



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

**FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO
EN GESTANTES DEL SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL DE BARRANCA, 2019**

RISK FACTORS ASSOCIATED WITH PRETERM LABOR IN
GESTANTS OF THE BARRANCA HOSPITAL GINECO-OBSTETRICS
SERVICE, 2019

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA**

AUTOR

SILVIA VARGAS HIDALGO

ASESOR

EDGAR ALCIDES COTRINA GAVEDIA

LIMA – PERÚ

2020

2. RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivos determinar los factores de riesgos asociados a parto pretérmino en gestantes del Servicio Gineco-Obstetricia del Hospital de Barranca, 2019, determinar si las características sociodemográficas se asocian al parto pretérmino en gestantes del Servicio Gineco – Obstetricia del Hospital de Barranca, 2019, determinar si el factor obstétrico se asocia al parto pretérmino en gestantes del Servicio Gineco – Obstetricia del Hospital de Barranca, 2019, determinar si las condiciones médicas maternas se asocian al parto pretérmino en gestantes del Servicio Gineco – Obstetricia del Hospital de Barranca, 2019. Por ende, la investigación concierne a un tipo descriptivo retrospectivo con 90 casos (gestantes con parto pretérmino) y 90 controles (gestantes con parto a término), asimismo, se optará por aplicar una ficha de recolección de datos a la muestra seleccionada para recaudar información pertinente y suficiente en base a las historias clínicas que permitan conceder respuestas a los objetivos formulados. Por otro lado, los resultados serán procesados en el programa estadístico SPSS versión 24, lo cual, coadyuvará a la generación de tablas y figuras para desarrollar un análisis consistente de cada uno, a fin de emitir conclusiones apropiadas.

Palabras clave: Pretérmino, gestantes, materna.

3. INTRODUCCIÓN

El parto prematuro antes de las 37 semanas complica a muchos embarazos en la actualidad y es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad infantil en todo el mundo. Un estudio realizado en Estados Unidos muestra que los principales factores de riesgos asociados a parto pretérmino son las mujeres con un parto por cesaría en el primer embarazo [odds ratio ajustado (aOR) = 2.20; 95% intervalo de confianza (IC) 1.57-3.08], además el consumo de tabaco (aOR=2.33; IC 95% 1.61-3.38) y un intervalo de embarazo <18 meses (aOR=1.37; IC 95% 1.21 -1.55) aumentaron riesgo de secuencia termino-pretérmino (1).

Igualmente, un estudio realizado en Lima en el Hospital María Auxiliadora muestra como resultados que los factores de riesgos asociados en el parto pretérmino en gestantes del área Gineco-Obstetricia son la edad, el estado civil, el control prenatal incorrecto, la infección del tracto urinario, el número de paridad, la preeclampsia y la rotura prematura de membrana posee valor estadísticamente significativo ($p < 0.5$) asimismo de ser factores de riesgo para parto pretérmino (OR: 2.579). Es con ello se puede mencionar que durante el periodo de gestación, las mujeres deben de tener una estricta revisión médica con la finalidad de evitar algunas complicaciones (2).

El parto pretérmino es una complicación importante en los embarazos en todo el universo. Los niños que nacen prematuros están en aumento y presentan un mayor riesgo de mortalidad y son más propensos a tener neurología a largo plazo, además de manifestar trastornos de desarrollo. La incidencia de parto prematuro varía entre los países con un rango de 5 a 13%, lo que resulta en 15 millones de entregas prematuras en todo el mundo cada año (3).

El parto prematuro es el mayor factor de riesgo de morbilidad y mortalidad infantil, no solo en el periodo neonatal inmediato, sino también en la infancia. Puede afectar la salud física, las dimensiones cognitivas y de competencias, lo que convierte en uno de los desafíos más importantes para la salud pública actual. El parto prematuro se puede agrupar como extremo (menos de 28 semanas), severo (entre 28 y 32 semanas) y moderado o corta plazo (32 a 36 semanas) (4).

Ahora, la prematuridad sigue siendo uno de las principales complicaciones de la obstetricia debido a la gran morbimortalidad que esta lleva asociada. Por ende, la amenaza de parto pretérmino es un síndrome donde el diagnóstico está basado en la existencia de contracciones uterinas y modificaciones cervicales (5).

Además, el parto pretérmino suele estar asociado a variables sociológicas, historia obstétrica y a complicaciones del embarazo actual. Se han relacionado con este factores demográficos entre los que se incluyen la edad materna(jóvenes menores de 15 y mayores de los 35 años), si tuvo parto pretérmino antes y las condiciones asociados con el estilo de vida, dentro de ellos está el nivel socioeconómica bajo, el alcoholismo, tabaquismo, destrucción crónica, drogadicción y la falta de atención prenatal (6).

Asimismo, diversos estudios indican que los factores asociados a parto prematuro conciernen a los factores demográficos como edad materna, raza, nivel socioeconómico, desnutrición e inadecuado cuidado durante el periodo de gestación, asimismo, se incluye el estilo de vida de la madre respecto al nivel de consumo de sustancias tóxicas, además del registro de partos prematuros previos, abortos previos y embarazos múltiples. Por otro lado, el sangrado vaginal presentado en el primer o segundo trimestre a causa del desprendimiento de la placenta previa, suscitación de preeclampsia y comorbilidad como la diabetes. Otro factor de riesgo corresponde a las infecciones evidenciadas en el tracto genital urinario en el transcurso del embarazo producto de la vaginosis bacteriana, en conjunto con la ruptura prematura de las membranas amnióticas provocada por la colonización vaginal acrecientan la probabilidad de parto prematuro (7) (8).

La creciente epidemia de parto prematuro junto a tasas de mortalidad en los recién nacidos conlleva a la medicina perinatal a afrontar este desafío en la salud neonatal y materna, no obstante, la mayoría de las complicaciones de morbimortalidad se pueden prevenir ejecutándose medidas de costos asequibles sin incurrir en la adquisición de alta tecnología, es decir, con tratamiento oportuno mediante la ingesta de metronidazol y eritromicina que coadyuvan a prevenir el parto prematuro ocasionado por la vaginosis bacteriana, además del uso de progesterona vaginal para impedir la suscitación de parto prematuro (9).

En ese sentido, el parto prematuro conforma una causa principal de mortalidad en el neonato, asimismo, genera complicaciones en la salud materna y recién nacido que implica afecciones económicas como emocionales en las familias, por ello, es crucial determinar los factores de riesgo en gestantes con amenaza de parto pretérmino, destacando fumar cigarrillo, aborto previo, beber alcohol en el transcurso del embarazo, nivel de hemoglobina materna menor a 11 gm, presencia de anomalías congénitas neonatales físicas visibles y el registro del historial de concebir un bebé con bajo peso al nacer (9) (10).

Por tanto, las gestantes con amenaza de parto prematuro ameritan recibir una atención prenatal eficaz e intensificada para prevenir el parto pretérmino, pues el registro de una edad materna menor e igual a 20 años, paridad mayor a 4, infecciones en el tracto urinario materno por vaginosis bacteriana, hemorragia anteparto, hipertensión inducida en el periodo de gestación, ruptura prolongada de las membranas antes del parto y gestación gemelar constituyen factores de riesgos con mayor probabilidad de parto prematuro (11).

Cabe mencionar que, no se evidencia un método de detección preciso en la determinación de parto prematuro en gestantes con riesgo de parto pretérmino, no obstante, se registran

ciertos indicadores con una probabilidad en específico como la medición de longitud cervical, fibronectina fetal, ángulo uterocervical, entre otros marcadores sin exceptuar la historia materna, factores sociodemográficos y estado de salud de la madre, con el propósito de asignar un tratamiento adecuado para mitigar complicaciones o factores de morbimortalidad producto del parto prematuro (12).

Por otro lado, las características junto al historial materno registrado en el primer trimestre constituyen información crucial para predecir la suscitación de parto espontáneo antes de las 34 semanas de gestación. En consiguiente, el parto prematuro acontece antes de las 37 semanas de gestación previstas que implica una serie de riesgos neonatales e inclusive representa la causa de mortalidad de niños menores de 5 años de edad, asimismo, ocasiona más del 50% de morbilidad en los recién nacidos en un periodo de largo plazo, especialmente en los nacidos previo a las 34 semanas de gestación, no obstante, se evidencian estrategias eficaces en la mitigación del parto prematuro espontáneo como el cerclaje cervical, la administración de progesterona a pacientes embarazadas con cuello uterino corto y/o registro de antecedentes de parto prematuro espontáneo (13).

En ese sentido, se aduce la necesidad de planificadores avocados en el diseño de intervenciones basadas en los problemas detectados en la comunidad para conceder un tratamiento efectivo a las complicaciones de parto prematuro, por ello, es indispensable la detección de los factores de riesgos en la ocurrencia de parto prematuro que permita contribuir a mejorar la salud perinatal con el compromiso de minimizar las tasas de parto prematuro que afecta el recién nacido por la presencia de morbilidades próximas o el registro de muertes a corto plazo (14).

Aunque, los avances tecnológicos en el sistema de atención médica se han incrementado significativamente, el parto prematuro conforma un desafío importante en el personal de salud, dado que la prestación de servicios de atención médica perinatal concedidos de forma adecuada con una apropiada concientización a las mujeres embarazadas, especialmente a las gestantes con elevados riesgos para minimizar la ocurrencia de parto prematuros prevenibles, pues constituye un problema multifactorial en la medicina obstétrica producto de varios aspectos como antecedentes de abortos, muertes fetales anteriores, presencia de ciclos irregulares en el período de menstruación, entre otros factores que ameritan de una atención de salud reproductiva antes y durante la gestación (15).

El nacimiento de neonatos prematuros muestra mayor riesgo de presentar discapacidades en el desarrollo, salud y problemas en el crecimiento respecto a los recién nacidos a término del periodo de gestación, pues se presentan una serie de factores de morbimortalidad en el parto prematuro a causa de covariables de la hipertensión inducida por el embarazo y arrojar VIH positivo, por tanto, se insiste en la integración de esfuerzos en la disminución de la prevalencia de parto prematuro en aras de efectuar un tratamiento oportuno de la hipertensión, comorbilidades en las gestantes que conforman factores de riesgos sujetos a complicaciones a concretarse con el parto prematuro, lo cual, encamine a una calidad de atención médica y concientización para un mejor cuidado de la salud perinatal (16).

Por tanto, factores de riesgos asociados al parto prematuro como embarazo gemelar actual, ausencia atención prenatal, inapropiada atención prenatal, antecedentes de parto prematuro y la presencia de preeclampsia, conforman indicadores en la mayoría de gestantes, aunque la etiología del parto prematuro no logra determinarse por completo

hasta la actualidad, sólo se recomienda una mejor atención en el servicio de salud a las gestantes para evitar un parto pretérmino que involucre una serie de morbilidades en el neonato como problemas respiratorios, neurológicos, cardiovasculares, entre otros que afecten la calidad de vida en periodos futuros o inclusive sean mortales (17).

Cabe mencionar que, las mujeres que concibieron un parto prematuro presentan mayor riesgo de la aparición futura de la enfermedad cardiovascular materna posterior al ajuste por factores de confusión previos al embarazo que comprende el índice de masa corporal, tabaquismo e historia familiar, es decir, las mujeres con antecedentes de parto prematuro registran alta probabilidad de desarrollar hipertensión crónica, diabetes mellitus tipo 2 e hipercolesterolemia periodos posteriores al parto pretérmino, lo cual, induce a incorporar intervenciones o mecanismos necesarios en su estilo de vida para proteger su salud y minimizar complicaciones de morbimortalidad (18).

El parto prematuro conforma una principal causa de mortalidad neonatal en todo el mundo, asimismo, constituye la segunda etiología de la muerte de menores de 5 años posterior a la neumonía, cuya tasa de incidencia de parto prematuro se registra en mayor proporción en el continente africano y en América del Norte, en un 11.9% y 10.6% respectivamente. Por otro lado, los efectos de parto prematuro generan inestabilidad económica en la familia producto de la necesidad de una atención médica especializada que requiere de un sistema de salud potencializado para conceder un tratamiento neonatal inicial, además de asumir costos de servicios de salud después del alta de unidad neonatal. En consiguiente, el nacimiento prematuro se erige como un factor de riesgo encaminado a contraer enfermedades crónicas y/o casos mortales a futuro, es decir, los impactos en el bienestar son notables por la suscitación de discapacidades como anomalías neurológicas en el recién nacido que persistirá durante todo el periodo de vida, afectando su bienestar físico y psicológico (19).

De esta forma, el parto prematuro constituye una causa fundamental de la mortalidad neonatal, correspondiendo a un 35% de todas las muertes registradas a nivel mundial que conlleva a la integración y ejecución de esfuerzos en la cristalización de intervenciones para minimizar los factores de riesgo asociados al incremento de nacimientos prematuros, los cuales, involucra residencia rural, no asistencia a la clínica de atención prenatal, ruptura de membranas, hemorragia anteparto y preeclampsia en el embarazo, por tanto, el reconocimiento temprano con adecuado manejo de condiciones de alto riesgo en gestantes pueden encaminar a una reducción de alta tasa de incidencia de nacimientos prematuros. Asimismo, los riesgos de mortalidad post neonatal correspondiente a deterioro neurológico en un periodo de largo plazo, retraso en el crecimiento físico y la presencia de enfermedades no transmisibles en la edad adulta, por ello, el parto prematuro conforma un importante problema de salud pública ocurrido a nivel mundial en una prevalencia de 6 a 10% de los nacimientos en países de altos ingresos y 15% en países de bajos ingresos (20).

Por otro lado, el parto prematuro espontáneo se define como el comienzo de la labor de parto con un éxtasis de membrana intacto o previo al parto que significa el nacimiento antes de las 37 semanas de gestación, cuyos factores vinculados conciernen a la hipertensión durante el periodo de embarazo, así como, la presencia de infección materna por el VIH que acarrea diferentes causas y riesgos de morbilidad, problemas de crecimiento y enfermedades no transmisibles en el recién nacido por el resto de su vida, especialmente los neonatos nacidos antes de las 32 semanas de gestación muestran mayor riesgo de resultados adversos para la salud. Por otro lado, las edades de las madres

menores de 25 años registran al menos un trastorno médico en el periodo de embarazo, hipertensión, infección materna por el VIH, ruptura prematura de la membrana, entre otros factores de morbimortalidad en la salud perinatal que afecta el bienestar y calidad de vida (21).

El parto prematuro conforma la segunda causa resaltante de muerte de menores de cinco años de edad a nivel mundial, asociándose malos resultados neonatales en los países en vías de desarrollo, pues el sistema de salud presenta varias desventajas que imposibilita atender a recién nacidos prematuros graves y extremos por representar un verdadero desafío. Por tanto, ante la prevalencia de una elevada cifra de partos prematuros con una gama de factores como esfuerzos físicos forzosos en el periodo de gestación, habitar en zonas rurales, antecedentes de aborto espontáneo, preeclampsia, placenta previa, desprendimiento de la placenta, parto por cesárea, embarazo múltiple, bajo peso al nacer, infecciones urinarias durante el embarazo, entre otros aspectos que incitan al profesional médico a detectar factores de alto riesgo de parto prematuro en el periodo de atención prenatal para aplicar tratamientos efectivos que coadyuven a reducir complicaciones y resultados perinatales adversos relacionados (22).

Diferentes estudios manifiestan factores de riesgo en parto prematuro como edad materna extrema, habitar en un área rural, nivel de instrucción bajo, bajo peso, obesidad, sobrepeso, además de características obstétricas como hemorragia preparto, preeclampsia, el retraso del crecimiento fetal, ruptura prematura de membranas, diabetes, embarazo múltiple e infecciones por vaginosis en el tracto urinario en la gestantes, se asocian a la complicaciones que conllevan al parto pretérmino, no obstante, existe limitaciones acerca de la exactitud en las causas como en los aspectos vinculados que aduce la necesidad de indagación en la salud perinatal para efectuar desarrollo de estrategias de prevención ante la aparición de la probabilidad de parto prematuro, con el propósito de evitar la suscitación de resultados nocivos en el bienestar del recién nacido prematuro mediante intervenciones pueden contribuir a acrecentar la tasa de supervivencia de neonatos en nuestro entorno (22).

En ese sentido, la prevención de complicaciones obstétricas y ginecológicas que incluye anemia, antecedentes de aborto, ruptura prematura de membranas, embarazos múltiples, parto prematuro previo, intervalos cortos entre embarazos, entre otros factores coadyuvarían a minimizar la incidencia de parto prematuro, además de concientizar a las gestantes al cuidado durante todo el periodo perinatal, pues los nacidos prematuros muestran mayor probabilidad de presentar problemas de salud graves como discapacidad intelectual, pérdida de visión, parálisis cerebral, enfermedad pulmonar crónica, pérdida de audición, entre otras discapacidades a convivir por el resto de su vida, en consiguiente, se sugiere la difusión de una cultura de cuidado y educación a las gestantes para prevenir futuras complicaciones severas acarreadas por el parto prematuro (23).

De esta forma, el parto prematuro como el bajo peso al nacer constituyen primordiales problemas de salud pública en diferentes países a nivel mundial producto de las consecuencias catastróficas representadas por la aparición de morbilidades y mortalidades, asociándose una gama de factores como nivel de instrucción primaria y secundaria no concluida, cesárea, bajo peso al nacer, entre otros aspectos que conllevan a la necesidad de efectuar estrategias e intervenciones para minimizar la alta tasa de cesárea, así como, enfatizar en la educación materna en el antes y durante el periodo de gestación para adoptar hábitos alimenticios saludables que propicie minimizar el parto

pretérmino vinculado complicaciones graves en la salud del neonato a mantenerse a lo largo de vida (24).

Desde el punto de vista teórico, el estudio se sustenta en la evidencia empírica y en modelos teóricos de la medicina perinatal que permitan determinar los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes, lo cual, encamine a analizar posibles complicaciones en la salud del neonato que involucren una serie de enfermedades a presentarse en el largo plazo o registro de muertes al momento de nacer.

Metodológicamente, se analizará los resultados a partir de la base de datos recabados por las fichas de recolección de datos diseñadas por el investigador acorde con la teoría de medicina perinatal en relación a parto pretérmino, es decir, comprenderá dimensiones e indicadores por cada variable de estudio que permita responder los objetivos formulados, asimismo, propiciará la elaboración de estrategias preventivas en la detección de factores de riesgo de parto prematuro en aras de minimizar su ocurrencia.

Desde el ámbito social, el estudio se enfoca en determinar los factores de riesgos vinculados al parto prematuro en gestantes atendidas en el Servicio Gineco – Obstetricia del Hospital de Barranca, con el propósito de proponer estrategias preventivas, políticas de salud perinatal y adopción de mecanismos de concientización en las gestantes para evitar la suscitación de parto pretérmino que acarrea complicaciones o aspectos de morbimortalidad.

4. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar los factores de riesgos asociados a parto pretérmino en gestantes del Servicio Gineco-Obstetricia del Hospital de Barranca, 2019.

Objetivos específicos

Determinar si las características sociodemográficas se asocian al parto pretérmino en gestantes del Servicio Gineco – Obstetricia del Hospital de Barranca, 2019.

Determinar si el factor obstétrico se asocia al parto pretérmino en gestantes del Servicio Gineco – Obstetricia del Hospital de Barranca, 2019.

Determinar si las condiciones médicas maternas se asocian al parto pretérmino en gestantes del Servicio Gineco – Obstetricia del Hospital de Barranca, 2019.

5. MATERIAL Y MÉTODO

a) Diseño del estudio

De acuerdo con las características presentadas, la investigación es descriptiva retrospectiva de casos y controles, pues está enfocado en determinar los factores de riesgos asociados a parto pretérmino en gestantes del Servicio Gineco-Obstetricia del Hospital de Barranca, 2019 (25). Por ello, se describe lo siguiente:

Casos: Gestantes con parto prematuro

Controles: Gestantes con parto a término

b) Población

Es el conjunto infinito o infinito de objetos, individuos, fenómenos y sucesos que poseen características comunes y son experimentados en distintos ambientes con la finalidad de obtener conclusiones. Para el presente proyecto de investigación, la población estará conformada por 650 gestantes, de los cuales 113 serán gestantes con parto pretérmino y 487 con parto a término que acuden al servicio Gineco-Obstetricia del Hospital de Barranca, 2019 (25).

Criterios de inclusión:

- Gestantes mayores de 18 años
- Gestantes del 2019 con historia clínica completa

Criterios de exclusión:

- Gestantes menores de 18 años

c) Muestra

La muestra estará conformada por 90 casos (gestantes con parto prematuro) y por 90 controles (gestantes con parto a término). Además, el muestreo es no probabilístico porque se realizará por convivencia ya que facilitará la recolección de datos, calculándose mediante fórmula (anexo 1).

La muestra se realizará con la calculadora muestral GRANMO. En este tipo de diseño para el cálculo del tamaño de muestras pareadas se requiere estimar. Donde aceptando un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.2 en un contraste bilateral, se precisan 85 casos y 85 controles para detectar una odds ratio mínima de 4. Se asume que la tasa de expuestos en el grupo control será de un 10%. Se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 20%. Se ha usado la aproximación de POISSON.

d) Definición operacional de variables

Variab les	Definición operacion al	Dimension es	Indicadores	Escala	Instrume nto
Factore s de riesgos asociad os a parto	Comprend e un conjunto de factores riesgosos relacionad os a parto prematuro que implica complicaci	Característi cas sociodemog ráficas	Edad materna Estado civil Grado de instrucción Ocupación	Cualitativa	Ficha de recolecti ón de datos
		Característi cas obstétricas	Paridad Embarazo planificado Antecedente de parto prematuro Número de abortos Intervalo entre embarazos Tipo de embarazo Incompetencia cervical Polihidramnios	Cuantitati va y cualitativa	

prematuro	iones en el periodo perinatal a concretarse con morbilidades y mortalidades en el neonato.	Características médicas	Secreción vaginal Infección del tracto urinario Enfermedades crónicas Hipertensión Complicaciones	Cualitativa	
-----------	--	-------------------------	---	-------------	--

e) Procedimiento y técnicas

La técnica empleada en el estudio corresponderá al análisis documental enfocado en la examinación de historias clínicas que permitan compilar una gama de datos vinculados con los objetivos planteados, por ello, se procederá a solicitar permiso pertinente al Hospital de Barranca para su autorización en la entrega de documentación confidencial de gestantes que recurrieron al servicio Gineco – Obstetricia durante el periodo del 2019.

De esta forma, el instrumento idóneo será la ficha de recolección de datos que propiciará acopiar información relevante de las historias clínicas concedidas por el servicio Gineco – Obstetricia, la cual, comprenderá una estructura organizada por información general de la paciente, asimismo, características obstétricas, médicas y estilos de vida materna, con el propósito de determinar los factores asociados al parto pretérmino.

Por otro lado, la selección de pacientes se efectuará mediante el cálculo de una muestra en relación a los criterios de inclusión expuestos, lo cual, facilite la revisión de historias clínicas que permita la extracción de información necesaria acorde con la estructura de los instrumentos, a fin de generar una base de datos a organizarse y sistematizarse en el Microsoft Excel para su posterior exportación al SPSS versión 24 que conlleva a determinar estadísticos descriptivos indispensables en la interpretación de los resultados, así como, en el desarrollo de conclusiones consistentes.

f) Aspectos éticos del estudio

En toda investigación donde se use como muestra de estudio a personas se requiere de una serie de principios que respalden los derechos y seguridad de los seres humanos de las distintas edades. Por ello, se tomará en cuenta los siguientes aspectos éticos:

Consentimiento informado: Es aquel escrito donde se detalla la decisión voluntaria de cada una de las personas después de haber recibido una explicación breve del estudio a desarrollarse.

Confidencialidad: Cada uno de los participantes tienen una protección, es decir, sus datos personales no se hará público durante el desarrollo de la investigación.

Manejo de riesgos: Este tiene una relación con los principios de beneficencia y maleficencia establecidos para hacer investigación con personas. Cada participante en el estudio no presentará ningún riesgo en su salud.

Neutralidad: Los resultados adquiridos por medio de los instrumentos de recolección de datos tienen una estricta veracidad donde el investigador no manipula en ningún momento los datos.

Relevancia: Permite evaluar el cumplimiento de los objetivos establecidos en el estudio y saber si se logrará desarrollar un mejor conocimiento en el público.

Respeto: Durante el desarrollo del proyecto de investigación se desarrollará los contenidos respetando la normativa de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y el uso correcto de las normas Vancouver.

g) Plan de análisis

Posterior a recabar información de los instrumentos mediante las historias clínicas seleccionadas por criterios de inclusión, se procederá a construir una base de datos sistematizada en Excel que permita la generación tablas y figuras para su procesamiento estadístico en el paquete estadístico SPSS versión 24, donde se calculará el Odds Ratio (si el valor obtenido es mayor a 1 indicará una asociación positiva, mientras que si es menor a 1 existirá una asociación negativa) para luego proponer las conclusiones de acuerdo a los objetivos propuestos.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wong L, Korgenski W, Manuck T, Varner M. Risk factors associated with preterm birth after a prior term delivery. *Obstetrics & Gynaecology*. 2015; 123.
2. Guadalupe S, Canashiro S. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015. *Rev. Fac. Med. Hum.* 2017; 17(1).
3. Koullali B, Oudijik M, Nijiman T, Mol B, Pajkrt E. Risk assessment and management to prevent preterm birth. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*. 2016; 212.
4. Caemo M, Esteves A, Nakamura M, Alves J, Filha M, Soares R, et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. *Reproductive Health volume*. 2016; 13(127).
5. Espinola M. Perfil clínico de gestantes con amenaza de parto pretérmino que concluyen en parto pretérmino. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal (Rev Peru Investig Matern Perinat)*. 2017; 6(2).
6. Escobar B, Gordillo L, Martínez H. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. *Servicio de Pediatría Médica*. 2017; 55(4).
7. Roozbeh N, Moradi S, Soltani S, Zolfizadeh F, Hasani M, Yabandeh A. Factors associated with preterm labor in Hormozgan province in 2013. *Excellence in Constructive Peer Review*. 2016 Setiembre; 8: p. 2918-2923.
8. Mendoza L, Claros D, Mendoza L, Arias M, Peñaranda C. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2016; 81(4).

9. Kelkay B, Omer A, Teferi Y, Moges Y. Factors Associated with Singleton Preterm Birth in Shire Suhul General Hospital, Northern Ethiopia, 2018. Hindawi. 2019 Mayo.
10. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros. 2018.
11. Wagura P, Aggrey W, Iaving A, Wamalwa D, Ng'ang'a P. Prevalence and factors associated with preterm birth at kenyatta national hospital. BMC Embarazo y parto. 2018 Abril; 18(107).
12. Oskovi Z, Ozgu A. Prediction of Preterm Birth: Maternal Characteristics, Ultrasound Markers, and Biomarkers: An Updated Overview. Hindawi. 2018 Octubre.
13. Damaso E, Rolnik D, Cavalli R, Quintana S, Duarte G, Costa F, et al. Prediction of Preterm Birth by Maternal Characteristics and Medical History in the Brazilian Population. Hindawi. 2019 Setiembre.
14. Mahapula F, Kumpuni K, Mlay J, Mirema T. Risk factors associated with pre-term birth in Dar es Salaam, Tanzania: a case - control study. Tanzania Journal of Health Research. 2016 Enero; 18(1).
15. Soltani M, Tabatabaee H, Saeidinejat S, Eslahi M, Yaghoobi H, Mazlomi E, et al. Assessing the risk factors before pregnancy of preterm births in Iran: a population-based case-control study. BCM Embarazo y parto. 2019 Febrero.
16. Gebreslasie K. Nacimiento prematuro y factores asociados entre madres que dieron a luz en instituciones de salud de Gondar Town. Hindawi. 2016 Mayo.
17. Ahumada M, Alvarado G. Risk Factors for premature birth in a hospital. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2016 Julio; 24.
18. Tanz L, Stuart J, Williams P, Missmer S, Rimm E, James T, et al. Parto prematuro y factores de riesgo de enfermedad cardiovascular materna: Estudio de salud de las enfermeras II. Revista de salud de la mujer. 2019 Mayo; 28(5).
19. Teklay G, Teshale T, Tasew H, Mariye T, Beirhu H, Zeru T. Factores de riesgo de parto prematuro entre madres que dieron a luz en hospitales públicos de la zona central, Tigray, Etiopía: estudio de casos y controles sin igual 2017/2018. BMC Research Notes. 2018 Agosto.
20. Ayebare E, Ntuyo P, Ombeva O, Nalwadda G. Factores maternos, reproductivos y obstétricos asociados con nacimientos prematuros en el Hospital Mulago, Kampala, Uganda: un estudio de casos y controles. Revista Médica Panafricana. 2018 Agosto.
21. Tamirat A, Cherie A, Melese T, Ganfure G. Factores asociados con el parto prematuro espontáneo en los hospitales públicos de Addis Abeba, Etiopía: estudio transversal. BMC Embarazo y parto. 2018 Agosto; 18(332).
22. Ternu T, Masenga G, Obure J, Mosha D, Mahande M. Factores de riesgo maternos y obstétricos asociados con el parto prematuro en un hospital de referencia en el noreste de Tanzania. Asian Pacific Journal of Reproduction. Setiembre 2016; 5(5): p. 365-370.

23. Melesew A, Shumye M, Engida A. Determinantes del parto prematuro entre mujeres que dieron a luz en hospitales de referencia de la región de Amhara, Etiopía septentrional, 2018: estudio de control de casos con base institucional. Hindawi. 2020 Enero.
24. Taha Z, Ali A, Wikkeling L, Papandreou D. Factors Associated with Preterm Birth and Low Birth Weight in Abu Dhabi, the United Arab Emirates. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020 Febrero.
25. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. Sexta edición ed. México: McGrawHill; 2014.

7. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

Presupuesto

MATERIALES DE ESCRITORIO			
Detalle	Cantidad	Valor (S/.)	Total (S/.)
Útiles de escritorio	1	S/. 250.00	S/. 250.00
Papel A4	2	S/. 10.00	S/. 20.00
Tinta para imprimir	1	S/. 40.00	S/. 40.00
USB	1	S/. 30.00	S/. 30.00
CD's	5	S/. 2.00	S/. 10.00
Sobres manila	10	S/. 1.00	S/. 10.00
Sub Total			S/. 360.00
SERVICIOS			
Detalle	Cantidad	Valor (S/.)	Total (S/.)
Fotocopias	400	S/. 0.10	S/. 40.00
Internet/hora	80	S/. 1.00	S/. 80.00
Asesoría		S/. 550.00	S/. 550.00
Trabajo de campo		S/ 350.00	S/. 350.00
Sub Total			S/. 1 020.00
OTROS			
Detalle	Cantidad	Valor (S/.)	Total (S/.)
Transporte		S/. 100.00	S/. 100.00
Refrigerio		S/. 120.00	S/. 120.00
Imprevistos		S/. 100.00	S/. 100.00
Sub Total			S/. 320.00
TOTAL			S/. 1, 700

Cronograma

Actividades		Meses					
		May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct
1	Revisión bibliográfica	X					
2	Elaboración del proyecto	X	X				
3	Revisión del proyecto		X				

4	Aplicación de los instrumentos			X			
5	Tabulación de datos				X		
6	Preparación de datos para análisis					X	
7	Análisis e interpretación					X	
8	Discusiones						X
9	Conclusiones y recomendaciones						X
10	Presentación de tesis						X

8. ANEXOS

Anexo N°. 1: Calculo de la muestra

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Anexo N°. 2: Ficha de recolección de datos

Datos relacionados a factores de riesgos asociados a parto prematuro			
Características sociodemográficas			
	Edad materna		Estado civil
<input type="checkbox"/>	<18 años	<input type="checkbox"/>	Soltera
<input type="checkbox"/>	18 -34 años	<input type="checkbox"/>	Casada
<input type="checkbox"/>	>35 años	<input type="checkbox"/>	Divorciada
	Grado de instrucción		Ocupación
<input type="checkbox"/>	Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	Trabajo dependiente
<input type="checkbox"/>	Primaria completa	<input type="checkbox"/>	Trabajo independiente
<input type="checkbox"/>	Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>	Ama de casa
<input type="checkbox"/>	Secundaria completa		
<input type="checkbox"/>	Estudios universitarios		
<input type="checkbox"/>	Estudios de postgrado		
Características obstétricas			
	Paridad		Embarazo planificado
<input type="checkbox"/>	0-2	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	3-4	<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	Mayor o igual a 5		No

<input type="checkbox"/>	Antecedentes de parto prematuro	<input type="checkbox"/>	Número de abortos
<input type="checkbox"/>	Ninguno	<input type="checkbox"/>	Ninguno
<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	Mayor a 1	<input type="checkbox"/>	Mayor a de 1
<input type="checkbox"/>	Intervalo entre embarazos	<input type="checkbox"/>	Tipo de embarazo
<input type="checkbox"/>	Menor de 2 años	<input type="checkbox"/>	Único
<input type="checkbox"/>	Mayor a 2 años	<input type="checkbox"/>	Múltiple
<input type="checkbox"/>	Primera vez		
<input type="checkbox"/>	Incompetencia cervical	<input type="checkbox"/>	Polihidramnios
<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Factores uterinos		
<input type="checkbox"/>	Malformaciones		
<input type="checkbox"/>	Miomatosis		
<input type="checkbox"/>	Incompetencia ístmico cervical		
<input type="checkbox"/>	Conización cervical		
Características médicas			
<input type="checkbox"/>	Infecciones urinarias	<input type="checkbox"/>	Secreción vaginal
<input type="checkbox"/>	Bacteriuria asintomática	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Pielonefritis	<input type="checkbox"/>	Si, sin tratamiento
<input type="checkbox"/>	Infecciones baja	<input type="checkbox"/>	Si, con tratamiento
<input type="checkbox"/>	Enfermedades crónicas	<input type="checkbox"/>	Hipertensión
<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Complicaciones		
<input type="checkbox"/>	Si		
<input type="checkbox"/>	No		