



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE MEDICINA

**Trabajo Académico para optar el Título de Especialista en Ginecología
y Obstetricia**

**“Factores de riesgo asociados a parto pretermino en gestantes
del servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional
Arzobispo Loayza durante los años 2013 – 2018”**

Investigador: M.C. Celestino Ronald Flores Nolazco

Asesor: Dr. Carlos Angeles Flores

**Lima – Perú
2019**

1. RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo de parto pre término en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante los años 2013 – 2018. **Tipo y diseño de estudio:** El presente estudio será descriptivo y retrospectivo, cuya población a estudiar serán todas las gestantes con diagnóstico de parto pre término que cumplan los criterios de selección y exclusión. **Población:** Son 435 pacientes con diagnóstico de parto pre término que se hospitalizaron en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante los años 2013-2018. **Muestra:** Son 204 gestantes con diagnóstico de parto pre término de la población total. **Variables:** Aquellos datos gineco-obstetricos (Edad materna, nivel de instrucción, procedencia, número de controles prenatales, antecedente de sangrado del I trimestre, antecedente de parto pre término, infección del tracto urinario, pre eclampsia, rotura prematura de membranas, anemia) **Plan de análisis:** Se analizara la asociación de ciertos factores de riesgo con el parto pre término mediante OR y sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

Palabras Clave: Factores de riesgo, gestantes, parto pre término

2. INTRODUCCIÓN

Se define como parto pre término aquel que se produce entre las 22 y las 36 semanas 6 días después de la fecha de última menstruación. Su incidencia oscila entre el 5% (algunos países de Europa) y 18% (algunos países de África). Sin embargo, y a pesar de los recientes avances en obstetricia, de 65 países que disponen de datos fiables sobre tendencias, todos menos tres han registrado un aumento en las tasas de nacimientos prematuros en los últimos 20 años. En el INMP, centro de referencia de la patología obstétrica en Perú, la tasa de partos pre términos se mantiene entre 8 y 10 % en los últimos 8 años (2010-2018).

La importancia de detectar dicha complicación del embarazo radica en que es causa importante de morbilidad y mortalidad perinatales, el recién nacido se denomina “neonato pre término”. El parto inmaduro es una denominación que corresponde a una subdivisión del parto prematuro y se refiere al que acontece entre las 22 y 27 semanas. En neonatología algunos denominan pre término moderado al que nace entre las 32 y 36 semanas, pre término severo menor de 32 semanas y pre término extremo al menor de 28 semanas.

Existe gran interés médico y científico destinado a encontrar cuales son los factores de mayor riesgo, para así establecer medidas preventivas adecuadas. En general no hay una única causa, sino que se conocen numerosos factores de riesgo y se han descrito diferentes mecanismos de iniciación del parto prematuro, pero aisladamente ninguno se asocia fuertemente al mismo como para utilizarlo como un marcador seguro predictor de riesgo. Esta diversidad de

factores encontrados hace que aún se hable de una etiopatogenia multifactorial del parto prematuro.

En un informe emitido por Meis y col. Mostro que 28% de los partos pre términos de feto único se debió a varios factores, alrededor de la mitad fue por pre eclampsia, una cuarta parte por sufrimiento fetal, y una cuarta parte por restricción del crecimiento fetal, DPP, o muerte fetal. El 72% restante se debió a trabajo pre termino espontaneo, con rotura prematura de membranas o sin ella.

Leal M. y colaboradores (Brasil, 2016), concluyeron que los factores sociodemográficos asociados fuertemente con el parto prematuro espontáneo fueron el embarazo adolescente, el año de escolaridad bajo, y la atención prenatal inadecuada. Otros factores de riesgo fueron anterior parto prematuro (OR=3,74), el embarazo múltiple (OR=16,42), desprendimiento prematuro de placenta (OR=2,38) y las infecciones (OR=4,89)

Guadalupe S.M. et. al. (Lima, 2015) realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo que están asociados a parto pre término en las gestantes que fueron atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015. El estudio fue de tipo observacional, analítico, retrospectivo, con un diseño de casos y controles. Concluyeron que las edades extremas (OR: 4.218), la rotura prematura de membrana (OR: 2.681), el número de paridad, el tener menos de 6 controles prenatales (OR: 2.644), la pre eclampsia, el estado civil (OR: 2.613) y la infección del tracto urinario (OR: 2.591) son factores de riesgo para el parto pre término.

Sam Fernández D. M, Zatta Córdor J. E. (Chiclayo, 2014) realizaron un estudio con el objetivo de determinar los factores de riesgo del parto pre término en gestantes adolescentes. Utilizando un diseño no experimental, estudio retrospectivo comparativo, de casos y controles. Encontraron que Los factores de riesgo asociados al parto pre término fueron tener más de una pareja sexual, no tener control prenatal, condición de múltipara y anemia moderada, ITU, Pre eclampsia y RPM.

La tasa de mortalidad perinatal en el Perú en el año 2000, según Endes, fue 23,1 por mil nacimientos, similar al 22,9 del estudio del Sistema Informático Perinatal (SIP) de 9 hospitales del Ministerio de Salud, correspondiente al año 2000. Pero, ha disminuido a 14 por 1 000 nacimientos en 2014.

El parto pre término es un problema médico-social que aumenta con el tiempo y es causa principal de mortalidad neonatal (70%) y la causa más frecuente de hospitalización prenatal. En los bebes prematuros nacidos con peso inferior a 1 000 g, las tres principales causas de mortalidad son la insuficiencia respiratoria, infecciones y malformaciones congénitas. Si el bebe prematuro no muere, el cuidado intensivo neonatal moderno ha permitido mejorar la sobrevida, pero también deja como secuela incapacidades en los sobrevivientes, 25 a 50% de daño neurológico a largo plazo. Ocurren más problemas si el nacimiento ocurre antes de las 34 semanas, pero el nacer a las 34 a 36 semanas

se puede asociar a complicaciones del parto, discapacidad y muerte temprana del recién nacido, especialmente al año de vida.

De lograr conocerse los factores de riesgo más frecuentes que se asocian al parto pre término, se podrían implementar medidas de prevención en cada uno de los diferentes niveles en salud pública; con el fin de evitar o disminuir la prematuridad y sus complicaciones. Todo esto trae como beneficio la disminución de la morbilidad y mortalidad neonatal, además de los gastos económicos que se necesitan para el cuidado adecuado de un recién nacido prematuro.

El parto pretérmino es la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatal, como se mencionó anteriormente, pero no se debe de olvidar de la morbilidad que puede presentar en estos pacientes, que puede extender al resto de su vida, y en ocasiones, con resultados poco alentadores por limitaciones físicas, psicológicas y costos económicos. El impacto del parto pretérmino en la salud perinatal, de la madre y la sociedad, con su morbilidad y mortalidad, justifica cualquier investigación que se realicen en este entorno. El presente protocolo de investigación estará dirigido a realizar la medición de los factores a parto pretérmino, en cuanto a factores de riesgo, comorbilidades y factores asociados se refiere.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Determinar los factores de riesgo de parto pre término en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante los años 2013 – 2018.

4.2 Objetivos Específicos

- Determinar si los factores sociodemográficos (edad materna, nivel de instrucción y estado civil) son factores de riesgo para el parto pre término en gestantes que se atendieron en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante los años 2013-2018.
- Determinar si los antecedentes obstétricos (número de controles prenatales, DPP en la actual gestación y el antecedente de parto pre término) son factores de riesgo para el parto pre término en gestantes que se atendieron en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante los años 2013 - 2018.
- Determinar si las patologías asociadas a la gestación (Infección del tracto urinario, pre eclampsia, RPM y anemia) son factores de riesgo para el parto pre término en gestantes que se atendieron en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante los años 2013 - 2018.

4. MATERIAL Y MÉTODO

a.- Diseño del estudio:

El proyecto de investigación será descriptivo ya que se analizará y observará el tema a estudiar, y será un estudio retrospectivo ya que se tendrán previamente a disposición información antes de elaborar el presente proyecto.

b.- Población:

Universo: Estará constituida por todas aquellas gestantes que acudieron a atención de parto en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza de la Ciudad de Lima durante el 2013-2018.

Población: Dicha población aproximada de 435 gestantes con diagnóstico de parto pre término de un total de atención de partos de 19441, lo que hace un 2.3% durante ese periodo de tiempo.

Criterio de selección:

-Paciente con Historia clínica completa que se hospitalizaron y se les diagnosticó parto pre término, determinadas por fecha de última regla confiable o ecografía del I trimestre en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Arzobispo Loayza durante el 2013-2018.

Criterios de exclusión: Se excluyeron a todas las gestantes, con edades gestacionales menores a las 22 semanas y mayores de las 36.6 semanas además que no cuenten con la historia clínica completa.

c.- Muestra:

Tamaño de la muestra: Serán 204 pacientes con diagnóstico de parto pre término que se hospitalizaron en el servicio de gineco-obstetricia del hospital Arzobispo Loayza durante el 2013-2018. Para el cálculo de la muestra con población conocida para el presente proyecto se utilizó la siguiente formula:

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

Dónde:

Tamaño de Población: N=435
 Nivel de Confianza (95%): $Z_{\alpha}=1.96$
 Proporción a favor: p=0.5
 Proporción en contra: q=0.5
 Error de precisión: d=0.05
 Reemplazando: n = 204

d. Definición operacional de variables:

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
Edad materna	Tiempo de vida expresada en años	cuantitativa	De razón	Años	Ficha de recolección de datos.

Nivel de Instrucción	Nivel de estudios cursados	cualitativa	Nominal	Ninguna Primaria Secundaria Superior	Ficha de recolección de datos
Estado Civil	Estado conyugal referido	cualitativa	nominal	Soltera Casada Conviviente	Ficha de recolección de datos.
Número de controles prenatales	Número de controles prenatales de la gestante registrada.	cualitativa	nominal	1. < 6 CPN 2) > o = a 6 CPN.	Ficha de recolección de datos.
DPP	Presencia de la patología en la gestante atendida.	cualitativa	nominal	No Si	Ficha de recolección de datos.
Antecedente parto pre término	Registro de amenaza de parto pre término durante el embarazo	cualitativa	nominal	No Si	Ficha de recolección de datos.
Infección del tracto urinario	Presencia de infección urinaria durante el embarazo, definida en la historia clínica perinatal de la gestante en estudio	cualitativa	nominal	No Si	Ficha de recolección de datos.
Pre eclampsia	Será definido por el diagnóstico descrito en la hoja perinatal de la gestante.	cualitativa	nominal	No Si	Ficha de recolección de datos.
RPM	Evidencia de pérdida de líquido amniótico por el canal vaginal o en el fondo del saco vaginal.	cualitativa	nominal	No Si	Ficha de recolección de datos
Anemia	Valores menores a 11 g/dl de hemoglobina e inferior a 33% de hematocrito.	cualitativa	nominal	No Si	Ficha de recolección de datos.

e. Procedimientos y técnicas:

- **Técnica:** Previa autorización se procederán a buscar los registros del alta del servicio de Obstetricia en el periodo indicado y ubicación de las historias clínicas de la muestra admitida para el presente proyecto en el archivo del hospital Arzobispo Loayza, mediante su revisión se recabaran la información necesaria y se llenaran en la ficha de recolección de datos.
- **Instrumento:** Toda la información extraída de las historias clínicas ubicadas en el archivo del hospital Arzobispo Loayza en base a las variables de factores de riesgo serán llenadas por el investigador o el que haga esa función en la ficha de recolección de datos. (Ver anexos)

f. Aspectos Éticos del Estudio:

Se guardará la identidad del paciente, identificándolo con el número de historia clínica. No se registrarán datos personales como nombre o documento de identidad para resguardar la privacidad.

En el presente estudio no hay necesidad de aplicar el consentimiento informado porque solo se usarán los datos de las historias clínicas.

El presente estudio será sometido para revisión en el comité de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

El investigador declara que no tiene vínculo económico o comercial con ninguna empresa vinculada a los tópicos señalados en el presente estudio

g.- Procedimiento y análisis de Datos:

La información que se obtendrá será ingresada en una tabla en el programa Microsoft Excel 2016. Para elaborar la base de datos y el procesamiento de los mismos, usaremos el programa SPSS versión 25.0. Para el análisis se empleará la estadística descriptiva, presentando los resultados en tablas de contingencias determinando el OR con un intervalo de confianza de 95%. La Odds ratio sólo se aproxima al riesgo relativo cuando el suceso es raro y ocurre en menos del 10% de los sujetos. Se valorará la asociación de las variables mediante el test de Chi cuadrado con un nivel de significancia estadística $p < 0.05$.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin N° 171, Management of preterm labor. October 2016.
2. Martin JA, Osterman MJK. Describing the increase in preterm births in the United States, 2014-2016. National Center for Health Statistics. <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db312.htm>. 6.
3. Carrillo CE, Wong A. Factores asociados al embarazo pretérmino a nivel del mar y la altura. Acta Andina. 1994;3(1):19-28. 7. Unicef. El estado mundial de la infancia de 2014. Indi
4. Pacheco J. Amenaza de parto pretérmino. En: Pacheco J (editor). Manual de Obstetricia. Lima: Imaggio SAC, 2011. 12.
5. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. Parto pretérmino. http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Part_Pretermino.pdf.
6. ACOG. Practice Bulletin N° 130 – 2016 Prediction and prevention of preterm birth. Obstetrics & Gynecology. 120(4):964–973, OCT 2012. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3182723b1b.
7. Borg F, Gravino G, Schembri-Wismayer P, Calleja-Agius J. Prediction of preterm birth. Minerva Ginecol. 2013 Jun;65(3):345-60.
8. Mendoza G. Determinación de los factores de riesgo más importantes en pacientes de alto riesgo, hospital de la mujer de la ciudad de la Paz año 2004.

9. Villamonte W, Lam N, Ojeda E. Factores de riesgo del parto pretérmino. Instituto Nacional Materno Perinatal. Ginecología y Obstetricia. 2001;47 (2):112-116.
10. Díaz RC. Factores de Riesgo Obstétricos asociados al para parto pretérmino en el Hospital Regional Docente de Trujillo, enero 2007diciembre 2007. [Tesis de Bachiller de Medicina] Trujillo, Perú. Universidad Nacional de Trujillo, 2007.
11. Molina M. Prevalencia de parto pretérmino en pacientes con infección de vías urinarias en el área de Gineco-Obstetricia del hospital provincial general de Latacunga en el período junio 2011junio 2012. [Tesis de Bachiller de Medicina] Ambato, Ecuador. Universidad Técnica de Ambato, 2013
12. Organización Mundial de la Salud. Partos prematuros. 19 febrero 2018. En: <http://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
13. Jin Choi S, Seok Park S, Ho Jang I, Uh Y, Lee A. The Prevalence of Vaginal Microorganisms in Pregnant Women with Preterm Labor and Preterm Birth. Ann Lab Med. 2012; 32(3): 194–200. 14.Frascoli M, Coniglio L, Witt R, Jeanty C, Fleck-Derderian S, Myers DE, et al. Alloreactive fetal T cells promote uterine contractility in preterm labor via IFN- γ and TNF- α Sci Transl Med. 2018 Apr 25;10(2263):1-1

6. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

Presupuesto

Recursos	Materiales	Cantidad	Costo/unidad	Costo total
BIENES	Papel bond A4	1 millares	S/. 20.00	S/. 20.00
	Fólderes	3 unidades	S/. 0.60	S/. 1.80
	Lápiz	1 cajas	S/. 8.00	S/. 8.00
	Archivador	2 archivadores	S/. 7.00	S/. 14.00
	Tablero	2 unidades	S/. 6.50	S/. 13.00
	Otros	-	-	S/. 250.00
SERVICIOS	Movilidad local	-	-	S/. 150.00
	Telefonía celular	-	-	S/. 90.00
	Fotocopias e Impresiones	-	-	S/. 300.00
HONORARIOS DEL PERSONAL	Estadístico	-	S/. 850.00	S/. 850.00
	Recolector de datos	-	S/. 300.00	S/. 300.00
	Digitador	1 mes	S/. 250.00	S/. 250.00
			TOTAL	S/.2,246.80

El estudio será financiado por el investigador.

Cronograma

N°	ACTIVIDADES	MESES-2019						
		Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre
1	Revisión bibliográfica	X						
2	Elaboración del proyecto		X					
3	Presentación del proyecto			X				
8	Recolección de información				X			
10	Tabulación de datos					X		
12	Análisis e interpretación						X	
13	Redacción informe final						X	
14	Impresión y presentación del Informe final							X

1. ANEXOS

-Ficha de recolección de datos

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICA DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA EN EL PERÍODO DE 2013 A 2018”

1. PRESENTACION

La presente ficha tiene por finalidad obtener información de los indicadores de las variables en estudio, por parte del investigador con una duración de la necesaria para obtener la información.

HORA _____ H.CL. Madre _____

Lima _____ de _____ del 201__

2. INSTRUCTIVO

Realizar el llenado de la Ficha de Registro, marcando con una (X) dentro de los paréntesis de los enunciados:

3. DATOS DE CONTENIDO

1. Edad: 1. Menor de 19 años () 2. 20 a 34 años () 3. 35 a 50 años ()

2.- Grado de Instrucción: Ninguna () Primaria () Secundaria () Superior ()

3.- Estado Civil: Soltera: () Casada: () Conviviente ()

4.-Número de controles prenatales: 1. Mayor de 6 () 2.Menor de 6 ()

5.- Rotura Prematura de Membranas: 1. SI () 2. NO ()

6.- Infección del tracto urinario: 1. SI () 2. NO ()

7.- Antecedentes de parto pre término: 1. SI () 2. NO ()

8.- Pre eclampsia: 1. SI () 2. NO ()

9.- Hemoglobina: 1. Menor de 11 gr/ml () 2. Mayor de 11 gr/ml ()

10.- DPP en la gestación actual: Si () No ()

OBSERVACIONES:

.....
.....
.....