UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

"FACTORES MATERNOS RELACIONADOS CON LA PREMATURIDAD ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA DURANTE EL PERIODO ENERO- DICIEMBRE DEL 2018"

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR LA BACHILLER

JESSICA EVA ILDEFONSO SÁNCHEZ

PUCALLPA - PERÚ

2021

www.repositorio.unu.edu.pe

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

En Pucallpa, a los 19 días del mes de FEBRERO del dos mil veintiuno, siendo las 14 horas, y de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, se reunieron en los ambientes de la Sala de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, los miembros del Jurado Calificador de Tesis, para proceder con la evaluación de la tesis denominada **"FACTORES MATERNOS RELACIONADOS CON PREMATURIDAD ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE 2018"**, elaborado por la Bachiller **JESSICA EVA ILDEFONSO SANCHEZ.**

El Jurado Calificador de Tesis esta conformado por los siguientes docentes:

M.C. Mg. LUIS ENRIQUE RUIZ SOLSOL	(Presidente)
M.C. Mg. BEATRIZ MERCEDES LUJAN DIVIZZIA	(Miembro)
M.C. MIGUEL ANGEL VALVERDE OCHOA	(Miembro).

Finalizado el acto de sustentación, luego de deliberar el Jurado y verificar los calificativos, se obtuvo el siguiente resultado de APROBADO por MAYORIA con el calificativo de CATORCE (14) Quedando el sustentante graduado como Médico Cirujano, para que se le expida el TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO.

Pucallpa, 19 de FEBRERO del 2021.

M.C. Mg. Luis Enrique Ruiz Solsol
Presidente del Jurado Evaluador

M.C. Mg. Beatriz Mercedes Lujan Divizzia
Miembro del Jurado Evaluador

M.C. Miguel Angel Valverde Ochoa
Miembro del Jurado Evaluador

www.repositorio.unu.edu.pe

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESTA TESIS FUE APROBADA POR LOS MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI.

M.C. Mg. LUIS ENRIQUE RUIZ SOLSOL
Presidente del Jurado Evaluador

M.C. BEATRIZ MERCEDES LUJAN DIVIZZIA
Miembro del Jurado Evaluador

M.C. MIGUEL ANGEL VALVERDE OCHOA
Miembro del Jurado Evaluador

M.C. HUMBERTO OMAR BOCANEGRA GUARDIA
ASESOR DE TESIS

BACH. JESSICA EVA ILDEFONSO SANCHEZ
TESISTA

www.repositorio.unu.edu.pe

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
VICERRECTORADO DE INVESTIGACION
DIRECCION GENERAL DE PRODUCCION INTELECTUAL

CONSTANCIA

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACION

SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND

N° V/017-2020

La **Dirección General de Producción Intelectual**, hace constar por la presente, que el Informe Final (Tesis), Titulado:

"FACTORES MATERNOS RELACIONADOS CON LA PREMATURIDAD ATENDIDOS HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA DURANTE EL PERIODO ENERO- DICIEMBRE DEL 2018".

Cuyo autor (es)	:	**ILDEFONSO SÁNCHEZ, JESSICA EVA**
Facultad	:	**MEDICINA HUMANA**
Escuela Profesional	:	**MEDICINA HUMANA**
Asesor(a)	:	Dr. Bocanegra Guardia, Humberto Omar

Después de realizado el análisis correspondiente en el Sistema Antiplagio URKUND, dicho documento presenta un **porcentaje de similitud de 05%.**

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en el artículo 9 de la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND, el cual indica que no se debe superar el 10%. Se declara, que el trabajo de investigación: SI Contiene un porcentaje aceptable de similitud, por lo que SI se aprueba su originalidad.

En señal de conformidad y verificación se entrega la presente constancia.

Fecha: 09/06/2020

Dra. DINA PARI QUISPE
Dirección General de Producción Intelectual

www.repositorio.unu.edu.pe

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

REPOSITORIO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

Yo, JESSICA EVA ILDEFONSO SANCHEZ
Autor de la TESIS titulada:
"FACTORES MATERNOS RELACIONADOS CON PREMATURIDAD ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA DURANTE EL PERIODO ENERO - DICIEMBRE DEL 2018

Sustentada el año: 2021
Con la asesoría de: M. Ped. HUMBERTO OMAR BOCANEGRA GUARDIA
En la Facultad de: MEDICINA HUMANA
Carrera Profesional de: MEDICINA HUMANA

Autorizo la publicación:

PARCIAL [ ] Significa que se publicará en el repositorio institucional solo La caratula, la dedicatoria y el resumen de la tesis. Esta opción solo es válida marcar **si su tesis o documento presenta material patentable**, para ello deberá presentar el trámite de CATI y/o INDECOPI cuando se lo solicite la DGPI UNU.

TOTAL [X] Significa que todo el contenido de la tesis y/o documento será publicada en el repositorio institucional.

De mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali (www.repositorio.unu.edu.pe), bajo los siguientes términos:

Primero: Otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali **licencia no exclusiva** para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: Declaro que la **tesis es una creación de mi autoría** y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas, caso contrario, me hago único(a) responsable de investigaciones y observaciones futuras, de acuerdo a lo establecido en el estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali y del Ministerio de Educación.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 19 / 02 / 2021

Email: jail.defonsosanchez@gmail.com
Firma:

Teléfono: 961926000
DNI: 41516446

www.repositorio.unu.edu.pe

PORTADA

1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

"Factores maternos relacionados con la prematuridad atendidos en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo enero- diciembre del 2018"

2. ÁREA DE INVESTIGACIÓN:

Neonatología.

3. AUTORA:

ILDEFONSO SÁNCHEZ JESSICA EVA

Bachiller en Medicina de la Facultad de Medicina Humana – UNU

4. ASESOR:

Dr. HUMBERTO OMAR BOCANEGRA GIARDIA

Docente de la Facultad de Medicina Humana – UNU

5. INSTITUCIÓN QUE FINANCIAN:

Ninguna

www.repositorio.unu.edu.pe

DEDICATORIA

Al señor mi Dios, y a todos quienes apoyaron para que esta tesis sea posible.

www.repositorio.unu.edu.pe

AGRADECIMIENTO

A mi dios por darme constancia para seguir adelante a pesar de los obstáculos.

A mis padres por su apoyo incondicional, con sus consejos estuvieron en los momentos difíciles orientándome a seguir el camino correcto.

A mi amado esposo, mi amigo y confidente, gracias por su comprensión quien fue mi fortaleza para seguir el camino correcto.

A mi hija Amy, mi razón de ser, que a su corta edad entendía las dificultades que lleva tener una carrera tan difícil pero hermosa a la vez.

A mi familia que me apoyan en cada momento.

A la Universidad y maestros quienes hicieron posible que mis metas perduren.

.

www.repositorio.unu.edu.pe

ÍNDICE

PORTADA ……..iii
DEDICATORIA……..……iv
AGRADECIMIENTO ……..…v
RESUMEN ……..…..vi
CAPÍTULO I PROBLEMA…….…. 1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA……1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA…….....….4
1.3. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS…….....5
1.4. JUSTIFICACIÓN……..……...…..6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO……..…...….7
2.1. ANTECEDENTES…….……...7
2.2. BASES TEÓRICAS…….……...….10
2.3. HIPÓTESIS……..……27
2.4. VARIABLES DE ESTUDIO……28
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN……31
3.1. ÁMBITO DE ESTUDIO……...……31
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN……31
3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN. ……...……31
3.4. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN……31
3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN…….....32
3.6. POBLACIÓN, MUESTRA, MUESTREO……32
3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS……...32
3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS……...33
3.9. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS……...….33
CAPÍTULO IV: RESULTADOS ……...….34
4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS……..……...….34

www.repositorio.unu.edu.pe

4.2. DISCUSIÓN……..…42
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES……..…...44
RECOMENDACIONES……...……..……46
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA……...……48
ANEXOS……..……...…53
ANEXO 1: FICHAS DE RECOLECCION DE DATOS……...…….54
ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA……57
ANEXO 3: SOLICITUD AL DIRECTOR DE HRP……..59
ANEXO 4: CONSTANCIA DE REALIZACION FICHAS……...60
DE RECOLECCION DE DATOS

www.repositorio.unu.edu.pe

ÍNDICE DE CUADROS

		Pág.
Tabla 1.	Factores maternos Sociodemográficos relacionados con prematuridad en el Hospital Regional de Pucallpa 2018.	34
Tabla 2.	Factores maternos Obstétricos relacionados con prematuridad en el Hospital Regional de Pucallpa 2018.	36
Tabla 3.	Factores maternos Ginecológicos relacionados con prematuridad en el Hospital Regional de Pucallpa 2018.	38
Tabla 4.	Factores maternos Genético y de Nacimiento relacionados con prematuridad en el Hospital Regional de Pucallpa 2018.	40

www.repositorio.unu.edu.pe

INDICE DE GRAFICOS

		Pág.
Grafico 1.	Factores maternos Sociodemográficos relacionados con prematuridad en el Hospital Regional de Pucallpa 2018.	35
Grafico 2.	Factores maternos Obstétricos relacionados con prematuridad en el Hospital Regional de Pucallpa 2018	37
Grafico 3.	Factores maternos Ginecológicos relacionados con prematuridad en el Hospital Regional de Pucallpa 2018	39
Grafica 4.	Factores maternos Genético y de Nacimiento relacionados con prematuridad en el Hospital Regional de Pucallpa 2018	41

www.repositorio.unu.edu.pe

RESUMEN

El presente trabajo de investigación es de estudio cohorte y controles y transversal, tuvo como objetivo: Determinar cuáles son los factores maternos relacionados con la prematuridad atendidos en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo enero- diciembre del 2018. La muestra estuvo constituida por 150 neonatos, el instrumento utilizado fue la recolección de datos.

En los resultados obtenidos los factores maternos sociodemográficos, presentan mayor significancia. La edad de 18–35 años, no representa factores de riesgos maternos, siendo un factor de protección con un 0.9 veces de significancia, al igual que el grado de instrucción de superior universitario completo y estudios de post grado. El analfabetismo como principal factor para el parto pretérmino, tienen 2.8 veces más probabilidad de generar la patología.

En el grupo de factores maternos obstétrico, el parto prematuro, la preeclampsia, polihidramnios presentaron factor de riesgo, más aún en desprendimiento prematura de placenta con un 4.2 veces mas significancia, ya que según el estudio es la patología con más caso de prematuridad.

Dentro de los factores ginecológicos, las infecciones verticales representan 2,8 veces significancia que las infecciones urinarias que representa unos 1.6 veces y en menor medida las anomalías uterinas con un 1,1 veces.

Todos los factores genéticos presentaron riesgo para el parto pre término siendo las anomalías al nacimiento, y el bajo peso al nacer las de mayor riesgo

Palabras clave: Factores materno, prematuridad, factor sociodemográfico, factores obstétricos, factores ginecológicos, factores genéticos.

www.repositorio.unu.edu.pe

ABSTRACT

The present research work is of a cohort and controls and cross-sectional study, its objective was: To determine which are the maternal factors related to prematurity treated at the Pucallpa regional hospital during the period January-December 2018. The sample consisted of 150 neonates, the instrument used was the survey. In the results obtained, the maternal sociodemographic factors present greater significance. The age of 18–35 years does not represent a maternal risk factor, being a protective factor, as well as the degree of complete university education and postgraduate studies. Illiteracy as the main factor for preterm delivery is 2.8 times more likely to generate the disease.

In the group of maternal obstetric factors, all presented a risk factor, especially in premature detachment of the placenta, since according to the study it is the pathology with the most cases of prematurity

Among the gynecological factors, all presented risk, urinary infections have a high risk, even more vertical infections.

All genetic factors presented a risk for preterm delivery, with birth abnormalities and low birth weight being the highest risk

Keywords: Maternal factors, prematurity, sociodemographic factor, obstetric factors, gynecological factors, genetic factors

www.repositorio.unu.edu.pe

INTRODUCCIÓN

Se define como parto prematuro a los nacidos antes de las 37 semanas completas de gestación o menos de 259 días desde la primera fecha de la última regla (FUR). Es una condición definida por la incapacidad de una gestación de alcanzar un cierto período de tiempo (1).

Una evaluación global apoyada por la OMS estimó que, en 2013, 965,000 muertes neonatales (muertes dentro de los primeros 28 días de vida) estaban relacionadas con la prematuridad y el 2014, aproximadamente el 10,6% de todos los nacimientos vivos en todo el mundo fueron prematuros (3).

La estimación de la tasa de la prematuridad enfrenta muchas dificultades, en particular en registro sistemático de nacimientos, estimándose en todo el mundo alrededor de 15 millones en el 2010, (4)

Alrededor del 85% de los niños nacidos antes de las 37 semanas fueron prematuros moderados (32-33 semanas) o tardíos (34-36 semanas), el 10% fueron muy prematuros (28-31 semanas) y el 5% fueron muy prematuros. (<28 semanas), datos similares a los brindados por la OMS. (4)

Según el instituto nacional materno perinatal la tasa de partos pre términos se mantiene entre 8 y 10 % en los últimos 8 años (2010-2018). No habiendo variación significativa en ello. (7)

De tal manera es importante el estudio ya que el manejo de prematuro en el Perú ha experimentado un gran desarrollo en las últimas décadas en base al aumento del nacimiento de bebés prematuros. Los recién nacidos antes del término de la gestación tienen gran morbilidad debido a la inmadurez de la mayoría de sus órganos y sistemas (12).

www.repositorio.unu.edu.pe

CAPÍTULO I: PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)(1) define los nacimientos prematuros como nacimientos antes de las 37 semanas completas de gestación o menos de 259 días desde la primera fecha del último regla (FUR). Es una condición definida por la incapacidad de una gestación de alcanzar un cierto período de tiempo, más que por la presencia de signos o síntomas específicos. Dependiendo del punto de vista de uno, el parto prematuro puede considerarse como un resultado adverso del embarazo (cuando un feto no puede cumplir con su potencial de crecimiento en el útero) o un resultado preferido (por ejemplo, donde se ha evitado con éxito un aborto espontáneo o una prematuridad no viable). Incluso en mujeres sanas con embarazos de bajo riesgo, se puede esperar que una proporción de bebés nazcan prematuros.

El crecimiento fetal mediante exámenes de ultrasonido en mujeres mejor alimentadas con mujeres de bajo riesgo y hubo tasas de nacimiento prematuro de que van desde 3.6% en Alemania a 14.7% en Egipto. Además, en el estudio longitudinal de crecimiento fetal multipaís (INTERGROWTH) la tasa del nacimiento prematuro fue de 5% (2).

Según las estimaciones de la OMS sobre la prematuridad en la salud pública es importante. Una evaluación global apoyada por la OMS estimó que, en 2013, 965,000 muertes neonatales (muertes dentro de los primeros 28 días de vida) estaban relacionadas con la prematuridad y el 2014, aproximadamente el 10,6% de todos los nacimientos vivos en todo el mundo fueron prematuros. Es la principal causa de muerte en todo el mundo para niños menores de 5 años en el 2016, representando aproximadamente el 16% de todas las muertes y el 35% de las muertes entre los recién nacidos (3).

Las estimaciones de la tasa de prematuridad en todo el mundo enfrentan muchas dificultades, en particular la falta de registro sistemático de nacimientos, estimaciones de término imprecisas y errores en la clasificación entre nacimientos, como nacimientos sin vida y vivos. Sin embargo, el número de nacimientos prematuros se estimó en todo el mundo en alrededor de 15 millones (IC 95% [12.3-18.1]) en 2010, lo que representa una tasa general de prematuridad de alrededor del 11% de los nacimientos vivos. Alrededor del 85% de los niños nacidos antes de las 37 semanas fueron prematuros moderados (32-33 semanas) o tardíos (34-36 semanas), el 10% fueron muy prematuros (28-31 semanas) y el 5% fueron muy prematuros. (<28 semanas), datos similares a los brindados por la OMS (4).

Según el estudio entre 1990 y 2010, la tasa general de prematuridad habría aumentado en promedio un 0,8% por año, un aumento de casi el 15% durante todo el período. Sin embargo, las tendencias mundiales se amplifican por la mejora y la sistematización del registro de nacimientos y enmascaran disparidades significativas. Así, la tasa de prematuridad disminuyó en los Estados Unidos entre 2005 y 2012 (del 9,1% al 7,7%) y en ciertos países europeos entre 1996 y 2008 (en particular Suecia, Finlandia y Países Bajos). Además, no existe una estimación confiable en todo el mundo de la distribución de nacimientos prematuros por método de parto. Además, esta distribución es muy variable según el país y el período estudiado. Entre los nacidos vivos entre 22 y 36 semanas completados en 19 regiones o países europeos en 2008, las tasas de prematuridad inducida variaron del 21% (Reino Unido, Malta) al 48% (Francia) (5).

Según un trabajo de investigación en los Estados Unidos, esta tasa fue del 42% en 2012 (estudio retrospectivo de certificados de nacimiento). La situación es probablemente muy diferente en algunos países en desarrollo que realizan pocas cesáreas (tasa general <5%). Un estudio realizado en asociación con la OMS en 2010-2011 encontró una asociación entre las tasas de prematuridad inducida y el índice de desarrollo humano (IDH), los países con el IDH más alto tienen las tasas

de prematuridad inducidas más altas. Además, las tasas de prematuridad inducidas son generalmente más altas en el caso de embarazos múltiples (estas tasas oscilaron entre 24% y 69% en 2008 en el estudio europeo MOSAIC) en comparación con embarazos fetales únicos. También varían según la edad gestacional de nacimiento (6).

En el Perú refiere según el instituto nacional materno perinatal la tasa de partos pretérminos se mantiene entre 8 y 10 % en los últimos 8 años (2010-2018). No habiendo variación significativa en ello. (7).

En problema de estudio hace referencia al desarrollo fetal continuo; es de esperar alguna variación normal en el crecimiento fetal entre individuos. Un límite específico (como <37 semanas) que clasifica a todas las mujeres o bebés en dos grupos mutuamente excluyentes es conveniente para la epidemiología y la investigación; sin embargo, un grupo de fetos prematuros inevitablemente fenecerá a algunos que están más avanzados en el desarrollo que otros. En conjunto, los resultados de mortalidad y morbilidad de los recién nacidos prematuros son más pobres que los de los que nacen a término, y los peores resultados se observan en las gestaciones más cortas, debido a múltiples factores de riesgo.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Problema principal

- ¿Cuál son los factores de maternos relacionados con prematuridad en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo de enero a diciembre del 2018?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cuáles son los factores maternos sociodemográficos relacionados con prematuridad en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo de enero a diciembre del 2018?
- ¿Existen Factores maternos obstétricos relacionados con prematuridad en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo de enero a diciembre del 2018'?
- ¿Cuáles son los Factores maternos ginecológicos relacionados con prematuridad en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo de enero a diciembre del 2018'?
- ¿Cuáles son los factores riesgo genéticos y de nacimiento relacionados con prematuridad en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo de enero a diciembre del 2018?'

1.3 OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

1.3.1. Objetivo General

- Determinar los factores maternos relacionados con prematuridad en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo de enero a diciembre del 2018.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Determinar los Factores maternos sociodemográficos relacionados con prematuridad en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo de enero a diciembre del 2018.
- Especificar los Factores maternos obstétricos relacionados con prematuridad en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo de enero a diciembre del 2018.
- Especificar los Factores maternos ginecológicos relacionados con prematuridad en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo de enero a diciembre del 2018.
- Determinar los Factores de riesgos genético y de nacimiento relacionados con prematuridad en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo de enero a diciembre del 2018.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Justificación social

Se pretende estudiar la prematuridad, con la finalidad de conocer el comportamiento de los factores de riesgo que se encuentran en la población. En referencia al tema existen pocos datos, por la falta de reportes. El estudio de ello es de gran interés puesto que hay una gran mortalidad mundial respecto a los partos pre términos.

.

Justificación práctica

La tasa de parto pre término es de 8 y 10% desde los últimos ocho años y esto no ha venido disminuyendo, por lo que se mantiene, es de necesidad saber las causas que lo generan. De algún modo las causas son diversas, los mecanismos que tienen las instituciones por prever esto viene siendo deficiente en el medio. Por eso es de necesidad el estudio de los factores de riesgo del parto prematuro.

Justificación metodológica

Este estudio aportará datos útiles para la salud pública en nuestra realidad local y nacional, y permitirá tomar las medidas necesarias, ya que, por un lado exhortará a hacer un análisis adecuado sobre realidad de recursos humanos infraestructura y equipos para llevar un adecuado control prenatal en el embarazo y disminuir diversas patologías hacia nuevos enfoques terapéuticos y, por otro lado ayudará a disminuir la tasa de morbimortalidad neonatal en la Región Ucayali.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1. Investigaciones extranjeras

- **Jiang M., Mishu I., et al. Taiwan. (2018).** "Un estudio de casos y controles de factores de riesgo y resultados neonatales del parto prematuro"**.** Refiere que los factores de riesgo y los resultados neonatales del parto prematuro es una base para prevenir el parto prematuro. Estudiaron 1328 controles a término y 1328 casos de parto prematuro. Llegando a la conclusión que los antecedentes de embarazo, hipertensión, colestasis intrahepatica del embarazo, restricción del crecimiento fetal, ruptura prematura de membranas, placenta previa y presentación anormal fueron covariables identificadas en este estudio como factores de riesgo para el parto prematuro. El parto prematuro es una razón importante de mal pronóstico neonatal y consecuente a muerte. (8)

- **Ville Y., Rozenberg P., et al. Amsterdam. (2018).** "Predictores de parto prematuro". Refiere que la longitud cervical (CL) medida mediante un examen de ultrasonido transvaginal (TVUE) identifica mejor el riesgo de parto prematuro (PTB). Identifica a las mujeres en riesgo que pueden beneficiarse de los corticosteroides o la transferencia en el útero. La detección temprana mejora la efectividad de la tocólisis. Reduce la iatrogenicidad y el costo. En la ruptura prematura prematura de membranas (RPM), la CL carece de riesgo infeccioso y predice la duración de la fase de latencia, pero no el riesgo de sepsis perinatal. Las mujeres asintomáticas en riesgo deben ser examinadas en un intervalo de 2 semanas a partir de 16 a 18 semanas, hasta 24 semanas. Las CL <percentil 10 están en riesgo de sufrir PTB, especialmente con una disminución en la CL después de 16 semanas. La ecografía repetida mejora los valores predictivos. Estable CL llama para entrega a plazo. La canalización no mejora la predictividad de CL. En embarazos gemelares, CL reduce las intervenciones innecesarias. En mujeres sintomáticas, la fibronectina fetal funciona

menos que la CL. Su combinación con CL no concluyente no ha resultado productiva a través de ensayos controlados aleatorios (ECA), y los estudios con tratamiento homogéneo para el parto prematuro (PTL) sugieren que se podría evitar hasta el 15% de las hospitalizaciones y el tratamiento injustificados. (9)

- **Vogel J., Chawapaiboon M., et al. EE.UU. (2014)** "Epidemiología y causas del parto prematuro"**.** En este trabajo se centra en el estado actual de la evidencia y la práctica relacionadas con la prevención del parto prematuro. Proporcionando una visión general del conocimiento actual (y las limitaciones) sobre la epidemiología global del parto prematuro, en particular en torno a cómo se define, mide y clasifica el parto prematuro, y lo que se sabe sobre sus factores de riesgo, causas y resultados. A pesar de las asociaciones reportadas entre el parto prematuro y una amplia gama de factores sociodemográficos, médicos, obstétricos, fetales y ambientales, aproximadamente dos tercios de los nacimientos prematuros ocurren sin un factor de riesgo evidente. Los esfuerzos para estandarizar las definiciones y comparar las tasas de nacimientos prematuros a nivel internacional han arrojado importantes conocimientos sobre la epidemiología del parto prematuro y cómo podría prevenirse. (10)

- **Lockwood C., et al. EE.UU. (2015).** "Factores de riesgo para parto prematuro y nuevos enfoques para su diagnóstico temprano" en su trabajo refiere que en la actualidad existen nuevos enfoques que se dan a los factores de riesgo para poder evitar el parto prematuro. Realizando una revisión, pero profunda sobre estos enfoques. (11)

2.1.2. Investigaciones Nacionales

- **Huertas T. Perú-Lima (2018):** "Parto pretérmino: causas y medidas de prevención", refiere que parto pretérmino es la vía final común de una serie de procesos fisiopatológicos diferentes, por lo que constituye un síndrome. El parto pretérmino espontáneo representa las dos terceras partes del parto pretérmino. Su prevención

puede ser primaria o secundaria, y se centra básicamente en la predicción, la que actualmente se realiza mediante calculadoras de riesgo que combinan factores de historia clínica, longitud cervical y fibronectina fetal. La progesterona vaginal reduce la tasa de parto pretérmino espontáneo en 35 a 40%, si se administra desde las 16 hasta las 34 semanas. (7)

- **Ota N. Perú – Lima (2018**) "Manejo neonatal del prematuro: avances en el Perú", en el trabajo de investigación refiere que la Neonatología ha experimentado un gran desarrollo en las últimas décadas en base al aumento del nacimiento de bebés prematuros. Los recién nacidos antes del término de la gestación tienen gran morbilidad debido a la inmadurez de la mayoría de sus órganos y sistemas. Existe una relación inversa entre la edad gestacional y la morbilidad. Esto representa un gran reto, el manejo de los prematuros muy extremos, por la alta mortalidad. Se revisó los hitos en los avances del manejo del prematuro, que se inicia en la década de los 70, e incluye no solo el desarrollo tecnológico de equipos, sino también el mejor conocimiento de la fisiología fetal-neonatal y programas de seguimiento de pacientes. (12)

- **Ahumada-B. Alvarado G., et al. Perú – Lima (2016**) "Factores de Riesgo de parto pretérmino en un hospital"**,** refiere que determinaron los factores de riesgo de parto pretérmino, llegando a la conclusión que el antecedente de parto pretérmino, la preeclampsia, el no tener ningún control prenatal y haber tenido un control prenatal insuficiente fueron factores de riesgo para el nacimiento pretérmino. (13)

- **Chira J., et al. Perú – Lambayeque (2015)** "Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del hospital provincial docente Belén de Lambayeque", refiere que el nacimiento pretérmino es la mayor causa de morbilidad y mortalidad neonatal y responsable de 75 a 90% de las muertes neonatales no relacionadas con malformaciones congénitas. Determinó los factores de riesgo del parto pretérmino en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque durante el año enero-diciembre 2010. Llegando a la conclusión que los factores de riesgo preconcepcional asociados

al parto pretérmino fueron escasos controles prenatales, anemia, y el antecedente de parto pretérmino. Así también las infecciones del tracto urinario, la rotura prematura de membranas, embarazo múltiple y oligohidramnios, también lo fueron. (14)

- **Okumura J., Maticorena D., et al. Perú - Lima (2015).** "Embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales en un hospital de Lima, Perú"**,** refiere que analizó el riesgo de complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes embarazadas en un hospital de Lima, Perú. Métodos: estudio de cohorte retrospectiva de 67.693 gestantes atendidas en el período 2000-2010. Llegando a la conclusión: que el embarazo se comporta como factor de riesgo para ciertas complicaciones obstétricas en la población adolescente, especialmente en las adolescentes tempranas. Existen además otros factores, que, sumados a la edad materna, constituyen la necesidad de formar equipos multidisciplinarios para reducir complicaciones obstétricas en esta población. (15

- **Guadalupe S., Oshiro C., et al. Perú – Lima (2017).** "Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del hospital maría auxiliadora durante el año 2015"**,** refiere que determinó los Factores de Riesgo asociados a Parto Pretérmino en Gestantes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015. el método: Estudio de tipo observacional, analítico, retrospectivo, casos y controles. La muestra fue de 400 gestantes atendidas en el Hospital María Auxiliadora durante el 2015. Llegando a la conclusión, que Los factores de riesgo para presentar parto pretérmino son la edad, la rotura prematura de membrana, el número de paridad, el control prenatal inadecuado, la preeclampsia, el estado civil y la infección del tracto urinario. (16)

2.1.3. Investigaciones locales

Se investigó en la biblioteca de la Universidad Nacional de Ucayali y no se encontraron trabajos de investigación con referente al tema de investigación.

2.2 BASES TEÓRICAS

Factor de riesgo

Según la biblioteca nacional de los estados unidos, es un aspecto del comportamiento personal o estilo de vida, exposición ambiental, características innatas o heredadas, que, según la evidencia epidemiológica, se sabe que está asociado con una afección relacionada con la salud que se considera importante para prevenir. (17)

Según Schaaf l(18) dentro del parto pretérmino involucra múltiples factores así la asociación entre los grupos étnicos y el parto prematuro y para la etnia negra; refieren presentar riesgo pero no se observaron asociaciones significativas para mujeres asiáticas, hispanas o caucásicas. Según Carolan(19) y Smith(20) el riesgo de parto prematuro parece mayor en los embarazos adolescentes y en la edad matera avanzada (mayor o igual a 45 años). Además según Kozuki et al(21) refiere que las mujeres nulíparas menores de 18 años tienen el mayor riesgo de parto prematuro en todas las categorías de edad / paridad (OR: 1.52). También refiere Ruiz et al(22) que la baja educación materna también se ha asociado con el parto prematuro, aunque esto puede ser difícil de separar solo de la baja edad materna. Según Ferrero et al(23) el parto prematuro en un embarazo anterior es un factor de riesgo importante para el parto prematuro en un embarazo posterior, al igual que la nuliparidad materna; también refiere que los recién nacidos varones tienen un mayor riesgo.

Según Wendt (24) refiere que hay mayores probabilidades de parto prematuro a <6 meses y <12 meses del periodo intergenésico. También refiere Conde et al(25) que los mecanismos hipotéticos incluyen el agotamiento nutricional materno, el agotamiento del folato, la insuficiencia cervical y la transmisión vertical de la infección. Según Barros et al(26) la longitud cervical corta (medida por ecografía transvaginal) se asocia con el parto prematuro; una longitud de corte menor de 25 mm es un límite de uso común; cuanto más corta es la longitud cervical, mayor es el riesgo. Según Qin et al(27) los gemelos únicos y los gemelos formados a través de la fertilización in vitro (FIV) tienen riesgos independientemente más altos de parto prematuro que los embarazos únicos y gemelos concebidos espontáneamente.

Además según Cnattingius I(28)los hábitos nocivos como fumar en el embarazo aumenta la probabilidad de un parto prematuro similar al uso de drogas recreativas e ilícitas (como el consumo excesivo de alcohol, cannabis y cocaína). Según Haahr et al(29) durante el embarazo, las afecciones infecciosas que se han relacionado con el parto prematuro incluyen VIH, vaginosis bacteriana, infección por Chlamydia trachomatis, corioamnionitis, infecciones del tracto urinario (particularmente pielonefritis), hepatitis C, malaria y sífilis. Según Vogel et al(10) otras afecciones maternas que complican el embarazo y están asociadas con el parto prematuro incluyen preeclampsia, diabetes pregestacional y gestacional, incompetencia cervical, enfermedad periodontal, anemia materna, obesidad, baja estatura y baja vitamina D materna; las afecciones más raras, como el lupus eritematoso sistémico, el síndrome de ovario poliquístico, la epilepsia, el trastorno bipolar y la depresión, el estrés y la ansiedad relacionados con el embarazo, también aumentan la probabilidad de parto prematuro. Según Danhof et al(30) refiere que las mujeres con neoplasia intraepitelial cervical (NIC) tienen un mayor riesgo de parto prematuro, el tratamiento de NIC puede aumentar ese riesgo, particularmente si el tratamiento ocurre durante el embarazo.

Según Many(31) y Purish(32) las condiciones placentarias, uterinas o fetales tales como desprendimiento de la placenta, placenta previa, polihidramnios, anomalías uterinas, leiomioma y defectos de nacimiento fetales también se han asociado con el parto prematuro. Actualmente según Saccone et al(33) existe un debate sobre si la evacuación uterina quirúrgica previa (como la interrupción del embarazo o el tratamiento del aborto espontáneo) aumenta el riesgo de parto prematuro o no, aunque las revisiones sistemáticas han informado asociaciones modestas para la evacuación uterina quirúrgica previa, no pudieron ajustar para todos los posibles factores de confusión.

Según Lamichhane (34) refieren que la contaminación del aire exterior (donde la materia articulada tiene un diámetro aerodinámico de 2.5 mm o más) está asociada con un aumento en el parto prematuro. También refiere Vos et al(35) que el parto prematuro también se ha asociado con desventajas socioeconómicas y eventos

vitales perturbadores que afectan a una mujer embarazada. Refiere Hill et al(36) La violencia de pareja íntima (IPV) durante el embarazo también se asocia con mayores probabilidades de bajo peso al nacer (BPN) (OR: 1.18, IC 95%: 1.05e1.31) y parto prematuro (OR: 1.42, IC 95%: 1.21e1. 63), pero no la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).

Los factores de riesgo del parto pretérmino son muchos sin embargo después de lo anterior mencionado se describe el siguiente:

Factores sociodemográficos

Edad materna

Según Kozuki (21) y Blomberg et al (37) refiere que en embarazos fetales únicos han demostrado un mayor riesgo general de prematuridad en mujeres jóvenes, especialmente aquellas menores de 18 años (grupos de referencia variables entre 20 y 29 años). Se ha informado una relación dosis-efecto con un menor riesgo de prematuridad cuanto menor es la edad materna. Este mayor riesgo se encontró tanto para primíparas como para multíparas. La edad materna joven también se asocia con mayor frecuencia a la prematuridad espontánea.

Según Blomberg (37) refiere que el riesgo general de prematuridad también es significativamente mayor entre las mujeres mayores de 35 años y en particular para las mayores de 40 años Este mayor riesgo se encontró para primíparas y multíparas así como en países con altos niveles de atención y desarrollo. Las asociaciones con la alta edad materna se observan con mayor frecuencia con la prematuridad inducida. En Francia, en 2010, el 16% de las mujeres dieron a luz entre 35 y 39 años y el 3,5% a los 40 años o más. El exceso de riesgo de prematuridad no se encontró en mujeres de 35 años o más en comparación con las mujeres de 25 a 34 años después de tener en cuenta los factores sociales y médicos, ya sea para la prematuridad espontánea.

Origen étnico

También refiere Schaaf (18), aunque la reducción de la prematuridad en los Estados Unidos se observó en todos los grupos étnicos, en 2013, la tasa de prematuridad fue

del 16% entre las mujeres afroamericanas contra el 10% entre las mujeres blancas y el 11% entre las hispanas. Las razones de las diferencias en la prematuridad según el grupo étnico aún no se conocen bien. La suposición principal es la de condiciones socioeconómicas más desfavorables en ciertos grupos étnicos, sin embargo, estas diferencias persisten después del ajuste. Un componente genético también podría intervenir. La proporción respectiva de factores genéticos y factores sociales / ambientales queda por determinar. Además, un efecto de selección probablemente interviene en caso de inmigración, lo que lleva al efecto migrante saludable; La tasa de prematuridad es a menudo más baja entre las poblaciones inmigrantes que en sus países de origen.

Según Schaaf (18) refiere que en los Estados Unidos, analizando las asociaciones entre el origen étnico de la madre y el riesgo de prematuridad. Los grupos comparados fueron los descritos convencionalmente en la literatura norteamericana: mujeres "negras" que agrupan a mujeres africanas o afroamericanas, "asiáticas" que agrupan las cuencas geográficas de Asia Central, Asia Meridional y Asia Meridional -Es "hispano", "blanco" (mujeres caucásicas no hispanas) y "otro". La etnia fue autoinformada o evaluada por los cuidadores. La mayoría de los estudios encontraron un mayor riesgo de prematuridad en el grupo de mujeres "negras" en comparación con las "blancas" antes del ajuste (OR general = 2.0, IC 95% [1.8-2.2]) y después ajuste (sin estimación general de OR debido a la gran heterogeneidad de los factores de ajuste entre los estudios). Un único estudio analizó los diferentes tipos de prematuridad (espontánea sin RPM, espontánea después de RPM, inducida) y encontró una diferencia más marcada en el riesgo en el subgrupo de prematuridad espontánea sin RPM. Además, las comparaciones entre mujeres “asiáticas” y “blancas” (17 estudios) o “hispanas” y “blancas” (11 estudios) encontraron resultados muy heterogéneos que no permitieron el metanálisis.

Situación socioeconómica

Según Ruiz (22) refiere que la situación socioeconómica es un concepto complejo y multifactorial que abarca varias dimensiones, en particular el nivel de educación, el nivel de ingresos y la situación profesional. Las desigualdades sociales están

asociadas con las desigualdades en salud, logrando un gradiente de salud para muchos indicadores, incluido la salud perinatal. En un metaanálisis realizado en las cohortes de 12 países europeos que agruparon más de 75,000 nacimientos entre 1983 y 2006, mujeres con un nivel de educación menor o igual a la educación secundaria inferior (según la clasificación CINE de la UNESCO) tuvo un riesgo general de prematuridad mayor en aproximadamente un 50% en comparación con las mujeres con un nivel de educación superior o igual a la educación postsecundaria. En otros países desarrollándose el parto espontaneo o inducido (OR = 2.1, IC 95% [1.5—2.9]) fueron más altas en mujeres con educación de pregrado menor o igual que aquellas haber recibido educación superior (resultados ajustados por características sociodemográficas: edad materna, IMC, paridad, estado civil, antecedentes de prematuridad, así como ciertos factores conductuales: tabaquismo, consumo de cannabis y medicina: calidad de la atención prenatal). Además, los ingresos, se encontraron asociaciones positivas entre los bajos ingresos del hogar y la tasa de prematuridad, así como entre el grado de desigualdad de ingresos dentro de un área geográfica y la tasa general de prematuridad, pero no consistentemente

Según Saurel (38) refiere que la tasa de prematuridad no es diferente entre las mujeres que trabajan durante el embarazo en comparación con las mujeres desempleadas o incluso menor en un análisis reciente de varias cohortes europeas (OR = 0.9, IC 95% [0.8—0.9]) entre las mujeres que tenían un trabajo durante al menos parte del embarazo en comparación con las mujeres "desempleadas", incluidas las mujeres desempleadas, las mujeres estudiantes y de hogar, después de ajustar por características sociales, incluido el nivel educativo. Además, se han informado asociaciones de baja amplitud para ciertas condiciones de trabajo, que sin embargo conciernen a una proporción muy pequeña de mujeres dada la generalización de la licencia prenatal y las posibilidades de eliminación de condiciones de trabajo particularmente duras. Los mecanismos que vinculan los factores de precariedad con la prematuridad son complejos y aún no se conocen bien. Ciertos factores intermedios parecen desempeñar un papel, por ejemplo, las dificultades en el acceso a la atención, una mayor frecuencia de tabaquismo o uso de drogas, trabajo arduo, estresores psicológicos y físicos agudos o crónicos.

Además, los diferentes sistemas de atención y protección social, las desigualdades territoriales podrían modificar el impacto de los factores individuales sobre las desigualdades en la salud perinatal.

Según Vos I(35) refiere que el impacto de las dificultades socioeconómicas también se ha estudiado a nivel ecológico. Un meta-análisis que agrupa 7 estudios realizados principalmente en Canadá en el Reino Unido analizó así la asociación entre los índices de desventaja social (caracterización sintética del nivel socioeconómico de una población en un área geográfica dada) y prematuridad. El riesgo general de prematuridad fue mayor en el quintil correspondiente al contexto socioeconómico menos favorecido en comparación con el más favorecido (OR ajustado = 1.2, IC 95% [1.1-1.3]), esto después de tener en cuenta factores individuales.

Estado civil

Según Shah (39) en un meta-análisis de 7 estudios realizados entre 1985 y 2001 en Europa, Canadá y Estados Unidos, encontró una asociación entre el estado civil y el riesgo general de prematuridad, este riesgo es mayor en mujeres solteras. (OR = 1.4, IC 95% [1.3—1.5]), y en mujeres solteras en parejas (OR = 1.1, IC 95% [1.0—1.3], 4 estudios) en comparación con las mujeres en casadas. Sin embargo, los factores de ajuste fueron diferentes según los estudios y podrían persistir factores de confusión residuales, en particular marcadores de nivel socioeconómico o factores psicosociales.

Según Ancel (40) refieren que no se detallaron los diferentes tipos de prematuridad, pero un estudio europeo informó vínculos más marcados con la prematuridad espontánea. Además, alrededor del 7% de las mujeres embarazadas vivían solas. La tasa de prematuridad fue mayor entre las mujeres que viven solas (8,5%) que, entre las mujeres en pareja, casadas o no (5,1%). Sin embargo, esta diferencia desapareció después de tener en cuenta otras características sociales y antecedentes médicos (OR = 1.2, IC 95% [0.9-1.6]), así como para prematuridad espontánea e inducida.

Historia de prematuridad en la madre

Según Shah. (41) refiere en un metaanálisis que encontró un mayor riesgo de prematuridad en mujeres que nacieron prematuramente (7 estudios realizados en países europeos o norteamericanos), pero estos resultados no fueron ajustados sobre características maternas (OR = 1.5, IC 95% [1.3—1.7]). Ciertos estudios de cohortes que han realizado ajustes a diversas características socioeconómicas maternas (edad, paridad, nivel de educación, tabaquismo según los estudios) también han mostrado una asociación significativa, incluso con una relación dosis-efecto entre la edad gestacional de nacimiento de mujeres y su término en el momento del parto mientras que otros encontraron resultados ajustados al límite de significación. El papel respectivo de los factores genéticos / epigenéticos, las características sociales y económicas y los factores ambientales queda por determinar para explicar esta asociación.

Factores sociodemográficos paternos

Según refiere Shah. (42) El impacto de las características paternas en el riesgo de prematuridad ha sido poco estudiado. Algunos estudios muestran un aumento en la prematuridad general para las categorías de edad paterna más bajas (generalmente <20 o <25 años), pero este resultado no se encuentra de manera consistente (según 8 estudios de cohorte. Existen muy pocos estudios sobre la altura, el IMC, el término de nacimiento y el peso al nacer del padre. Dos estudios de cohortes en Corea del Sur y California informan un menor riesgo general de prematuridad para las categorías de educación superior (post-secundaria), después de tener en cuenta las características sociodemográficas. de la madre (trabajo o nivel de educación en particular).

Factores ginecológicos y obstétricos

Paridad

Según Shah. (43) existe gran controversia al respecto puesto que en países desarrollados no encontró una asociación entre la paridad y el riesgo general de

prematuridad, ya sea mujeres nulíparas (OR = 1.1, IC 95% [1.0-1.3], 6 estudios) o multíparas grandes (paridad 5 a 9: OR = 1.0, IC 95% [0.8-1.2], 12 estudios), siendo el grupo de referencia mujeres de paridad 2 a 4. Estos resultados pueden ser criticados porque la calidad de los estudios incluidos fue muy variable, incluyendo en particular cohortes monocéntricas basadas en datos hospitalarios que no eran representativos de la población general. Además, los resultados no se ajustaron para posibles factores de confusión. Otro metaanálisis de 2013, que se refiere solo a datos de países en desarrollo, encontró resultados diferentes. Por lo tanto, en los análisis ajustados por factores socioeconómicos y nutricionales, entre las mujeres de 18 a 35 años, el riesgo de prematuridad aumentó ligeramente en las mujeres nulíparas (OR = 1.1, IC 95%) y en mujeres multíparas grandes (paridad ≥3, OR = 1.2) en comparación con mujeres con paridad 1 a 2.

Según Torchin. (44) las tasas más altas de prematuridad se encontraron en mujeres nulíparas (6,3%) y en mujeres multíparas grandes (paridad ≥4, 7,1%). Después de ajustar por las características sociodemográficas, las mujeres nulíparas retuvieron un mayor riesgo general de prematuridad (OR = 1.9, IC 95% [1.5—2.3], referencia: paridad 2), si espontáneo (OR = 1.7, IC 95% [1.3—2.2]) o prematuridad inducida (OR = 2.1, IC 95% [1.6—2.8]). En mujeres multíparas, por otro lado, los riesgos de prematuridad general, espontáneo e inducido no fueron significativamente diferentes de las mujeres de paridad 2 después del ajuste.

Historia de prematuridad y aborto espontáneo tardío

Según Kazemier. (45) refiere que en mujeres multíparas, una historia de parto prematuro o aborto espontáneo tardío aumenta el riesgo de parto prematuro recurrente en 2 a 5 veces. El riesgo de recurrencia aumenta cuando aumenta el número de antecedentes, cuando el historial de parto prematuro fue muy temprano (versus prematuridad moderada) o se refería a un embarazo mono fetal (versus gemelo). El mayor riesgo de recurrencia también se ha demostrado más específicamente en el caso de prematuridad espontánea o después de la ruptura prematura de las membranas (estudios en embarazos fetales únicos solamente).

Según Torchin. (44) la existencia de al menos un historial de parto prematuro se asoció con un alto riesgo de recurrencia del parto prematuro (OR = 6.6, IC 95% [5.0-8.7]) , ya sea espontáneo (OR = 7.6, IC 95% [5.3—10.8]) o prematuridad inducida (OR = 5.5, IC 95% [3.7—8.3]) [21]. Sin embargo, si una historia de prematuridad o aborto involuntario tardío es una situación de alto riesgo para un embarazo posterior, no es directamente la causa de la prematuridad, sino más bien el marcador de una situación recurrente o "patológica". Persistencia de factores de riesgo.

Historial de interrupción del embarazo

Según Saccone. (33) en un metanálisis de 2016 que incluyó aproximadamente 900,000 mujeres, el riesgo de prematuridad fue mayor con un historial de interrupción quirúrgica del embarazo en comparación con mujeres sin antecedentes de interrupción (OR 1.5 no ajustado, IC 95% [1.1—2.2], todas las técnicas quirúrgicas y todos los términos combinados). Este resultado se encontró tanto para el historial de interrupción del embarazo por legrado (OR = 1.4, IC 95% [1.1—1.8]) como por aspiración (OR = 1.20, IC 95% [1,16-1,24]). Además, el riesgo de prematuridad fue mayor en el caso de un antecedente de legrado en comparación con el antecedente de aspiración (OR = 1.5, IC 95% [1.4-1.7]). Los análisis específicos de interrupciones del embarazo que ocurrió antes de las 14 semanas solo involucraron a 95,000 mujeres y encontró un mayor riesgo de prematuridad, pero no significativo (OR = 2.4, IC 95% [0.4-14.1]). Hay muy pocos datos sobre el riesgo de prematuridad después de uno o más abortos en el embarazo. El mismo metaanálisis encontró un aumento insignificante en el riesgo de prematuridad en el caso de un historial de interrupción de la medicación del embarazo (OR = 1.50, IC 95% [1.00-2.25], solo 900 mujeres incluidas).

Intervalo entre embarazos

Según Wendt. .(24) el intervalo entre dos embarazos es el período desde el nacimiento hasta la próxima concepción. La asociación entre el intervalo de embarazo y la prematuridad en países de ingresos medios y altos; existe una gran heterogeneidad entre los estudios que analizan la asociación entre el intervalo entre

dos embarazos y el riesgo de parto prematuro: poblaciones estudiadas (países con ingresos económicos muy diferentes, solo embarazos vivos, aborto espontáneo para el primer embarazo), definición del intervalo entre dos embarazos (intervalo de nacimiento-concepción, intervalo de nacimiento-nacimiento), criterios de inclusión y exclusión para el primer y segundo embarazo (muerte fetal en el útero), factores de confusión tomados en cuenta (antecedentes de parto prematuro, tabaquismo), elección del intervalo de referencia, falta de distinción entre prematuridad espontánea e inducida. Sin embargo, un metaanálisis encontró una asociación entre un intervalo entre dos embarazos <18 meses y un mayor riesgo de parto prematuro (referencia: intervalo 18-23 meses).

También Wendt. (24) refiere que hubo un efecto de dosis con un mayor riesgo cuanto más corto fue el intervalo (intervalo <6 meses: OR ajustado 1.4, IC 95% [1.2-1.6], intervalo 6-12 meses: OR 1.1 ajustado, IC 95% [1.1—1.2], intervalo de 12 a 18 meses, OR 1.1 ajustado, IC 95% [1.0—1.1]). Del mismo modo, un intervalo> 5 años se asoció con un mayor riesgo de prematuridad (OR = 1.2, IC 95% [1.1-1.2]). Por lo tanto, el riesgo de prematuridad parece aumentar cuando el intervalo entre el nacimiento y la concepción es inferior a 18 meses, pero de manera modesta ya que los OR ajustados son todos menores que 1.5.

Según Olson. (46) refiere que hay un mayor riesgo de parto prematuro después de un intervalo de <6 meses (OR = 1.4, IC 95% [1.2-1, 6]) y entre 6 y 12 meses (OR = 1.1, IC 95% [1.0-1.2]). Un estudio de 40441 mujeres ha cuestionado recientemente la intensidad del vínculo entre el intervalo entre dos embarazos y el riesgo de parto prematuro. Una comparación de los resultados del segundo y tercer embarazo en la misma mujer, de acuerdo con los intervalos entre embarazos sucesivos, no mostró una asociación entre el riesgo de parto prematuro y la duración del intervalo entre dos embarazos. Por el contrario, una comparación, como en estudios anteriores, de los resultados del embarazo en mujeres con un intervalo <6 meses versus un intervalo de 18 a 23 meses mostró un mayor riesgo de parto prematuro con un intervalo <6 meses (OR = 1.4, IC 95% [1.3—1.5]).

Vaginosis bacteriana

Según Torchin. (44) existe una asociación entre la vaginosis bacteriana y la prematuridad. Esta asociación se ha considerado durante mucho tiempo como fuerte (OR alrededor de 2), pero ahora parece más débil.

Malformaciones uterinas congénitas

Según Venetis. (47) refiere que encontró un aumento en el riesgo general de prematuridad en el caso de un útero septado (tabique completo o parcial, OR 2.1, IC 95% [1.5— 2.9]), así como en el caso de problemas de fusión en los canales de Müller (útero didelfo: OR 3.4, IC 95% [2.0—5.6], bicornuato: OR 2.2, IC 95 % [1,6—3,0], unicornios: OR 3.1, IC 95% [1.9—5.2]). La asociación entre el útero arqueado y la prematuridad estaba en el límite de significancia (OR 2.0, IC 95% [1.0-4.2]).

Embarazos múltiples

Según refiere Zeitlin. (5) La tasa general de prematuridad es de 8 a 12 veces mayor en embarazos múltiples en comparación con embarazos fetales únicos (resultados de cohortes de población en 19 países europeos en 2008. Este aumento se refiere tanto a la prematuridad espontánea (5 a 10 veces mayor para embarazos múltiples) como inducida (8 a 20 veces mayor según el país).

Procreación asistida médicamente (PAM)

Según Qin. (27) el riesgo de prematuridad es mayor con la fertilización in vitro (FIV) con o sin inyección intracitoplasmatica de esperma (ICSI), en gran parte debido a embarazos múltiples. Sin embargo, varios metaanálisis sucesivos también han encontrado un vínculo entre la PAM y la prematuridad en el caso de un solo embarazo fetal. Se compararon el riesgo de prematuridad en el caso de un embarazo fetal único resultante de la FIV (con o sin ICSI) y de un embarazo fetal único espontáneo (incluidos algunos estudios de embarazos después de la estimulación ovárica e inseminación artificial). El riesgo de prematuridad <37 semanas en el caso de FIV ± ICSI fue 1.7, IC 95% [1.6-1.8], y el del parto <32 semanas fue 2.1, IC 95% [1.7-2.6]. Estos resultados siguieron siendo significativos y del mismo orden de magnitud para

los análisis limitados a cohortes prospectivas, estudios de población o estudios que excluyen la estimulación ovárica y la inseminación artificial.

Contaminación del aire

Según Lamichhane. (34) refiere que el interés por los efectos del entorno físico y químico en la salud ha generado preguntas sobre el papel de la contaminación del aire en la aparición del parto prematuro. Los estudios son numerosos, pero también muy heterogéneos en la medición de contaminantes, la diversidad de los umbrales de contaminación seleccionados, el período de tiempo entre la medición de la exposición y la concepción/entrega. Los metaanálisis encontraron asociaciones modestas entre la exposición a partículas finas y la prematuridad (para un aumento de 10 g / m 3 en la concentración de partículas finas con un diámetro <2.5 m: OR = 1.1, IC 95 % [1.0—1.2], y para partículas con un diámetro <10 m: OR = 1.2, IC 95% [1.0—1.4]). Se ha mencionado el papel de otros contaminantes del aire (dióxido de azufre, monóxido de carbono, dióxido de nitrógeno, ozono), pero con asociaciones de más débiles amplitud y resultados contradictorios. Además, estos contaminantes podrían ser los marcadores de un conjunto de exposiciones ambientales no medidas; Por lo tanto, se debe tener precaución con respecto a la naturaleza causal de las relaciones reportadas en la literatura.

Factores psicológicos

Según Torchin. (44) El impacto de la depresión, la ansiedad y el estrés materno antes y durante el embarazo sobre el riesgo de parto prematuro podría haber una asociación entre las experiencias negativas de la infancia y / o la existencia de síntomas depresivos antes del embarazo y la prematuridad, pero la literatura no está bien respaldada y estos resultados deben confirmarse. Además, los trastornos psicológicos como la depresión, la ansiedad y el estrés materno durante el embarazo están asociados con el riesgo general de prematuridad.

Factores genéticos / epigenéticos

Según Manuck. (48) Los diferentes enfoques permiten evaluar la proporción de factores genéticos en la prematuridad. Los estudios de heredabilidad se basan en el análisis de gemelos y la segregación genética dentro de las familias. La identificación de genes candidatos (en ADN nuclear o mitocondrial) requiere una hipótesis a priori sobre la función biológica de estos genes y sobre su posible papel en la prematuridad. Por el contrario, los análisis de todo el genoma completo (GWAS) no requieren este tipo de hipótesis y permiten que se identifique un gran número de asociaciones simultáneamente. Sin embargo, a pesar de la cantidad de información proporcionada por estos estudios, solo permiten analizar ciertos polimorfismos genéticos (SNP). Otro campo de investigación se refiere al estudio de factores epigenéticos, es decir, modificaciones de la estructura del ADN o de la expresión de genes inducidos por diversos factores ambientales, que persisten durante las divisiones celulares. Estos análisis se basan en particular en el estudio de la metilación del ADN y en el análisis de microARN, que modifican la expresión del genoma al actuar sobre la traducción del ARN mensajero en proteínas. Todos estos estudios se enfrentan a dificultades metodológicas, en particular la necesidad de identificar fenotipos precisos y homogéneos que compartirían mecanismos genéticos comunes, el origen multifactorial de la prematuridad, el poder débil para identificar variantes raras, el problema de las pruebas múltiples. Además, al comparar los resultados de estudios que han analizado diferentes grupos también es problemático (diferencias en los fenotipos estudiados, grupos de origen étnico variable). Los análisis epidemiológicos parecen indicar que la parte genética / epigenética en la duración de la gestación podría estar entre el 25 y el 40%, y que esto estaría relacionado con el genoma materno y el genoma fetal, pero poco con el genoma paterno.

Con respecto al papel del genoma materno en la prematuridad espontánea Capece et al(49) se han encontrado asociaciones con genes implicados en las vías de inflamación o coagulación (por ejemplo, los factores TNF-, TNF-, IL-4 , IL-6, IL-10, algunos TLR) o con SNP implicados en las vías de señalización de glucocorticoides, en el metabolismo del colágeno y en la descomposición de la matriz extracelular.

También se han mencionado muchas otras asociaciones, pero no siempre se han podido replicar; Los mecanismos fisiopatológicos precisos son poco conocidos.

Sobre los niños prematuros

Según Liu et al(50) refiere que el impacto de la prematuridad en la salud pública es importante. Una evaluación global apoyada por la OMS estimó que, en 2013, 965,000 muertes neonatales. La mortalidad total de niños menores de 5 años, lo que la convierte en la principal causa de muerte en esta categoría de edad. Las muertes relacionadas con la prematuridad afectaron tanto a los países en desarrollo (10 a 20% de las muertes antes de los 5 años) como a los países desarrollados (23%).

Supervivencia global.

Según Teune et al(51) las tasas de supervivencia aumentan con la edad gestacional en cada cohorte, pero existen variaciones significativas entre países. En algunos países, la atención perinatal es muy "activa" en términos tempranos (administración de terapia prenatal con corticosteroides, realización de cesáreas y procedimientos de reanimación en la sala de partos de 22 a 23 semanas); otros, por el contrario, limitan la atención activa a los niños nacidos entre 24 y 25 semanas debido a las preocupaciones sobre el desarrollo posterior de extremos prematuros. Estas diferencias en la práctica probablemente explican en parte las diferencias en la supervivencia en países con estándares de atención comparables. Sin embargo, las tasas de supervivencia también son diferentes después de 26 semanas, mientras que las actitudes de los equipos son más consensuadas. Para los niños nacidos después de las 28 semanas de edad, las tasas de supervivencia superan el 90% con un aumento por cada semana adicional de amenorrea (LE2). Sin embargo, incluso para los niños nacidos entre las 34 y 36 semanas de edad (prematuridad tardía), la mortalidad neonatal (antes de 28 semanas) sigue siendo significativamente más alta que la de los recién nacidos a término.

Supervivencia según el contexto del nacimiento

Según Torchin et al(44) los mecanismos que pueden conducir a un parto prematuro son múltiples y determinan en parte el destino del niño a corto, mediano y largo plazo. El análisis de la supervivencia según el contexto de nacimiento requiere definir con precisión los grupos comparados; Las diferencias en la definición podrían explicar parte de los resultados discordantes. Además, el parto prematuro es siempre el resultado de una afección médica, y ninguna causa de nacimiento puede usarse como referencia absoluta.

Morbilidad neonatal global

Según Ancel et al(40) Existen muchas complicaciones neonatales de la prematuridad: complicaciones neurológicas (sustancia blanca, hemorragia intraventricular y/o intraparenquimatosa), respiratorias (enfermedad de la membrana hialina, displasia broncopulmonar), digestivas (perforación digestiva temprana, enterocolitis ulcerosa) necrotizante), infecciosa o incluso oftalmológica (retinopatía del prematuro). En el caso de prematuridad extrema, las complicaciones respiratorias y cerebrales son las más frecuentes. Las tasas de displasia broncopulmonar moderada o grave, caracterizada a las 36 semanas, se encontraban en las cohortes, Las lesiones cerebrales graves (grado 3—4 hemorragia intraventricular y / o leucomalacia periventricular) involucraron al 20—40% de los niños nacidos a las 22–23 semanas y que abandonaron la atención neonatal.

Según Teune et al(51) refiere que las tasas de displasia broncopulmonar severa a las 36 semanas después de la edad menstrual del 8% a las 28 semanas, 3% a las 29 semanas (ss), ≤2% a las 30—31 (ss) y nulo en 32-34 (ss). Las hemorragias intraventriculares de grado 3 o 4 entre los niños fue del 4 a 5% de 28 a 29(ss), 2 a 3% de 30 a 31 (ss) y <1% de 32 a 34 (ss); para las leucomalacias periventriculares, estas tasas fueron de 2 a 3% en 28 a 29 (ss), 1 a 2% en 30 a 31 (ss) y ≤1% en 32 a 34 (ss) [13]. Después de 34 semanas, las complicaciones más frecuentes son daño respiratorio en los primeros días de vida (enfermedad de la membrana hialina, dificultad respiratoria transitoria) y trastornos metabólicos (hipoglucemia, ictericia).

Desarrollo motor y neurosensorial global

Según Blencowe et al(52) refiere que la evaluación de los trastornos del desarrollo relacionados con la prematuridad a escala global es particularmente difícil. Sin embargo, se realizó una estimación para 2010, utilizando un criterio compuesto que incluye discapacidad motora, cognitiva, auditiva y visual. Según este estudio, todas las edades gestacionales combinadas, el número de niños nacidos prematuramente y que presentan una discapacidad del desarrollo neurológico sería de aproximadamente 0.9 millones, es decir aproximadamente el 7% de los bebés prematuros que sobrevivieron al período neonatal, incluidos 345,000 tienen discapacidades moderadas a severas.

Según Torchin et al refiere que después de 27 semanas las discapacidades graves a los 5 años de edad (parálisis cerebral sin posibilidad para caminar y / o discapacidad visual bilateral severa y / o discapacidad auditiva severa) afectaban aproximadamente al 5% de los niños nacido a las 29—32 semanas. Las discapacidades menores a moderadas (posible parálisis cerebral al caminar con o sin ayuda y / o discapacidad visual unilateral. A los 8 años de edad, los problemas de comportamiento, particularmente la hiperactividad y las dificultades emocionales, fueron más frecuentes en los bebés prematuros que en los niños nacidos a término

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Prematuridad: Un recién nacido prematuro es aquel que nace antes de completar la semana 37 de gestación, siendo la gestación una variable fisiológica fijada en 280 días, más menos 15 días.

Factores sociodemográficos: Son todas las características asignadas a la edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, religión, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, tamaño de la familia. Esto se hace para cada miembro de la población

Factores obstétricos: incluyeron, el control prenatal (CPN), paridad, muerte fetal previa, estado nutricional, hemorragia antes del parto, desprendimiento prematuro de placenta (DPP), placenta previa, circular de cordón y trauma materno.

Factores genéticos Los factores de transcripción son uno de los grupos de proteínas que leen e interpretan los "planos" genéticos del ADN. Se unen al ADN y ayudan a

iniciar un programa de transcripción genética aumentado o disminuido. Como tal, son vitales para muchos procesos celulares.

2.3. HIPÓTESIS

2.3.1. Hipótesis General

H1. Existen factores maternos relacionados con prematuridad en pacientes atendidas en el hospital regional de Pucallpa en el periodo de enero a diciembre del 2018.

Ho. No existe Existen factores maternos relacionados con prematuridad en el hospital regional de Pucallpa en el periodo de enero a diciembre del 2018.

2.3.2. Hipótesis Específicas

- Existen Factores maternos sociodemográficos relacionados con prematuridad en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo de enero a diciembre del 2018.
- Existen Factores maternos obstétricos relacionados con prematuridad en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo de enero a diciembre del 2018.
- Existen Factores maternos ginecológicos relacionados con prematuridad en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo de enero a diciembre del 2018.
- Existen Factores maternos genéticos y de nacimiento de parto prematuro relacionados con prematuridad en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo de enero a diciembre del 2018.

2.4. VARIABLES DEL ESTUDIO

Variable Dependiente:

Prematuridad

Variables Independiente:

Factores maternos

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES
FACTORES MATERNOS	Aspecto del comportamiento personal o estilo de vida, exposición ambiental, características innatas o heredadas, que, según la evidencia epidemiológica, se sabe que está asociado con una afección relacionada con la salud que se considera importante para prevenir.	**Sociodemográficos**	si presenta edad <de 18 años. Si presenta grado de instrucción baja. Si presenta bajo ingreso económico. Si el lugar de procedencia es urbano marginal. Si es de raza negra. Si presento violencia familiar.
		Obstétricos	si presentó antecedente de parto prematuro. Si presentó nuliparidad. Si la ingesta de acido fólico es inadecuada. Si presento insuficiencia cervical.
		Ginecológicos	Si presentó vaginosis bacteriana. Si presento ITU. Si presentó leiomiomas. Si presento NIC. Si presentó algún tipo de infección vertical.
		Patológicos	Si es VIH (+)

			Si presento hepatitis C. Si presentó Malaria. Si presentó sífilis. Si presentó diabetes gestacional. Si presentó diabetes pregestacional. Si presento enfermedad periodontal.
		Hábitos nocivos	Si presentó consumo de cigarro. Si consumió algún tipo de drogas u estupefacientes.
		Genéticos y de nacimiento	Si el neonato es de sexo varón. Si presentó anomalías en el momento del nacimiento. Si presentó bajo peso al nacer.
PARTO PREMATURO	Nacimientos antes de las 37 semanas completas de gestación o menos de 259 días desde la primera fecha del último regla (FUR).	**Con parto prematuro**	< 37 semanas
		Sin parto prematuro	> 37 semanas

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 ÁMBITO DE ESTUDIO

Se realizó en el Hospital Regional de Pucallpa, sito en Jr. Luis Escavano 317 distrito de Calería y en Hospital de contingencia del Hospital Regional de Pucallpa, sito en Jr. Aguaytía 605, distrito de Yarinacocha.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Pertenece a la investigación clásica cuantitativa.

Según la manipulación de la variable es no experimental.

Según la planificación de la toma de datos esta investigación es retrospectiva.

Según el número de ocasiones que se mide las variables, la investigación es de tipo transversal.

Según número de variables y su relación es de tipo analítico.

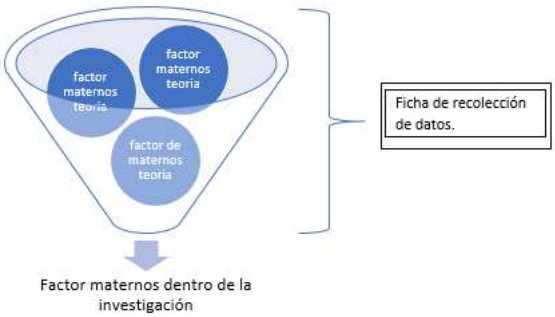
Según el número de grupos poblaciones es de tipo casos y controles

3.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Pertenece al nivel de investigación analítica, pues las variables ya fueron descritas en un nivel inferior y se busca establecer relación en base a la información que se tiene de las investigaciones base antecesoras a esta.

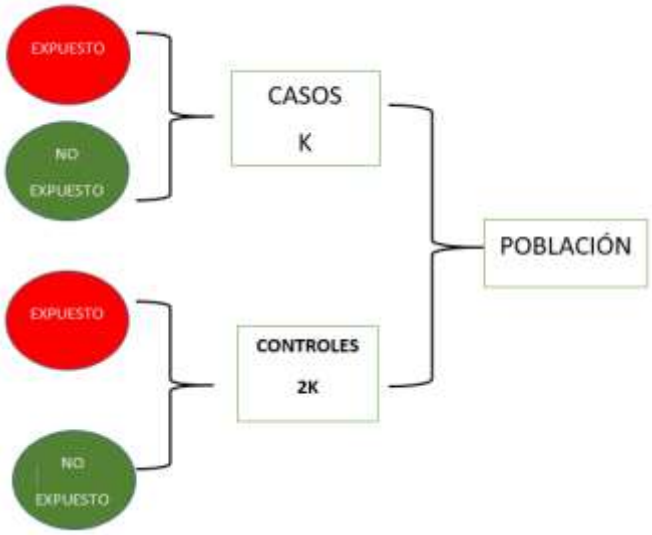
3.4 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Se empleará el método deductivo pues se partió de lo general a lo específico:



3.5 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Representación gráfica del diseño de casos y controles del estudio.



3.6 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

La población consta de 250 pacientes, con parto prematuro en el año 2018.
Siendo n = 151 que representará a los pacientes con parto prematuro, es decir serán los casos. De la población en general (250) se codificará cada una de ellas con números arábicos del 1 al 250 de ellos se utilizará **números aleatorios** para extraer los 151 casos en mención.

$$n = \frac{z^2 p.q.N}{e^2(N-1) + z2p.q}$$

donde:

n= muestra.

z= Grado de confianza = 95%= 1.96

p= probabilidad de confianza =0.5

q= probabilidad de error =0.5

N= Tamaño de la población = 250

E = error de estimación o muestreo = 0.05

Remplazando valores:

$$n = \frac{1.96^2 (0.5*0.5) *250}{0.05^2(250-1) + 1.96^2(0.5*0.5)}$$

n= 151.68

3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se usó una ficha de recolecciones de datos, (Ver Anexo 1)

3.8 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnicas: Serán:

a. Observación.

b. Análisis Documentario (Revisión de la Historia Clínica).

Recolección

Se solicitará a la Dirección del Hospital de regional de Pucallpa, acceso a las historias clínicas de las pacientes con parto prematuro y de las pacientes que no lo tuvieron, en el año 2018.

Se respetará el principio de confidencialidad sobre el uso de los datos de los estudiados.

Se procederá a rellenar con la ficha de recolección de datos, con los datos que se encontró la historia clínica.

3.9 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La información recolectada en la ficha de recolección de datos será procesada en el programa estadístico SPSS versión 25 y Microsoft Excel donde se procederá a su análisis.

Para los datos descriptivos se usará, lo siguiente: cuadros y tablas de frecuencia (gráfico de sectores y de barra) .Para los datos analíticos se usará la técnica de estudio de Odds Ratio (OR), con dos población se usara la fórmula la razón de momios, donde la primera en mención aceptará la relación de las variables y la segunda medirá el grado de relación, esta va desde la unidad hasta el infinito positivo, aquellos que se encuentren por debajo de unidad en el Odds, serán de acuerdo al criterio del investigador y de acuerdo a la estadística, factores de protección. Se tendrá en cuenta que el intervalo de confianza (IC) no se encuentra dentro de los números negativos según el plano cartesiano.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

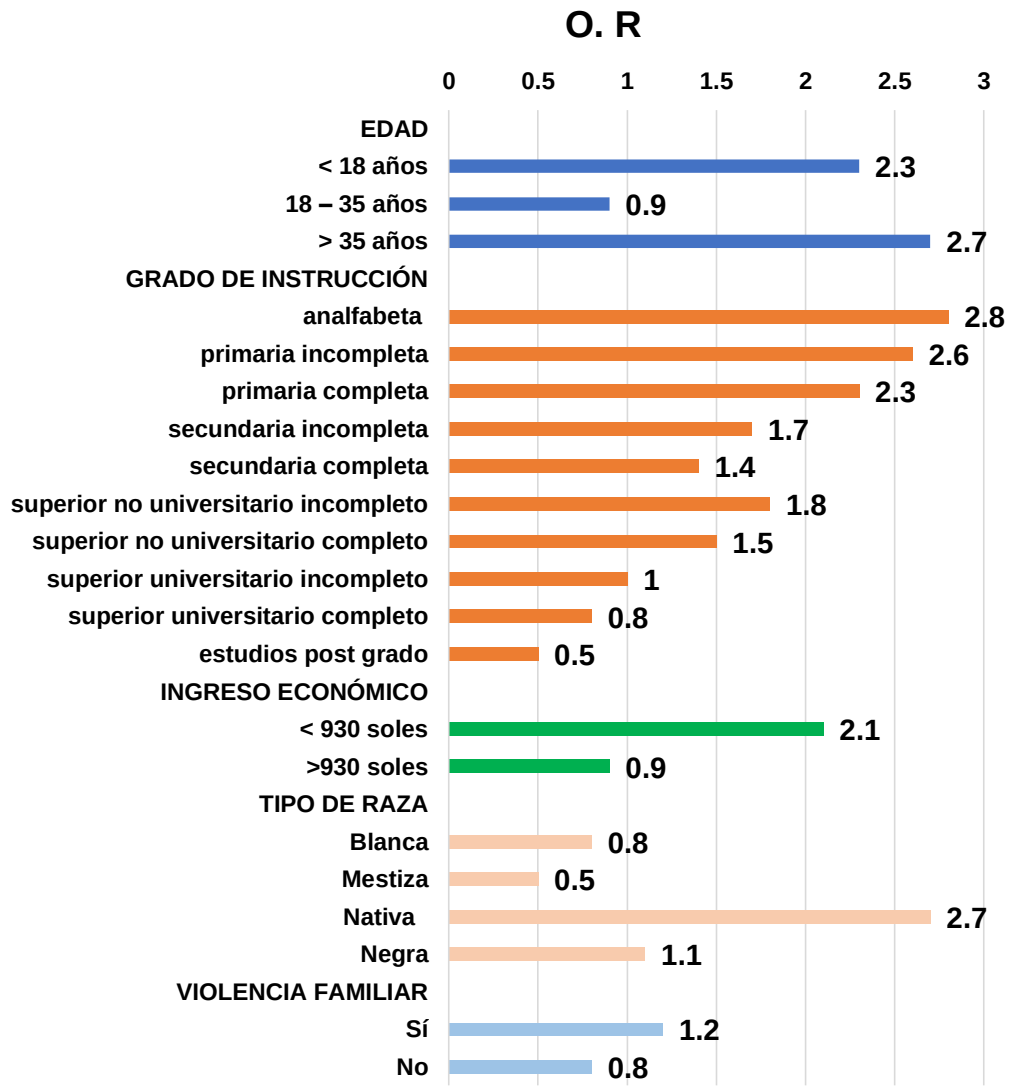
4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Cuadro 1: Factores maternos Sociodemográficos relacionados con prematuridad

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	*O. R*	*I. C*	*P Valor*
EDAD			
< 18 años	2.3	1.8 - 3.6	
18 – 35 años	0.9	0.7 – 1.1	< 0.05
> 35 años	2.7	2.0 – 3.4	
GRADO DE INSTRUCCIÓN			
analfabeta	2.8	2.4 – 3.3	
primaria incompleta	2.6	2.1 – 3.1	
primaria completa	2.3	1.8 – 2.8	
secundaria incompleta	1.7	1.5 – 1.9	
secundaria completa	1.4	1.1 – 1.7	< 0.05
superior no universitario incompleto	1.8	1.3 – 2.3	
superior no universitario completo	1.5	1.3 – 1.7	
superior universitario incompleto	1	0.7 – 1.3	
superior universitario completo	0.8	0.6 – 1.0	
estudios post grado	0.5	0.2 – 0.8	
INGRESO ECONÓMICO			
< 930 soles	2.1	1.7 – 2.5	< 0.05
>930	0.9	0.8 – 1.0	
TIPO DE RAZA			
Blanca	0.8	0.7 – 0.9	
Mestiza	0.5	0.2 – 0.8	< 0.05
Nativa	2.7	2.3 – 3.1	
Negra	1.1	0.9 – 1.3	
VIOLENCIA FAMILIAR			
Sí	1.2	1.0 – 1.4	< 0.05
No	0.8	0.6 – 1.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Se aprecia que estos factores, presentan significancias estadísticas en todas las dimensiones estudiadas. La edad de 18–35 años, no representa factores maternos, siendo un factor de protección, al igual que el grado de instrucción de superior universitario completo y estudios de post grado. El analfabetismo como principal factor para el parto pretérmino, es decir los individuos en mención tienen 2.8 veces más probabilidad de generar la patología en comparación con otros grados superiores de instrucción.



Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico 1: Factores maternos Sociodemográficos relacionados con prematuridad

Toma de decisión

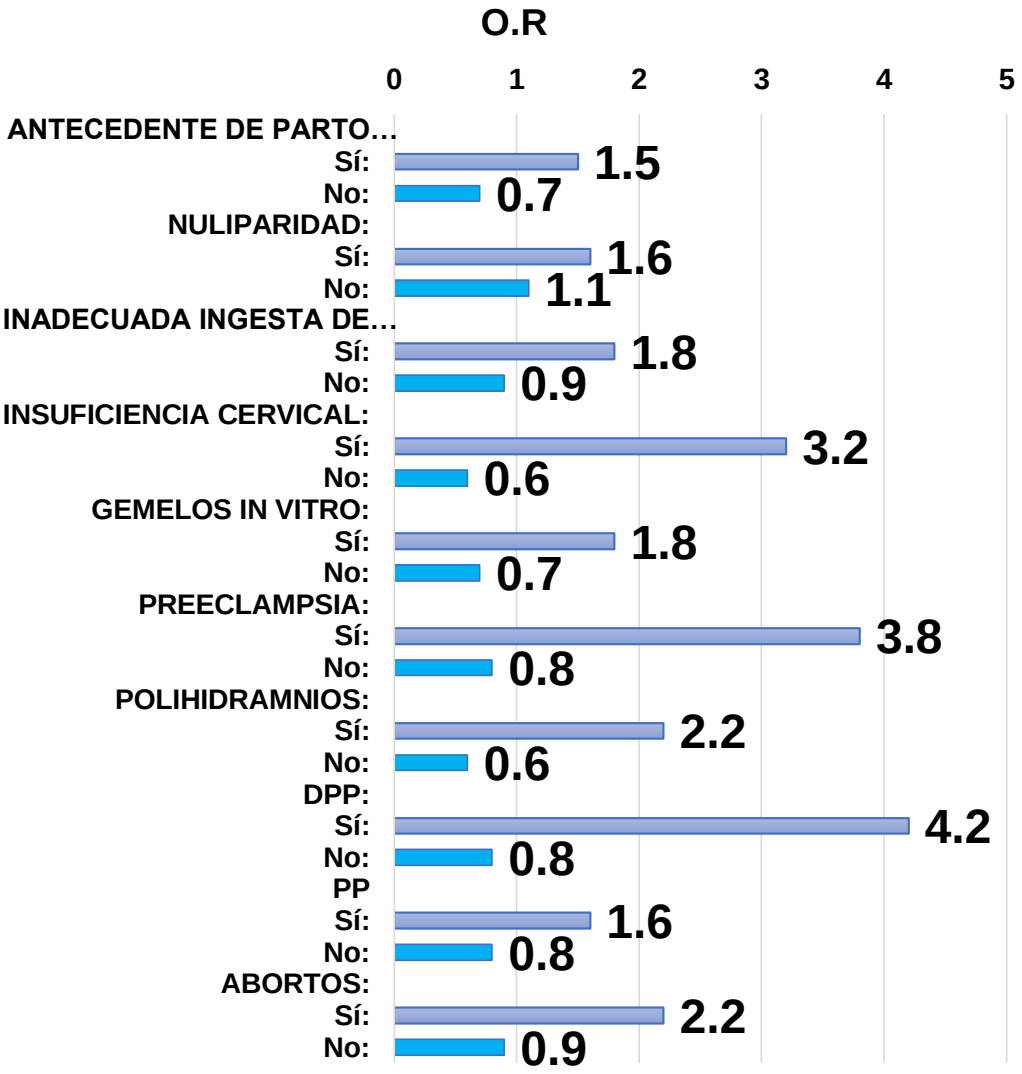
Con un alfa de 5% y un P valor menor del 0.05, se acepta la Hipótesis alterna (H1) del investigador que dice: "Existen Factores maternos sociodemográficos relacionados con parto prematuro en pacientes atendidas en el hospital regional de Pucallpa en el periodo de enero a diciembre del 2018".

Cuadro 2: Factores maternos Obstétricos relacionados con prematuridad

FACTORES OBSTÉTRICOS	*O. R*	*I. C*	*P valor*
***ANTECEDENTE DE PARTO PREMATURO**:*			
Sí:	1.5	1.1 – 1.9	< 0.05
No:	0.7	0.5 – 0.9	
NULIPARIDAD:			
Sí:	1.6	1.4 – 1.8	< 0.05
No:	1.1	1.0 – 1.3	
INADECUADA INGESTA DE FOLATOS:			
Sí:	1.8	1.6 – 2.0	> 0.05
No:	0.9	0.7 – 1.1	
INSUFICIENCIA CERVICAL:			
Sí:	3.2	2.8 – 3.6	< 0.05
No:	0.6	0.3 – 0.9	
GEMELOS IN VITRO:			
Sí:	1.8	1.5 – 2.1	< 0.05
No:	0.7	0.5 – 1.0	
PREECLAMPSIA:			
Sí:	3.8	3.5 – 4.1	< 0.05
No:	0.8	0.5 – 1.1	
POLIHIDRAMNIOS:			
Sí:	2.2	1.9 – 2.5	< 0.05
No:	0.6	03 – 0.9	
DPP:			
Sí:	4.2	3.9 – 4.5	< 0.05
No:	0.8	0.5 – 1.1	
PP			
Sí:	1.6	1.3 – 1.9	< 0.05
No:	0.8	0.5 – 1.1	
ABORTOS:			
Sí:	2.2	1.9 – 2.5	< 0.05
No:	0.9	0.6 – 1.2	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Se aprecia que, dentro de los factores maternos obstétricos, la ingesta inadecuada de folatos no es significativo, por lo tanto, no es factor de riesgo, en comparación con los otros factores ye si lo son.



Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico 2: factores maternos Obstétricos relacionados con prematuridad

Se aprecia que el desprendimiento prematuro de placenta es el principal factor maternos obstétrico, seguido de la preeclamsia e insuficiencia cervical, dentro de los tres primeros lugares. El antecedente de parto prematuro es un factor de riesgo ocupando el último lugar dentro de los factores obstétricos.

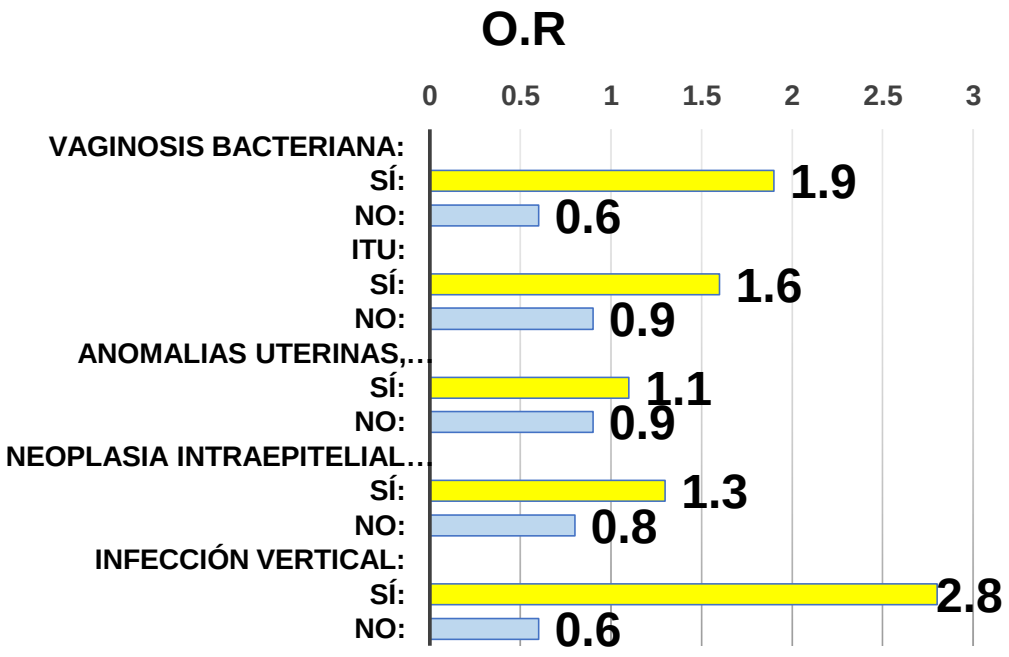
Cuadro 3: factores maternos Ginecológicos relacionados con prematuridad

FACTORES GINECOLÓGICOS	*O. R*	*I. C*	*P Valor*
VAGINOSIS BACTERIANA:			
Sí:	1.9	1.6 – 2.2	< 0.05
No:	0.6	0.3 – 0.9	
ITU:			
Sí:	1.6	1.3 – 1.9	< 0.05
No:	0.9	0.6 – 1.2	
ANOMALIAS UTERINAS, LEIOMIOMAS			
Sí:	1.1	0.8 – 1.4	< 0.05
No:	0.9	0.6 – 1.2	
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)			
Sí:	1.3	1.0 – 1.6	> 0.05
No:	0.8	0.5 – 1.1	
INFECCIÓN VERTICAL:			
Sí:	2.8	2.5 – 3.1	< 0.05
No:	0.6	0.3 – 0.9	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Se aprecia que, dentro de los factores ginecológicos, el NIC, no representa significancia estadística, en comparación con los demás factores donde lo presentan.

Se observa que la infeccione verticales tiene mayor predicción para tener factores maternos para un pato prematura



Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico 03: factores maternos Ginecológicos relacionados con prematuridad

Toma de decisión

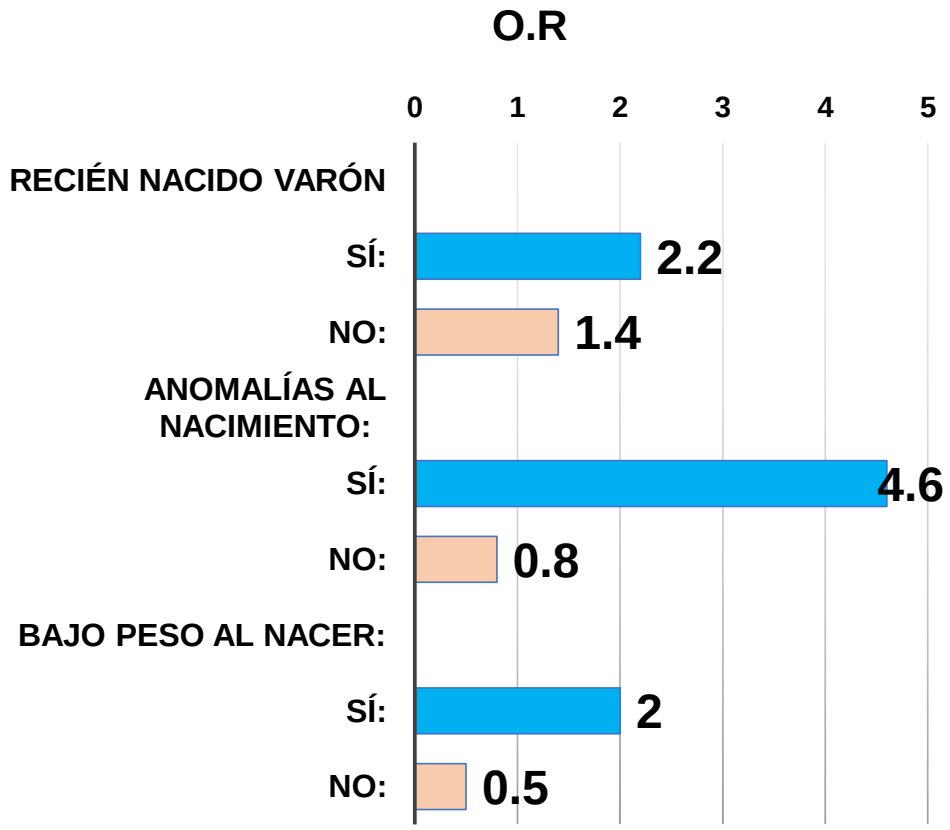
Con un alfa de 5% y un P valor menor del 0.05, se acepta la relación de los factores maternos ginecológicos, excepto el factor NIC donde no muestra relación con el parto pretérmino.

Cuadro 4: factores maternos Genético y de Nacimiento relacionados con prematuridad

FACTORES GENÉTICOS Y DE NACIMIENTO	*O. R*	*I. C*	*P valor*
RECIÉN NACIDO VARÓN			
Sí:	2.2	1.9 – 2.5	< 0.05
No:	1.4	1.1 – 1.7	
ANOMALÍAS AL NACIMIENTO:			
Sí:	4.6	4.3 – 4.9	< 0.05
No:	0.8	0.5 – 1.1	
BAJO PESO AL NACER:			
Sí:	2	1.7 – 2.3	< 0.05
No:	0.5	0.2 – 0.8	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Todos los factores presentaron significancia estadística, solo no ser varón de nacimiento presento factores maternos, habiendo ambigüedad en ellos, puesto que hay factores de confusión, es decir no hay definición concreta sobre si el sexo es un factor de riesgo



Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico 04: factores maternos Genético y de Nacimiento relacionados con prematuro

Se aprecia todos los factores genéticos y de nacimiento presentaron riesgo para presentar parto pretérmino. Siendo las Anomalías al Nacimiento como principal factor para el parto pretérmino, es decir los individuos en mención tienen 2.8 veces más probabilidad de generar la patología en comparación con otros factores de riesgo

4.2 DISCUSIÓN

1. Según el trabajo de investigación, el nivel de analfabetismo es el que representa el mayor riego para prematuridad. Ya que según Okumura et.al (15), en su trabajo Embarazo adolescente como factor de riesgo a complicaciones y también la necesidad de formar equipos multidisciplinarios para reducir complicaciones obstétricas.

   Según el trabajo de investigación los pacientes entre las edades extremas menores de 18 años y mayores de 35 años representan el grupo con mayores casos de prematuridad. En su estudio Blomberg et al (37) refiere que las edades mayores de 40 años en especial primíparas y multíparas presentan riesgo, antes no; sin embargo, el estudio demuestra las edades comprendidas desde los 35 años presentan dicho riesgo.

2. En el trabajo los factores maternos obstétrico que presentan mayor riesgo para la prematuridad son los desprendimientos prematuros de la placenta. Según Many (31) y Purish (32) El DPP. Está asociada a la prematuridad.

   Según Ahumada Barrios et al (13). La preeclampsia es un factor de riesgo importante para un parto pretermino. Refuerza Ahumada – Barrios con su trabajo "Factores de riesgos de parto pretermino" donde concluye que la preclamsia es un factor de riesgo para prematuridad, también considerado de importancia en el trabajo realizado

   Según el trabajo realizado la ingesta inadecuada de folatos no presento un factor de riesgo en comparación con Wendt et al (24) que refiere un factor de riesgo para el parto pretérmino. Debería asociarse a distintas variables intervinientes como el tipo de población y otros hábitos o tipo de alimentación.

3. En el trabajo de investigación la vaginosis bacteriana representa un factor de riesgo para la prematuridad. Según Torchin et al(44) existe una asociación entre vaginosis y prematuridad.

En el trabajo de investigación no hay muchos estudios en cuanto a NIC. Según Danhof et al (30) refiere que las pacientes con NIC presentan riesgo, sin embargo, no se encontró dicho riesgo, debido a los pocos casos registrados. Sin embargo, no implica que lo fuera.

4. Según el trabajo de investigación los factores genéticos, anomalías al nacimiento y bajo peso al nacer tiene relación con prematuridad. Según Liu et al (50) refiere que el impacto de la prematuridad, afectaron tanto a países en desarrollo (10 a 20 % de las muertes antes de los 5 años) como en países desarrollados (23%), en nuestra región también es de importancia ya que es una de las causas de parto prematuro.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. Los dos extremos de las edades que, comprendido en el estudio, menores de 18 años y mayores de 35, presentaron factor de riesgo. Esto es debido a la edad reproductiva en la que se encuentran las pacientes, puesto que, las menores de 18 años se encuentran fisiológica y anatómica y psicológicamente se encuentran menos preparadas, y las mayores de 35 años se encuentran con patologías añadidas y cercanas a la menopausia, en comparación con la edad comprendida entre estas dos edades antes mencionadas; donde no es un factor de riesgo, sino un factor de protección.

Sobre el grado de instrucción todos presentaron factores maternos, excepto las pacientes que tienen mayor educación académica, lo que indica que a mayor educación menor riesgo de presentar parto pretérmino, pero, la relación no es directa, sino que es debido a los cuidados de esta hacia su persona, para no generarse la patología.

Aquellos que presentaron ingreso económico menor del sueldo básico tienen riesgo de presentar enfermedad, debido a la falta de economía acceso a una mejor atención, ya que no todos los centros de salud no cuentan con equipo necesario y a los distintas necesitas en las que se enfocan y descuidan su embarazo.

Los nativos presentaron factor de riesgo. Las pacientes con violencia familiar tienen riesgo, pero no en gran medida.

2. En el grupo de factores maternos obstétrico, todos presentaron factor de riesgo, más aún en desprendimiento prematura de placenta, ya que según el estudio es la patología con mas caso de prematuridad, seguido por

preeclampsia, ya en las bibliografías utilizadas es el factor predictor para un parto pretérmino.

3. Dentro de los factores ginecológicos, todos presentaron riesgo, las infecciones urinarias tiene riesgo elevado, más aún las infecciones verticales. excepto los que presentaron neoplasia intraepitelial cervical (NIC).

4. Todos los factores genéticos presentaron riesgo para el parto pre término siendo las anomalías al nacimiento, y el bajo peso al nacer las de mayor riesgo.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Concientizar a la población, que los grupos etarios, presentan mayor riesgo durante el embarazo y que es mejor una gestación saludable en edad fértil. Así también la educación y el nivel social como conocimiento de una adecuada salubridad. Además, no se estudió, el lugar de procedencia y referencia respecto al hospital, debido al tiempo de traslado o el coste que esto genera en las pacientes.

Ya que en el Hospital Regional de Pucallpa contamos con varios equipos e trabajo multidisciplinario, tanto Asistenta social, MAMIS, etc. Enfocarnos al trabajo con adolescentes y evita que se desencadene más este problema y al apoyo y cuidado de la madre y niño

2. Incentivar los controles prenatales, paridad abortos, cesáreas anteriores, periodo intergenesico corto, dado que muchas de los problemas que se pudieran resolver se pudiera detectar a tiempo.

Durante el control prenatal se recomienda control médico y ginecológico para descartar patologías como EPI, CA, vaginosis entre otras que puedan influenciar sobre la evolución de la gestante.

Sabemos que en la región la falta de profesionales en el primer nivel de atención es difícil, ya que de eso depende para que las gestantes tengan por los menos 5 controles prenatales la detectar a tiempo evita en lo posible que los hospitales lleguen pacientes en mal estado y sin controles prenatales

3. Se recomienda consulta con el medico ginecólogo para evaluación e interconsulta de patologías genéticas y de nacimiento específicas como anomalías al nacimiento y bajo peso al nacer.

4. Se sabe que el paciente de bajo peso al nacer acompañado de prematuridad disminuye la calidad de vida en el recién nacido, prolonga la estancia

hospitalaria. El gasto tanto humano y económico como ocupación de camas ya que por la ganancia de peso se prolonga la hospitalización.

En cuanto a las anomalías genéticas también es un caso parecido, más aún si se tiene que referir al paciente con múltiples malformaciones y complicaciones, se sugiere especialista para estas áreas, pero el enfocarnos en la atención primaria de salud y evitarnos todo este círculo vicioso de todos los años.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. WHO: recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. Acta Obstet Gynecol Scand. 1977;56(3):247-53.

2. Papageorghiou AT, Ohuma EO, Altman DG, Todros T, Cheikh Ismail L, Lambert A, et al. International standards for fetal growth based on serial ultrasound measurements: the Fetal Growth Longitudinal Study of the INTERGROWTH-21st Project. Lancet Lond Engl. 6 de septiembre de 2014;384(9946):869-79.

3. WHO | New global estimates on preterm birth published [Internet]. WHO. [citado 11 de febrero de 2020]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/global-estimates-preterm-birth/en/

4. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller A-B, Narwal R, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. Lancet Lond Engl. 9 de junio de 2012;379(9832):2162-72.

5. Zeitlin J, Szamotulska K, Drewniak N, Mohangoo AD, Chalmers J, Sakkeus L, et al. Preterm birth time trends in Europe: a study of 19 countries. BJOG Int J Obstet Gynaecol. octubre de 2013;120(11):1356-65.

6. Gyamfi-Bannerman C, Ananth CV. Trends in spontaneous and indicated preterm delivery among singleton gestations in the United States, 2005-2012. Obstet Gynecol. diciembre de 2014;124(6):1069-74.

7. Huertas Tacchino E. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. julio de 2018 [citado 11 de febrero de 2020];64(3):399-404. Disponible en:

   http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304-51322018000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=es

8. Jiang M, Mishu MM, Lu D, Yin X. A case control study of risk factors and neonatal outcomes of preterm birth. Taiwan J Obstet Gynecol. diciembre de 2018;57(6):814-8.

9. Ville Y, Rozenberg P. Predictors of preterm birth. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. octubre de 2018;52:23-32.

10. Vogel JP, Chawanpaiboon S, Moller A-B, Watananirun K, Bonet M, Lumbiganon P. The global epidemiology of preterm birth. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.

octubre de 2018;52:3-12.

11. Lockwood CJ. Risk factors for preterm birth and new approaches to its early diagnosis. J Perinat Med. septiembre de 2015;43(5):499-501.

12. Ota Nakasone A. Manejo neonatal del prematuro: avances en el Perú. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. julio de 2018 [citado 11 de febrero de 2020];64(3):415-22. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304-51322018000300015&lng=es&nrm=iso&tlng=es

13. Ahumada-Barrios ME, Alvarado GF. Risk Factors for premature birth in a hospital 1. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 25 de julio de 2016 [citado 3 de febrero de 2020];24. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4982444/

14. Chira Sosa JL, Sosa Flores JL. FACTORES DE RIESGO PARA PARTO PRETERMINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN DE LAMBAYEQUE. Salud Vida Sipanense [Internet]. 15 de noviembre de 2015 [citado 14 de febrero de 2020];2(2):7-18. Disponible en: http://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/201

15. Okumura JA, Maticorena DA, Tejeda JE, Mayta-Tristan P. Embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales en un hospital de Lima, Perú. Univ Peru Cienc Apl UPC [Internet]. 17 de febrero de 2015 [citado 14 de febrero de 2020]; Disponible en: https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/344534

16. Guadalupe Huamán SM, Oshiro Canashiro S. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del hospital maría auxiliadora durante el año 2015. Univ Ricardo Palma [Internet]. 2017 [citado 14 de febrero de 2020]; Disponible en: http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/1072

17. Factores de riesgo - MeSH - NCBI [Internet]. [citado 10 de enero de 2020]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh?term=Risk+Factors

18. Schaaf JM, Liem SMS, Mol BWJ, Abu-Hanna A, Ravelli ACJ. Ethnic and racial disparities in the risk of preterm birth: a systematic review and meta-analysis. Am J Perinatol. junio de 2013;30(6):433-50.

19. Carolan M. Maternal age ≥45 years and maternal and perinatal outcomes: a review of the evidence. Midwifery. mayo de 2013;29(5):479-89.

20. Smith GCS, Pell JP. Teenage pregnancy and risk of adverse perinatal outcomes associated with first and second births: population based retrospective cohort study. BMJ [Internet]. 1 de septiembre de 2001 [citado 13 de febrero de 2020];323(7311):476. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC48130/

21. Kozuki N, Lee AC, Silveira MF, Sania A, Vogel JP, Adair L, et al. The associations

of parity and maternal age with small-for-gestational-age, preterm, and neonatal and infant mortality: a meta-analysis. BMC Public Health [Internet]. 17 de septiembre de 2013 [citado 13 de febrero de 2020];13(3):S2. Disponible en: https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-S3-S2

22. Ruiz M, Goldblatt P, Morrison J, Kukla L, Švancara J, Riitta-Järvelin M, et al. Mother's education and the risk of preterm and small for gestational age birth: a DRIVERS meta-analysis of 12 European cohorts. J Epidemiol Community Health [Internet]. septiembre de 2015 [citado 13 de febrero de 2020];69(9):826-33. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4552914/

23. Ferrero DM, Larson J, Jacobsson B, Di Renzo GC, Norman JE, Martin JN, et al. Cross-Country Individual Participant Analysis of 4.1 Million Singleton Births in 5 Countries with Very High Human Development Index Confirms Known Associations but Provides No Biologic Explanation for 2/3 of All Preterm Births. PLoS ONE [Internet]. 13 de septiembre de 2016 [citado 13 de febrero de 2020];11(9). Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5021369/

24. Wendt A, Gibbs CM, Peters S, Hogue CJ. Impact of Increasing Inter-pregnancy Interval on Maternal and Infant Health. Paediatr Perinat Epidemiol [Internet]. julio de 2012 [citado 13 de febrero de 2020];26(0 1):239-58. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4562277/

25. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermudez A, Castaño F, Norton MH. Effects of birth spacing on maternal, perinatal, infant, and child health: a systematic review of causal mechanisms. Stud Fam Plann. junio de 2012;43(2):93-114.

26. Barros-Silva J, Pedrosa AC, Matias A. Sonographic measurement of cervical length as a predictor of preterm delivery: a systematic review. J Perinat Med. mayo de 2014;42(3):281-93.

27. Qin J-B, Sheng X-Q, Wang H, Chen G-C, Yang J, Yu H, et al. Worldwide prevalence of adverse pregnancy outcomes associated with in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection among multiple births: a systematic review and meta-analysis based on cohort studies. Arch Gynecol Obstet. marzo de 2017;295(3):577-97.

28. Cnattingius S. The epidemiology of smoking during pregnancy: smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy outcomes. Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob. abril de 2004;6 Suppl 2:S125-140.

29. Haahr T, Ersbøll AS, Karlsen MA, Svare J, Sneider K, Hee L, et al. Treatment of bacterial vaginosis in pregnancy in order to reduce the risk of spontaneous preterm delivery - a clinical recommendation. Acta Obstet Gynecol Scand. agosto de 2016;95(8):850-60.

30. Danhof NA, Kamphuis EI, Limpens J, van Lonkhuijzen LRCW, Pajkrt E, Mol BWJ. The risk of preterm birth of treated versus untreated cervical intraepithelial

neoplasia (CIN): a systematic review and meta-analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. mayo de 2015;188:24-33.

31. Many A, Hill LM, Lazebnik N, Martin JG. The association between polyhydramnios and preterm delivery. Obstet Gynecol. septiembre de 1995;86(3):389-91.

32. Purisch SE, DeFranco EA, Muglia LJ, Odibo AO, Stamilio DM. Preterm birth in pregnancies complicated by major congenital malformations: a population-based study. Am J Obstet Gynecol. septiembre de 2008;199(3):287.e1-8.

33. Saccone G, Perriera L, Berghella V. Prior uterine evacuation of pregnancy as independent risk factor for preterm birth: a systematic review and metaanalysis. Am J Obstet Gynecol. mayo de 2016;214(5):572-91.

34. Lamichhane DK, Leem J-H, Lee J-Y, Kim H-C. A meta-analysis of exposure to particulate matter and adverse birth outcomes. Environ Health Toxicol [Internet]. 3 de noviembre de 2015 [citado 13 de febrero de 2020];30. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4722965/

35. Vos AA, Posthumus AG, Bonsel GJ, Steegers EAP, Denktaş S. Deprived neighborhoods and adverse perinatal outcome: a systematic review and meta-analysis. Acta Obstet Gynecol Scand. agosto de 2014;93(8):727-40.

36. Hill A, Pallitto C, McCleary-Sills J, Garcia-Moreno C. A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet. junio de 2016;133(3):269-76.

37. Blomberg M, Tyrberg RB, Kjølhede P. Impact of maternal age on obstetric and neonatal outcome with emphasis on primiparous adolescents and older women: a Swedish Medical Birth Register Study. BMJ Open [Internet]. 1 de noviembre de 2014 [citado 13 de febrero de 2020];4(11). Disponible en: https://bmjopen.bmj.com/content/4/11/e005840

38. Saurel-Cubizolles M, Zeitlin J, Lelong N, Papiernik E, Di R, Breart G. Employment, working conditions, and preterm birth: results from the Europop case-control survey. J Epidemiol Community Health [Internet]. mayo de 2004 [citado 14 de febrero de 2020];58(5):395-401. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1732750/

39. Shah PS, Zao J, Ali S, Knowledge Synthesis Group of Determinants of preterm/LBW births. Maternal marital status and birth outcomes: a systematic review and meta-analyses. Matern Child Health J. octubre de 2011;15(7):1097-109.

40. Ancel PY, Saurel-Cubizolles MJ, Di Renzo GC, Papiernik E, Bréart G. Very and moderate preterm births: are the risk factors different? Br J Obstet Gynaecol. noviembre de 1999;106(11):1162-70.

41. Shah PS, Shah V, Knowledge Synthesis Group On Determinants Of Preterm/IBW Births. Influence of the maternal birth status on offspring: a systematic review and meta-analysis. Acta Obstet Gynecol Scand. 2009;88(12):1307-18.

42. Shah PS, Knowledge Synthesis Group on determinants of preterm/low birthweight births. Paternal factors and low birthweight, preterm, and small for gestational age births: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. febrero de 2010;202(2):103-23.

43. Shah PS, Knowledge Synthesis Group on Determinants of LBW/PT births. Parity and low birth weight and preterm birth: a systematic review and meta-analyses. Acta Obstet Gynecol Scand. julio de 2010;89(7):862-75.

44. Torchin H, Ancel P-Y. [Epidemiology and risk factors of preterm birth]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). diciembre de 2016;45(10):1213-30.

45. Kazemier BM, Buijs PE, Mignini L, Limpens J, de Groot CJM, Mol BWJ, et al. Impact of obstetric history on the risk of spontaneous preterm birth in singleton and multiple pregnancies: a systematic review. BJOG Int J Obstet Gynaecol. septiembre de 2014;121(10):1197-208; discussion 1209.

46. Olson ME, Diekema D, Elliott BA, Renier CM. Impact of income and income inequality on infant health outcomes in the United States. Pediatrics. diciembre de 2010;126(6):1165-73.

47. Venetis CA, Papadopoulos SP, Campo R, Gordts S, Tarlatzis BC, Grimbizis GF. Clinical implications of congenital uterine anomalies: a meta-analysis of comparative studies. Reprod Biomed Online. diciembre de 2014;29(6):665-83.

48. Manuck TA. The genomics of prematurity in an era of more precise clinical phenotyping: A review. Semin Fetal Neonatal Med. abril de 2016;21(2):89-93.

49. Capece A, Vasieva O, Meher S, Alfirevic Z, Alfirevic A. Pathway analysis of genetic factors associated with spontaneous preterm birth and pre-labor preterm rupture of membranes. PloS One. 2014;9(9):e108578.

50. Liu L, Oza S, Hogan D, Perin J, Rudan I, Lawn JE, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. Lancet Lond Engl. 31 de enero de 2015;385(9966):430-40.

51. Teune MJ, Bakhuizen S, Gyamfi Bannerman C, Opmeer BC, van Kaam AH, van Wassenaer AG, et al. A systematic review of severe morbidity in infants born late preterm. Am J Obstet Gynecol. octubre de 2011;205(4):374.e1-9.

52. Blencowe H, Lee ACC, Cousens S, Bahalim A, Narwal R, Zhong N, et al. Preterm birth-associated neurodevelopmental impairment estimates at regional and global levels for 2010. Pediatr Res. diciembre de 2013;74 Suppl 1:17-34.

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FACTORES MATERNOS RELACIONADOS CON PREMATURIDAD

1. Factores sociodemográficos
    - Edad: _____
    - Grado de instrucción:
        a) analfabeta
        b) primaria incompleta
        c) primaria completa
        d) secundaria incompleta
        e) secundaria completa
        f) superior no universitario incompleto
        g) superior no universitario completo
        h) superior universitario incompleto
        i) superior universitario completo
        j) estudios post grado

    - Ingreso económico familiar: _____
    - Lugar de procedencia: _____
    - Tipo de raza:
        a) Blanca
        b) Mestiza
        c) Nativa
        d) Negra

    - Violencia familiar durante el embarazo:
      Si: _____ No: _____

2. Factores obstétricos
    - Antecedente de parto prematuro:
      Si: _____ No: _____
    - Nuliparidad:
      Si: _____ No: _____
    - Nutrición materna, no adecuada ingesta de folatos:
      Si:_____ No:_____

- Insuficiencia cervical:
  Si:_____ No:_____
- Gemelos in vitro:
  Si:_____ No:_____
- Preeclampsia:
  Si:_____ No:_____
- Polihidramnios:
  Si:_____ No:_____
- DPP:
  Si:_____ No:_____
- PP
  Si:_____ No:_____
- Abortos:
  Si:_____ No:_____

3. Factores ginecológicos
   - Vaginosis bacteriana
     Si:_____ No:_____
   - ITU:
     Si:_____ No:_____
   - Anomalias uterinas, leiomiomas
     Si:_____ No:_____
   - Neoplasia intraepitelial cervical (NIC):
     Si:_____ No:_____
   - Infección vertical
     Si:_____ No:_____

4. Factores patológicos
   - VIH:
     Si:_____ No:_____
   - Hepatitis C:
     Si:_____ No:_____
   - Malaria:
     Si:_____ No:_____
   - Sífilis:
     Si:_____ No:_____
   - Diabetes gestacional:
     Si:_____ No:_____
   - Diabetes pregestacional:
     Si:_____ No:_____
   - Enfermedad periodontal:
     Si:_____ No:_____

5. Factores de hábitos nocivos
    - Consumo de cigarro
      Si:_____ No:_____
        - Si respondió, Sí ¿Cuántos cigarrillos?:_____
    - Consumo de drogas
      Si:_____ No:_____
        - Si respondió, Sí ¿Qué tipo de droga?

6. Factores genéticos y de nacimiento
    - Recién nacido varón
      Si: _____ No: _____
    - Anomalías al nacimiento:
      Si: _____ No: _____
    - Bajo peso al nacer
      Si: _____ No: _____
    - Peso al nacer: _____

ANEXO 2

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	METODOLOGIA	INSTRUMENTOS
General: ¿Cuál son los factores de maternos relacionados con prematuridad en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo de enero a diciembre del 2018? **Especifico:** 1. ¿Cuáles son los Factores maternos sociodemográficos relacionados con prematuridad en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo de enero a diciembre del 2018? 2. ¿Cuáles son los Factores maternos obstétricos relacionados con prematuridad en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo de enero a diciembre del 2018?	**General:** Determinar los factores maternos relacionados con prematuridad en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo de enero a diciembre del 2018. **Específico:** 1. Determinar los Factores maternos sociodemográficos relacionados con prematuridad en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo de enero a diciembre del 2018. 2. Especificar los Factores maternos obstétricos relacionados con prematuridad en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo de enero a diciembre del 2018.	**General:** HI: Existen factores maternos relacionados con prematuridad en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo de enero a diciembre del 2018. HO: Existen factores maternos relacionados con prematuridad en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo de enero a diciembre del 2018 **Especifico:** Existen Factores maternos sociodemográficos relacionados con prematuridad en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo de enero a diciembre del 2018. Existen Factores maternos obstétricos relacionados con prematuridad en el Hospital Regional de Pucallpa en el	**Variable independiente:** **Factores maternos** **Variable dependiente:** **Prematuridad**	**Tipo y nivel de estudio:** El estudio es observacional, tipo descriptivo, corte transversal **Diseño:** No experimental **Población:** Pacientes neonatales atendidos en el HRP. Durante enero diciembre 2018. **Muestra:** 250 pacientes	**Ficha de recolección de datos:** **Baseamiento de los datos:** La tabulación se efectuó en base a la forma descriptiva Se procedió a registrar los datos en una hoja de cálculo de programa office versión 2018 y luego se analizó en el paquete estadístico SPSS versión 25 y Microsoft. Se utilizó cuadros y tablas de frecuencia, con técnica de estudio Odds Ratio (OR).

3. ¿Cuáles son los Factores maternos ginecológicos relacionados con prematuridad en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo de enero a diciembre del 2018? 4. ¿Cuáles son los Factores maternos genéticos y de nacimiento de parto prematuro relacionados con prematuridad en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo de enero a diciembre del 2018?	3. Especificar los Factores maternos ginecológicos relacionados con prematuridad en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo de enero a diciembre del 2018. 4. Determinar los Factores riesgo patológicos relacionados con prematuridad en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo de enero a diciembre del 2018.	periodo de enero a diciembre del 2018. Existen Factores maternos ginecológicos relacionados con prematuridad en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo de enero a diciembre del 2018. Existen Factores maternos genéticos y de nacimiento de parto prematuro relacionados con prematuridad en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo de enero a diciembre del 2018.		**Muestreo:** 151 pacientes **Técnica:** Ficha de recolección de datos	

ANEXO 3

SOLICITUD DE PERMISO PARA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

PERÚ

GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI
HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

"Año del Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia"

Pucallpa 15 de Febrero del 2021

CARTA N° 100-2021-OADI/HRP/PUC

Sra.:
Jessica Eva Idelfonso Sánchez

Presente.-

ASUNTO: El que indica

De mi mayor consideración

Grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente, y a la vez comunicarle que se hace conocimiento de aceptación de recolección de datos, tesis titulado "FACTORES MATERNOS RELACIONADOS CON LA PREMATURIDD ATENDIDOS HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA DURANTE EL PERIODO ENERO- DICIEMBRE DEL 2018" de la bachiller de la facultad de Medicina, entregando las facilidades a la solicitud.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para expresarle muestras de consideración y estima personal.

Atentamente,

OADI
PUCALLPA

"52 Años cuidando tu Salud"
"Rumbo al Tercer Nivel de Atención Especializada"

DIRECCIÓN: Jr. Agustin Cauper N° 285-Distrito Calleria-Ucayali-Perú Teléf. 061-575211
Correo:oadihrp2018@gmail.com.pe -Pagina web: www.hrpucallpa.gob.pe

ANEXO 4

CONSTANCIA DE APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

SOLICITUD: SOLICITO CONSTANCIA DE HABER REALIZADO RECOLECCCION DE DATOS EN HRP PARA MI TESIS

DR
José Antonio Mercedes Garay
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA
Presente

De mi especial consideración:
Yo, Jessica Eva Ildefonso Sánchez, con DNI 41516446, bachiller de la facultad de Medicina Humana, con el debido respeto me presento y expongo lo siguiente:

Que habiendo recolectado datos estadísticos y revisión de historia clínicas del hospital en mención, solicito constancia de haber realizado recolección de datos para mi tesis **"FACTORES MATERNOS RELACIONADOS CON LA PREMATURIDAD ATENDIDOS HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA DURANTE EL PERIODO ENERO- DICIEMBRE DEL 2018"** para adquirir mi Título profesional.

POR TODO LO EXPUESTO

Solicito a usted ordene a quien corresponda dar solución a mi pedido por ser de justicia que espero alcanzar.

Agradeciéndole la atención a la presente, me suscribo de Ud.

Pucallpa, 13 de Marzo del 2020

ATENTAMENTE

Jessica Eva Ildefonso Sánchez

DNI 41516446

HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA
TRAMITE DOCUMENTARIO
Registro 2235
Fecha 13 MAR. 2020
Hora 11:28
Recibido por