLAYO 2014



Fuente: Historias clínicas de pacientes parto pretérmino y a término Hospital Regional Docente las Mercedes – 2014 Estadístico Chi cuadrado χ^2 = 11.52, p=0.003 Significativo p < 0.05, se concluye que existe asociación el número de controles prenatales y el tipo de parto. OR=11.33

CUADRO Nº 03: RELACIÓN DEL ANTECEDENTE DEL PARTO PRETERMINO Y EL TIPO DE PARTO HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES CHICLAYO 2014

Antecedente de parto pretérmino	Parto Pretérmino		Parto a término		Total
	n	%	n	%	n
No	71	33.6	140	66.4	211
si	0	0	0	0	0
Total	**71**		**140**		

Fuente: Historias clínicas de pacientes parto pretérmino y a término Hospital Regional Docente las Mercedes - 2014

CUADRO Nº 04: RELACIÓN DEL ANTECEDENTE DE EMBARAZO MULTIPLE Y EL TIPO DE PARTO HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES CHICLAYO 2014

Antecedente de embarazo múltiple	Parto Pretérmino		Parto a término		Total
	n	%	n	%	n
No	71	33.6	140	66.4	211
si	0	0		0	0
Total	**71**		**140**		

Fuente: Historias clínicas de pacientes parto pretérmino y a término Hospital Regional Docente las Mercedes - 2014

CUADRO Nº 05: RELACIÓN DEL EMBARAZO MÚLTIPLE ACTUAL Y EL TIPO DE PARTO HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES CHICLAYO 2014

Embarazo múltiple actual	Parto Pretérmino		Parto a término		Total
	n	%	n	%	n
No	70	33.3	140	66.7	210
Si	1	100	0	0	1
Total	**71**		**140**		

Fuente: Historias clínicas de pacientes parto pretérmino y a término Hospital Regional Docente las Mercedes – 2014 Estadístico Chi cuadrado χ^2 = 1.98, p=0.159
No significativo p>0.05, se concluye que no existe asociación entre el embarazo múltiple actual y el tipo de parto. OR= 2.18

CUADRO Nº 06: RELACIÓN DEL ANTECEDENTE DE ABORTO Y EL TIPO DE PARTO HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES CHICLAYO 2014

Antecedente de aborto	Parto Pretérmino		Parto a término		Total
	n	%	n	%	n
No	70	33.8	137	66.2	207
Si	1	25.0	3	75.0	4
Total	**71**		**140**		

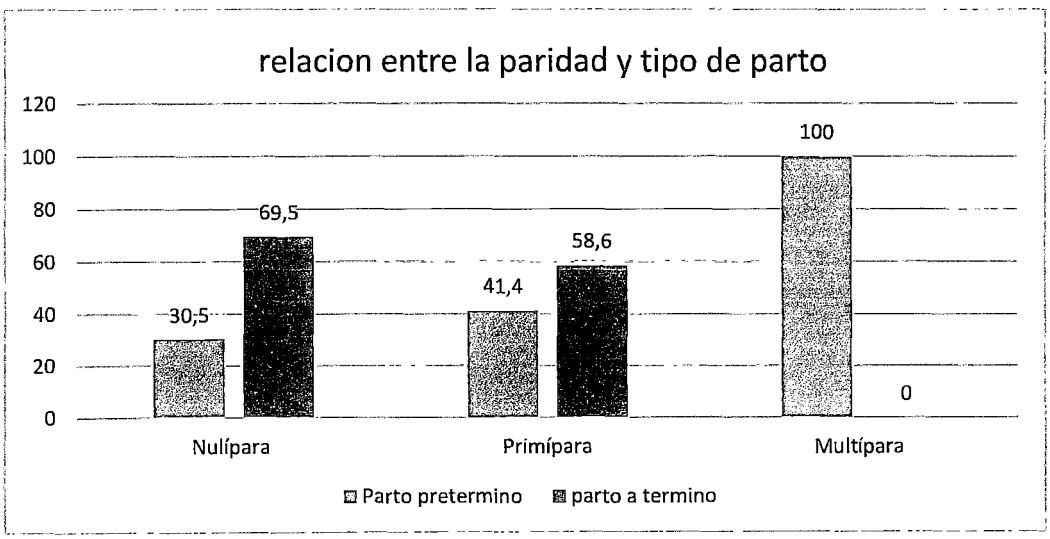
Fuente: Historias clínicas de pacientes parto pretérmino y a término Hospital Regional Docente las Mercedes – 2014 Estadístico Chi cuadrado χ^2 = 0.137, p=0.712
No significativo p > 0.05, se concluye que no existe asociación entre el antecedente de aborto y tipo de parto. OR=0.144

CUADRO Nº 07: RELACIÓN DEL ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA Y EL TIPO DE PARTO HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES CHICLAYO 2014

Antecedente de cesárea previa	Parto Pretérmino		Parto a término		Total
	n	%	n	%	n
No	68	32.9	139	67.1	207
Si	3	75.0	1	25.0	4
Total	**71**		**140**		

Fuente: Historias clínicas de pacientes parto pretérmino y a término Hospital Regional Docente las Mercedes – 2014 Estadístico Chi cuadrado χ^2 = 3.123, p= 0.077
No significativo p > 0.05, se concluye que no existe asociación entre antecedente de cesárea previa y tipo de parto. OR=2.91

GRÁFICO Nº 05: RELACIÓN DE LA PARIDAD Y EL TIPO DE PARTO HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES CHICLAYO 2014



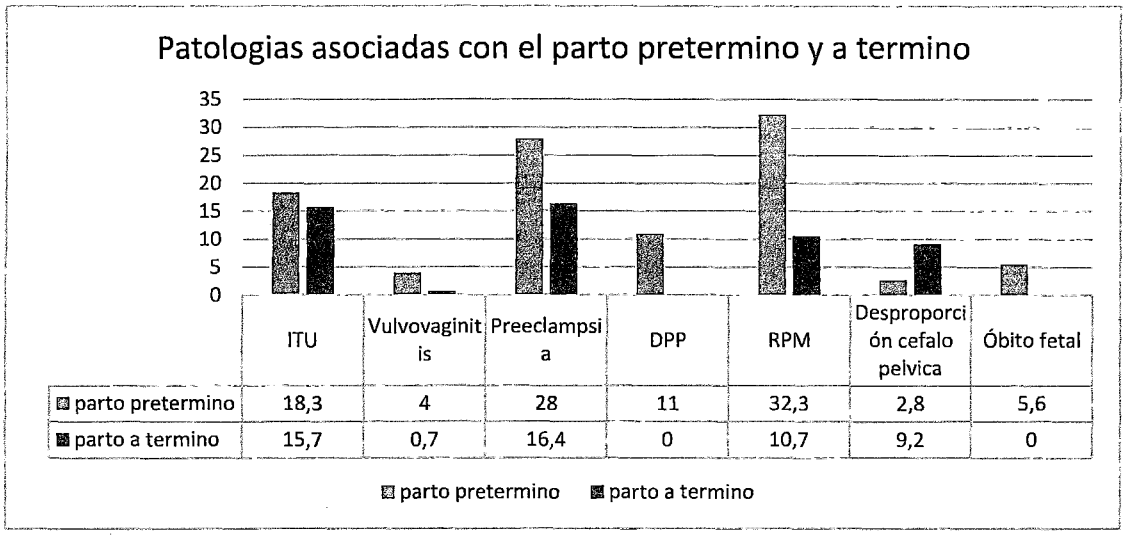
Fuente: Historias clínicas de pacientes parto pretérmino y a término Hospital Regional Docente las Mercedes – 2014. Estadístico Chi cuadrado χ^2 = 11.41, p=0.003.
Significativo p < 0.05, se concluye que existe asociación entre paridad y tipo de parto. OR=12.43

CUADRO Nº 08: RELACIÓN DEL NUMERO DE GESTAS Y EL TIPO DE PARTO HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES CHICLAYO 2014

Numero de gestaciones	Parto Pretérmino		Parto a término		Total
	n	%	n	%	n
Primigesta	46	29.3	111	70.7	157
Multigesta	24	46.2	28	53.8	52
Gran multigesta	1	50.0	1	50.0	2
Total	**71**		**140**		**211**

Fuente: Historias clínicas de pacientes parto pretérmino y a término Hospital Regional Docente las Mercedes – 2014. Estadístico Chi cuadrado $\chi^2 = 5.21$ p=0.074
No significativo p >0.05, se concluye que no existe asociación entre el número de gestaciones y tipo de parto. OR= 5

GRÁFICO Nº 06: DISTRIBUCIÓN DE PATOLOGÍAS ASOCIADAS CON EL TIPO DE PARTO



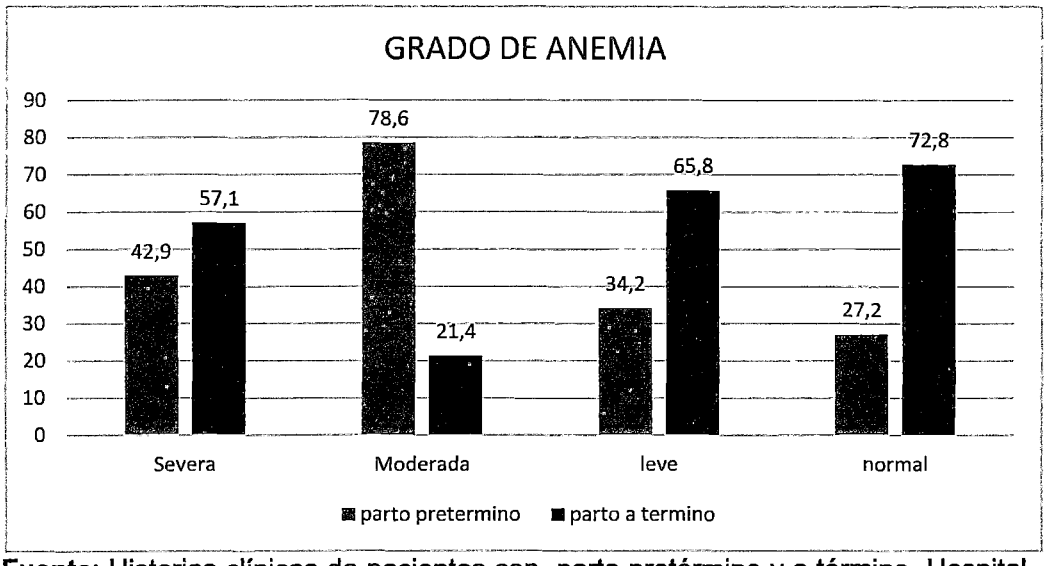
	ITU	Vulvovaginitis	Preeclampsia	DPP	RPM	Desproporción cefalo pelvica	Óbito fetal
parto pretermino	18,3	4	28	11	32,3	2,8	5,6
parto a termino	15,7	0,7	16,4	0	10,7	9,2	0

Fuente: Historias clínicas de pacientes con parto pretérmino y a término Hospital Regional Docente las mercedes – 2014
Los porcentajes del grupo de parto pretérmino y a término de cada patología se calcularon con el total de pacientes de ambos grupos 71 y 140 respectivamente.

CUADRO 09. ESTADÍSTICO CHI CUADRADO, VALOR DE P Y VALOR DEL OR DE LAS PATOLOGÍAS ASOCIADAS CON PARTO PRETÉRMINO

Patologías	Chi Cuadrado	Valor de P	OR
ITU	7.8	<0.05	1.2
Vulvovaginitis	3.12	>0.05	6.1
Preeclampsia	4.04	<0.05	1.99
DPP	16.39	<0.05	
RPM	15.18	<0.05	3.99
Desproporción Céfalo-pélvica	2.96	>0.05	0.28
Óbito fetal	7.1	<0.05	

GRÁFICO 07. RELACIÓN DEL GRADO DE ANEMIA Y TIPO DE PARTO HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES CHICLAYO 2014



Fuente: Historias clínicas de pacientes con parto pretérmino y a término Hospital Regional Docente las mercedes – 2014 Estadístico Chi cuadrado χ^2 = 15.0 p=0.002

Significativo $p < 0.05$, se concluye que existe asociación entre la anemia y tipo de parto. OR= 14.34

DISCUSIÓN

IV.- DISCUSIÓN

El embarazo adolescente es un problema de salud pública que genera cambios biológicos, psicológicos y sociales en la joven, modificando su proyecto, entorno y estilo de vida, constituyendo una de las principales preocupaciones derivadas de la conducta sexual; tales como la mayor precocidad en el inicio de las relaciones sexuales, la desinformación y el uso inadecuado o no uso de métodos anticonceptivos, lo que determina un aumento en el riesgo para que las adolescentes adquieran enfermedades de transmisión sexual o tengan embarazos que conduzcan a un parto pretérmino que es causa principal de morbilidad y mortalidad neonatal y por lo mismo nuestro estudio busca identificar factores de riesgo que participan en su presentación entre nuestras pacientes.

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 adolescentes, antecedentes obstétricos y patologías asociadas.

Grupo Etáreo de las gestantes.

Las gestantes adolescentes se caracterizan por corresponder con mayor frecuencia de un 83,1% al grupo etáreo de 17 a 19 años de parto pretérmino y 72,2% correspondieron al parto a término.

Este mismo grupo etáreo de mayor prevalencia coincide con trabajos realizados por Manrique (Venezuela 2008) con 57,4%, Bracho (Venezuela 2012) con el 57%. Nuestro estudio concluye que el grupo más frecuente está conformado por las adolescentes tardías. Sin embargo no hay una relación significativa entre la edad de las gestantes y el tipo de parto (cuadro 1). Indicando que los tipos de parto se distribuyen proporcionalmente entre los dos grupos de edad.

Edad gestacional de las pacientes con parto pretérmino

Se evidencia que el grupo de mayor frecuencia con un 60,5% lo representa el grupo con una edad gestacional que se encuentra entre las 34 a 36 semanas, seguida de un 22,5% referido al grupo de 31 a 33 semanas consideradas estos dentro del rango de la prematuridad (cuadro 2). En nuestro estudio concluye que se corrobora con la teoría en la cual los prematuros leves son el grupo de mayor frecuencia con más del 80% de los partos pretérminos.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Edad de inicio de relaciones sexuales

En ambos grupos tanto para el parto pretérmino (19,7%) y a término (77,1%), la edad de inicio de relaciones sexuales lo constituyen las pacientes que iniciaron su actividad sexual después de los 15 años de edad (cuadro 4). Bracho (Venezuela 2012) concluye que el 66% de su grupo de estudio tuvo un inicio de relaciones sexuales a partir de los 15 años de edad en concordancia con nuestro estudio, sin embargo no hubo una relación significativa entre la edad de inicio de relaciones sexuales y el tipo de parto.

Número de parejas sexuales

Las gestantes adolescentes refirieron haber tenido solo una pareja sexual representando el 90,1% de todos los partos pretérminos (cuadro 5). Coincidiendo con el trabajo realizado por Bracho (Venezuela 2012) con un 55%. En nuestro estudio también se comparó ambos grupos determinando que en él hubo gestantes que refirieron haber tenido dos parejas sexuales con un 63,6% en el grupo del parto pretérmino, la cual hace suponer que el número de parejas sexuales podría ser un factor para la aparición del parto pretérmino en nuestras gestantes.

Número de controles prenatales

Haciendo referencia al número de controles prenatales referimos que solo el 43.6% del grupo con parto pretérmino tuvo un adecuado control prenatal, seguidos de un 25.9% con un inadecuado control (cuadro 6). Huaroto (Perú 2013) en un estudio determina que del grupo con parto pretérmino el 51,6% tuvo un control prenatal adecuado, mientras que Avalos (ecuador 2009) el 43,9% refirieron haber tenido un inadecuado control prenatal, Bracho (Venezuela 2012) encuentra que el 35% no tuvo ningún control prenatal, mientras que Genes (Paraguay 2012) en un estudio de casos y controles el 54, 9% presenta controles prenatales inadecuados pertenecen al grupo de los mal controlados. En nuestro estudio concluimos que el grupo de los no controladas con el 52% fue un factor para desencadenar el parto pretérmino.

Antecedente de parto pretérmino

En nuestro estudio en el grupo de parto pretérmino no existió gestante con el antecedente de parto pretérmino (cuadro 7), a comparación con estudios realizados por Huaroto (Perú 2013) cuyo estudio encuentra un 22.5% con antecedente de parto pretérmino, avalos (Ecuador 2009) un 6.9%, genes (Paraguay 2012) con 7.5%, reyes (Perú) con 5.3% y Ortiz (México) con 2.4%.

Con esto concluimos que nuestro estudio las gestantes adolescentes, no existió relación entre el antecedente de parto pretérmino y el parto pretérmino actual.

Antecedente de embarazo múltiple

En el estudio no existió ninguna gestante adolescente con antecedente de embarazo múltiple (cuadro 8), a diferencia del estudio realizado por Genes (Paraguay 2012) que determinó en su estudio que el 8,1% refirieron dicho antecedente, Amaya (Colombia 2005) con 12%. Concluimos que en nuestro estudio no hubo relación entre el antecedente del embarazo múltiple y el parto pretérmino.

Embarazo múltiple actual

Solo una paciente representando al 1,4% de las gestantes adolescentes pertenece al grupo de parto pretérmino (cuadro 9). Huaroto (Perú 2013) refiere que el 16,1 de su población de estudio tuvieron un embarazo múltiple, Rodríguez (México 2013) representa el 6% de su estudio de total del parto pretérmino y Reyes (Perú2014) concluye que solo el 2,6% fue embarazo múltiple. En nuestro estudio encontramos que no existe una relación significativa entre el embarazo actual múltiple y el tipo de parto.

Antecedente de aborto

En nuestro estudio se identificaron sólo una paciente (1.4%) con parto pretérmino y 3 (2.1%) con parto a término que tenían el antecedente de aborto (cuadro N° 10), considerado como factor de riesgo; no existiendo asociación significativa ($p>0.05$) entre este factor y el parto pretérmino. Al respecto Reyes y Ruiz (Perú 2004), encontraron que el antecedente de aborto no es factor de riesgo para el parto pretérmino, debido a que no existió diferencia significativa, lo que concuerda con nuestro resultado. Los cuales no comparten con la base teórica donde se afirma que el antecedente de aborto constituye un factor de riesgo de parto pretérmino.

Antecedente de cesárea previa

Se encontró que el 75% de las pacientes que tenían el antecedente de cesárea previa (cuadro 11) tuvieron parto pretérmino, mientras que el 25% tuvieron parto a término, sin embargo no existió asociación entre este factor y el parto pretérmino ($p>0.05$). En relación Morgan (México 2010) encontró que 14.6% de pacientes con parto pretérmino y 12% con parto a término tuvieron el antecedente de cesárea previa y no hallaron diferencias significativas ($p>0.05$), lo que concuerda con nuestro resultado. Los cuales se debe probablemente a que se trata de una población joven donde la mayoría de pacientes no había tenido partos.

Antecedente de número de partos

Cuando se analiza la paridad como factor de riesgo se encontró en nuestro estudio una asociación significativa ($p<0.05$) entre la condición de multípara y parto pretérmino, tomando en cuenta que hay mayor predominio de nuliparidad y primiparidad en parto pretérmino y a término (cuadro 12). El estudio de Bracho (Venezuela 2012) muestra que del total de sus pacientes el 32% tenían la condición de multípara, tomando en cuenta que fue un estudio descriptivo, y que respecto a la frecuencia está acorde con nuestro resultado, para Huaroto y col. (Perú 2013), predominó la nuliparidad y primiparidad. Morgan y col. (México 2010), hallaron que no había asociación entre la condición de multípara y el parto pretérmino por lo que no había diferencia significativa ($p>0.05$), tomando en cuenta que su muestra de estudio es mucho más amplia que la de nosotros.

Antecedente de número de gestaciones

Tal como se muestra en el cuadro 13, la condición de Primigesta predomina en ambos grupos de nuestro estudio, siendo más afín al parto a término (70.7%), sin embargo no se halló asociación entre el número de gestaciones y parto pretérmino, no hay diferencia significativa ($p<0.05$). Al respecto, Reyes y Ruiz (Perú 2004) en un estudio de casos y controles hallaron que el 57% de pacientes que tuvieron parto pretérmino y 57% a término eran multigestas, sin embargo no encontraron diferencias significativas ($p>0.05$).

El predominio de multigesta en ese estudio se debe a que los rangos de edades de las pacientes fueron de 13 a más de 35 años. Asimismo Morgan y col. (México 2010) y Rodríguez y col. (México 2013) tampoco hallaron diferencias significativas en su estudios entre pacientes que tuvieron parto pretérmino y parto a término no hallándose asociación ($p>0.05$) con el número de gestaciones. Sin embargo Huaroto y col. (Perú 2013) hallaron un resultado estadísticamente significativo ($p<0.05$), además hubo predominio de primigestas en las que tuvieron parto pretérmino, debido a que trabajaron con rango de edades mayores y con mayor número de pacientes. Se concluye que en nuestro estudio el número de gestaciones no es factor de riesgo para parto pretérmino.

PATOLOGÍAS FRECUENTES ASOCIADAS

Dentro de las patologías más frecuentes en las pacientes que tuvieron parto pretérmino se halló: RPM (32.3%), Preeclampsia (28%) e ITU (18.3%), y las patologías con mayor asociación al parto pretérmino fueron Preeclampsia, ITU, RPM, DPP, y el óbito fetal, con diferencia significativa ($p<0.05$); al respecto Bracho (Venezuela 2012), encontró en un estudio prospectivo que hay mayor predominio de las infecciones (49%) en las pacientes con parto pretérmino seguido de RPM (16%) y enfermedad hipertensiva del embarazo (12%). Ugalde y col (Chile 2012) hallaron que las adolescentes con parto pretérmino 54.3% presentaron ITU y 35.1% infección vaginal.

Esto debido a que nuestro trabajo fue retrospectivo y no se tenía registro de las infecciones padecidas durante el embarazo, sólo en el momento de la atención del parto, Manrique y col. (Venezuela 2008) encontraron mayor frecuencia de RPM (31%) en adolescentes con parto pretérmino, seguido de infecciones (10%) y Preeclampsia (4%) y asociación significativa entre estas patologías y el parto pretérmino ($p=0.0124$). Reyes y Ruiz (Perú 2004) encontró que la Preeclampsia y la ITU estuvieron asociadas significativamente con parto pretérmino.

Anemia

Se observó anemia en el 56.2% de las adolescentes que tuvieron parto pretérmino, y 59% en las que tuvieron parto a término, donde hubo mayor asociación con anemia moderada y parto pretérmino, con diferencia significativa ($p<0.05$). Al respecto Giacomin (Costa rica 2009) en su trabajo Anemia materna en el tercer trimestre de embarazo como factor de riesgo para parto pretérmino, obtuvo que un 10.9% de pacientes con parto pretérmino tuvo anemia y un 4.1% con parto a término tuvo anemia, en el que se demostró asociación entre la anemia y parto pretérmino, así como en los trabajos de investigación que constituyen la base de nuestros antecedentes.

Se concluye que las patologías más frecuentes del parto pretérmino son RPM, Preeclampsia e ITU asociándose también a anemia moderada, DPP, óbito fetal y a los antecedentes como tener más de una pareja sexual, no control prenatal, condición de multípara.

CONCLUSIONES

V.- CONCLUSIONES.

1. Los antecedentes obstétricos asociados con parto pretérmino fueron: el tener más de una pareja sexual, no control prenatal, antecedente de cesárea y condición de multípara ($p<0.05$).

2. Las patologías más frecuentes asociadas al parto pretérmino fueron: Ruptura prematura de membrana (32.3%), Preeclampsia (28.0%) e Infección del tracto urinario (18.3), mientras que las patologías más frecuentes en el parto a término fueron Preeclampsia (32.3%), Infección del tracto urinario (15.7%) y Ruptura prematura de membrana (10.7%).

3. La anemia se asocia significativamente ($p<0.05$) con el parto pretérmino, predominando la anemia moderada con 78.6%.

4. Las pacientes adolescentes correspondieron con mayor frecuencia al grupo etáreo de 17 a 19 años, siendo 83% para parto pretérmino y 72% para parto a término.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

Reforzar los programas de educación sexual a nivel escolar, con la finalidad de brindar conocimientos adecuados a las adolescentes sobre temas de sexo, sexualidad y métodos anticonceptivos y atención ginecológica y de planificación familiar.

A las gestantes adolescentes realizar un adecuado control prenatal donde se brinde educación referente a las manifestaciones clínicas, causas y consecuencias del parto pretérmino que ayude a la prevención y manejo oportuno.

Al personal de salud, quienes deben identificar el perfil de la gestante con posible riesgo de parto pretérmino y evaluarlas mediante un control adecuado para evitar riesgos.

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

VI.- REFERENCIASBIBLIOGRÁFICAS.

1. Manrique R, Rivero A. Parto pretérmino en adolescentes. [Rev Obstet Ginecol Venez 2008; 68(3): 144-149] - Internet (Citado en 2014) Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S004877322008000300002&script=sci_arttext

2. Monzon LT, Ulanowicz MG, Parra KE, Wendel GE. Riesgos en el embarazo adolescente. Revista de Posgrado de la vía Cátedra de Medicina (internet). 2006 (citado 2014); 153: 1-5. Disponible: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista153/4_153.htm

3. Noguera N, Alvarado H. Embarazo adolescente: una mirada desde el cuidado de enfermería. Rev Col Enf (internet). 2012 (citado 2014); 7(7): 1-10. Disponible: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4069201

4. Leon P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. Revista Pediatría Electrónica (internet). 2008 (citado 2014). 5 (1); 1-10. Disponible: http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf

5. Urbina E, Pacheco J. Rev Per Ginecol Obstet (internet) 2006 (citado 2014); 52 (1): 118-123. Disponible: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52_n2/pdf/A09V52N2.pdf

6. Ugalde-valencia D, Hernández Juárez MG, Ruiz Rodriguez MA, Villarreal Rios E. Infecciones del tracto genital y urinario como factor de riesgo para parto pretermino en adolescentes. Rev Chil Obstet Ginecol (internet). 2012 (citado 2014); 77(5) 338-341. Disponible: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000500003

7. Illescas-castañeda JA. Factores de riesgo clínicos y prevalencia de parto pretermino. Rev Per ginecol obstet (internet); 2008 (citado 2014); 54:11-14. Disponible: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n1/pdf/a04v54n1.pdf

8. Pages G, Martel A. Trabajo de parto pretermino. Aller J, Pages G. obstetricia moderna. Venezuela. Mc Graw-Hill. Pag 315-331.

9. Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Merce LT. Fundamentos de obstetricia (SEGO). Madrid 2017.

10. Bracho M. César. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en adolescentes embarazadas. [Maracaibo. 2012 Febrero] - [Internet]. (Citado 214). Disponible en: http://tesis.luz.edu.ve/tde_arquivos/29/TDE-2012-07-12T10:00:35Z-3273/Publico/bracho_machado_cesar_enrique.pdf

11. Genes V. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. [*Rev. Nac. (Itauguá). Vol. 4 (2) Dic. 2012, Pág. 8-14 Paraguay*] – *Scielo* [*Internet*] [*Citado en 2014*]. *Disponoble en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S2072-81742012000200002&script=sci_abstract*

12. Morgan F, Cinco A. Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con nacimiento pretérmino. [Ginecol Obstet Mex 2010; 78(2):103-109 Febrero 2010] - Internet [citado en 2014]. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom102e.pdf

13. Reyes I, Ruiz R. Factores de riesgo departo pretérmino, estudio de caso control hospital nacional E. Bernales mayo – setiembre 2003. Perú. - Internet (Citado en 2014). Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/362/1/reyes_mi.pdf

14. Huaroto K., Paucca M. Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica, Perú. [Rev méd panacea. 2013; 3(2): 27-31]. - Internet [Citado en el 2014]. Disponible en http://www.unica.edu.pe/rev.med.panacea/index.php/med/article/view/61

15. Exebio C. Estadística aplicada a la investigación científica en ciencias de la salud. Perú: Editorial Carolina, 2001. pp. 68 – 96.junio, 2013

16. Giacomin C, Leal M. Anemia materna en el tercer trimestre de embarazo como factor de riesgo para parto pretérmino. [Acta médica costarricense Vol 51 (1), enero-marzo 2009 2013]. - Internet [Citado en el 2014]. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43411949008

ANEXOS

ANEXO Nº 01

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

I. DATOS DE IDENTIFICACION

- HC: _____
- Edad: _____
- Parto: _____ Edad gestacional : _____

II. ANTECEDENTES

- Edad de inicio de relaciones sexuales: _____
- Número de controles prenatales: no: ___ si: ___ ¿Cuántos?: _____
- Antecedente de embarazo pretérmino: no: ____si: ____
- Antecedente de embarazo múltiple: no: _____si: _____
- Embarazo actual múltiple: no: ___ Sí: ____
- Antecedente de aborto: no: ____si: ____ ¿Cuántos?: ____
- Antecedente de cesárea previa: no: ____si: ____ ¿Cuántas?: _____
- Paridad: nulípara: _____ primípara: _____ multípara: ____ gran multípara: _____
- Gestación: Primigesta: _____ Multigesta: _____ Gran Multigesta: _____

III. PATOLOGÍAS ASOCIADAS:

- ITU: _____
- Vulvovaginitis: _____
- THE: preeclamsia: _____ eclampsia: _____
- Placenta previa: _____
- DPP: _____
- RPM: _____
- ANEMIA (Hto): leve: ____ moderada: _____ severa: _____
- Desproporción cefalo-pélvica: _____
- Óbito fetal: _____
- Otras patologías:

ANEXO Nº 02

PRUEBA CHI-CUADRADA

Definición de X2

Una medida de la discrepancia existente entre las frecuencias observadas y esperadas es suministrada por el estadístico X2, dado por:

$$X^2 = \frac{(o_1 - e_1)^2}{e_1} + \frac{(o_2 - e_2)^2}{e_2} + \ldots + \frac{(o_k - e_K)}{e_K} = \sum_{j=1}^{K} \frac{(o_j - e_j)^2}{e_j}$$

Donde si el total de frecuencias es N,

$$\sum o_j = \sum e_j = N$$

Si X2 = 0, las frecuencias observadas y esperadas concuerdan exactamente, mientras que si X2>0, no coinciden exactamente. A valores mayores de X2, mayores son las discrepancias entre las frecuencias observadas y esperadas.