



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Aborto, enfermedad hipertensiva y anemia como factores de riesgo asociado
al parto pretérmino en el Hospital Victor Lazarte Echeagaray. Año 2017

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Segunda Especialidad en Emergencias Obstétricas

AUTORA:

Mg Eggard Rosmery Urtecho Medina

ASESORA:

Dra. Gladis Dolores Jesús Ramírez

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

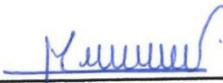
Salud Materna y Perinatal

TRUJILLO - PERÚ

2018

JURADO

Dra. Susana Edita Paredes Díaz
Presidenta



Mg. Meris Abigail Díaz Vargas
Secretaria



Dra. Eliana Guzmán Ávalos
Vocal

DEDICATORIA

*El presente trabajo de investigación está dedicado a Dios
Todopoderoso quien es mi guía y me ayuda en todo momento a
cumplir mis metas y anhelos.*

*A la memoria de mi padre Wilson Urtecho Rodríguez
quien siempre me inculcó a superarme y esforzarme en
ser mejor persona y profesional.*

*A mi madre Sara quien siempre me apoya en cada
proyecto de mi vida*

*A mi amado esposo Miguel y a mis preciosos hijos
Miguelito y Sarita por su comprensión y apoyo en horas
de ausencia durante mis estudios y trabajo, quien son el
motor para seguir superándome. Gracias por todo el
amor que me brindan.*

Eggard Rosmery Urtecho Medina

AGRADECIMIENTO

*A mi asesora Dra Gladis Dolores Jesús
Ramírez por su valioso asesoramiento del
presente trabajo de investigación.*

*A la Dra Eliana Guzman por todo su apoyo y
sugerencias para el presente trabajo.*

*A mis docentes, que con su capacidad
profesional y su ejemplo han contribuido a mi
capacitación profesional.*

Eggard Rosmery Urtecho Medina

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Yo, EGGARD ROSMERY URTECHO MEDINA , estudiante del Programa de segunda especialidad de Emergencias Obstétricas, de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificada con DNI N° 18114025 en la tesis titulada Aborto, enfermedad hipertensiva y anemia como factores de riesgo asociado al parto pretérmino en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray. Año 2017

Declaro bajo juramento que:

- 1) La tesis es de mi autoría
- 2) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por tanto la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3) La tesis no ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Cesar Vallejo.

Trujillo, octubre 2018

Eggard Rosmery Urtecho Medina

DNI: 18114025

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado, presento ante ustedes la Tesis titulada “Aborto, enfermedad hipertensiva y anemia como factores de riesgo asociado al parto pretérmino en el Hospital Victor Lazarte EcheGARAY. Año 2017”, con la finalidad de determinar si son factores de riesgo que se asocian al parto pretérmino en gestantes atendidas en Hospital Victor Lazarte EcheGARAY durante el año 2017, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el Grado Académico de Especialista en Emergencias Obstétricas . Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

Eggard Rosmery Urtecho Medina

ÍNDICE

JURADO.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD.....	v
PRESENTACIÓN.....	vi
ÍNDICE.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	10
1.1. Realidad Problemática.....	10
1.2. Trabajos Previos.....	12
1.3. Teoría relacionadas al tema.....	14
1.4. Formulación del Problema.....	17
1.5. Justificación del estudio.....	17
1.6. Hipótesis.....	18
1.7. Objetivos.....	18
1.7.1. Objetivo General.....	18
1.7.2. Objetivos Específicos.....	19
II. METODO.....	20
2.1. Diseño de Investigación.....	20
2.2. Variables, operacionalización.....	20
2.3. Población y muestra.....	22
2.3.1. Población.....	22
2.3.2. Muestra.....	22
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	23
2.4.1. Técnica.....	23
2.4.2. Instrumento.....	23
2.5. Métodos de análisis de datos.....	24
2.6. Aspectos éticos.....	24
III. RESULTADOS.....	27
IV. DISCUSIÓN.....	29
V. CONCLUSIONES.....	34
VI. RECOMENDACIONES.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
ANEXOS.....	38

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar si el aborto, la enfermedad hipertensiva y la anemia son factores de riesgo asociados al parto pretérmino, en pacientes atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray, durante el año 2017. El diseño de investigación fue Casos y Controles, el estudio fue transversal retrospectivo. La muestra estuvo constituida por 60 casos y 120 controles. Los resultados obtenidos fueron que el aborto no es factor de riesgo asociado al parto pretérmino, mientras que la enfermedad hipertensiva y la anemia si se constituyen en factores de riesgo asociados a la presencia de parto pretérmino. Las conclusiones de la presente investigación son que los factores de riesgo que se asocian al parto pretérmino son la hipertensión arterial y anemia; mientras que el aborto no es un factor de riesgo asociado.

Palabras claves: Parto pretérmino, aborto, enfermedad hipertensiva y anemia

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine whether abortion, hypertensive disease and anemia are risk factors associated with preterm delivery, in patients treated at the Víctor Lazarte Echegaray Hospital, during the year 2017. The research design was Cases and Controls, the study was cross-sectional retrospective. The sample consisted of 60 cases and 120 controls. The results obtained were that abortion is not a risk factor associated with preterm delivery, while hypertensive disease and anemia do constitute risk factors associated with the presence of preterm delivery. The conclusions of the present investigation are that the risk factors associated with preterm delivery are hypertension and anemia; while abortion is not an associated risk factor.

Keywords: Preterm labor, abortion, hypertensive disease and anemia

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática

En países con alto índice de desarrollo y en otros como el Perú existe un problema de salud de mucha envergadura como es el parto pretérmino, lo que causa mucho impacto en las madres gestantes¹. Este problema referente al parto pretérmino, en pleno siglo XXI en lugar de bajar su incidencia, ya que se cuenta con ayuda del avance de la medicina y de la tecnología moderna, en la actualidad aún podemos encontrar que está en constante crecimiento; siendo preocupante porque no se tiene muy claro en algunos casos las causas que conllevan a tener un parto pretérmino en las madres gestantes. A nivel mundial nacen aproximadamente mas de catorce millones de bebés con menos de 37 semanas de edad gestacional y uno de cada diez nacimientos son antes de completar su madurez . En el año 2013 a nivel mundial fallecieron aproximadamente un millón de niños menores de cinco años a causa del parto pretérmino, constituyéndose en la principal causa de enfermedad y muerte, y en los infantes que sobrevivieron, la mayoría de ellos sufren algún tipo de discapacidad, en especial aquellas que están relacionadas con el proceso de aprendizaje, problemas oculares y el oído².

Se considera prematuro un bebé que nace antes que haya cumplido 37 semanas de gestación. Así también se dividen según el tiempo de gestación: prematuros extremos (menos de 28 semanas), muy prematuros (De 28 a menos de 32 semanas) y prematuros moderados o tardíos (De 32 a menos de 37 semanas de gestación)³. Un considerable número de madres inician su actividad de procreación con un aborto previo en su primera gestación, dicho evento tiene una mayor incidencia en las gestantes de 16 a 19 años de edad . Lo que aun no se puede asociar de manera contundente es que una pérdida previa pueda repercutir en sus posteriores gestaciones. ⁴.

En el año 2015 a nivel nacional del total de nacimientos , el 93,5% fueron a término, el 6,5% Pretérmino y el 0,01% nació Postérmino. La Libertad es una de las regiones que está dentro del 83% de los prematuros que nacen con 32 a más semanas de gestación; teniendo 22 210 partos pretérmino en el año 2015, distribuidos de la siguiente manera: 91 prematuro extremo (22 a 27

sem), 162 muy prematuro (28 a 31 sem), y 1 506 prematuro tardío (32 a 36 sem) ⁵.

Referente al aborto, en el año 2016, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto Guttmacher informaron que el número de abortos en los países en desarrollo han decrecido de manera considerable en mujeres entre 15 y 44 años de edad, el descenso es de 46 a 27 abortos por cada mil mujeres en un año. No siendo lo mismo en las regiones con bajos recursos económico, las cifras no han decrecido de manera significativa.

En los últimos cinco años nivel de países de Latinoamérica el aborto se presentó aproximadamente en un 35 % de cada mil madres, y a nivel mundial la cuarta parte de embarazos terminan en interrupciones. ⁶.

Con respecto a la enfermedad hipertensiva del embarazo y en mayor consideración la preeclampsia que es una de las más importante causas de enfermedad y muerte materna y perinatal. A nivel mundial la preeclampsia es la causante de la muerte de cincuenta mil mujeres, constituyéndose en el 25 por ciento de las muertes maternas a causa de la preeclampsia.

En países como México, el 34% de las muertes en madres gestantes, es por la preeclampsia y es la primera causa de muerte. Por lo que la hipertensión en el embarazo continúa siendo un problema mayor de salud materno perinatal, así también es una causa importante de bebés con prematuridad y muertes perinatales y maternas a nivel mundial ⁷.

Referente a la anemia, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la conceptualiza como la disminución de la hemoglobina por debajo de 11 g/dl en el primer y tercer trimestre de gestación y 10.5 g/dl en el segundo trimestre. El feto al final del embarazo, en especial, para su crecimiento tiene la necesidad de valerse de los glóbulos rojos de la gestante. Si la madre tiene una buena reserva en la médula ósea, no hay problema. Aproximadamente el 40% de gestantes a nivel mundial sufren de baja de hemoglobina ⁸. De este porcentaje de gestantes con anemia es debido a la deficiencia de hierro, lo que puede ocasionar de forma negativa sobre la salud de la gestante y el desarrollo satisfactorio del producto. Además, las mujeres embarazadas usualmente no tienen una alimentación adecuada, con lo cual corren el riesgo

de contraer la anemia. Como consecuencia, sus niños nacen prematuramente y con bajo peso ⁹. Según la Encuesta Demográfica y De Salud Familiar (ENDES), el 30% de mujeres embarazadas en el Perú sufren de anemia. La anemia es una causa de mortalidad y enfermedad materna e infantil, durante el embarazo puede afectar al bebé causando bajo peso al nacer, partos prematuros e inclusive pérdida ¹⁰.

1.2. Trabajos Previos

A nivel internacional tenemos el estudio de Retureta S, Rojas L y Retureta M ¹¹ (Cuba - 2015), en su investigación sobre los factores de riesgo en relación al parto pretérmino, su estudio fue analítico de casos y controles, con una muestra constituida por 423 mujeres gestantes cuyos nacimientos de llevaron a cabo entre las 22 y 36 semanas de gestación que representaron al grupo de casos y el grupo control lo integraron 486 mujeres con partos a término. La información de los datos fueron obtenidos de las historias clínicas y de un registro de partos. En este estudio se concluyó que el aborto previo y la gestación múltiple son factores que se asocian a la presencia de prematuridad.

Del Valle C¹² (Argentina -2013), Estudio referente a los aspectos epidemiológicos de la prematuridad. Esta investigación fue prospectiva, descriptiva y transversal. La población estuvo conformada por 75 madres de los recién nacidos de 35 a menos semanas de edad gestacional, dichas pacientes hospitalizadas en el Hospital Materno Neonatal. Emplearon para el estudio la entrevista elaborando su instrumento con preguntas. Los resultados obtenidos fueron que más del 30% de madres presentó preeclampsia y el 69% no presentó. En lo que se refiere a las gestantes que tuvieron parto prematuro en relación al aborto previo, se obtuvo que el 80% no tuvo ningún aborto anterior, el 18,7%, entre 1 y 3 abortos y sólo el 1,3%, 4 ó más interrupciones anteriores. Se concluyó que la mayor incidencia de complicaciones del embarazo fue por preeclampsia en un 30,7 % .

Olaya R¹³ (Ecuador -2013), estudio referente a los Factores que desencadenan la labor de parto en gestaciones pretérmino en madres adolescentes. Este estudio tuvo diseño retrospectivo, descriptivo. La muestra

estuvo conformada por 120 pacientes adolescentes entre 14 a 19 años. Se concluyó que la Preeclampsia fue la complicación más frecuente con un 42 % presentando partos pretérmino en la población de estudio.

A nivel nacional Carnero Y ¹⁴ (Perú -2016), en su tesis relacionada a los Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes que acudieron al Instituto Nacional Materno Perinatal, durante el primer semestre del año 2015. Su investigación fue de tipo casos y control, cuantitativo, transversal, retrospectivo, revisó 150 historias de gestantes que tuvieron parto antes de las 37 semanas de gestación , embarazos únicos y de manera espontánea, así también se revisaron 300 historias clínicas de pacientes que terminaron el parto a término, único y de manera espontánea . La conclusión que se obtuvo fue que la anemia si se constituye como factor de riesgo en la prematuridad.

Guadalupe S ¹⁵ (Perú -2017), Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015. Esta investigación es de tipo casos y controles. La muestra lo constituyeron 400 gestantes, dividiéndose en casos a las gestantes con terminación de partos pretérminos y los controles a las madres con parto a término Analizó la asociación de ciertos factores de riesgo con el parto pre término mediante OR y sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Arribando a la conclusión que la preeclampsia es uno de los factores de riesgo del parto pretermino que tiene mayor intensidad como patología durante el embarazo.

Olaya L, Pardo D ¹⁶ (Perú -2017), Factores sociodemográficos y gestacionales asociados al parto pretérmino en el Hospital II-1 José Alfredo Mendoza Olavarría, Tumbes 2010-2014. Universidad Nacional de Tumbes. Este estudio fue cuantitativo, analítico, retrospectivo. La muestra estuvo constituida por 117 historias clínicas, dividiéndose en casos partos antes de las 37 semanas y controles cuyos partos fueron a término. Sus resultados obtenidos reporta que la preeclampsia es un factor de riesgo que se asocia al parto pretérmino, el antecedente de aborto y la anemia.

A nivel local de igual manera contamos con profesionales dedicados a la investigación sobre el tema de nuestro estudio, es así que tenemos a Sánchez K¹⁷ (Perú -2016), en su tesis Factores de riesgo asociados a parto pretérmino. Hospital Belén de Trujillo 2012-2014. Universidad Nacional de Trujillo. Estudio retrospectivo de casos y controles. Los casos constituídos por 244 gestantes con parto antes de cumplir su madurez y 732 con parto a término. Utilizando la prueba chi cuadrado y OR, se concluyó ue la preeclampsia, si se constituye en uno de los factores que se asocian a los partos prematuros.

Salazar L¹⁸ (Perú -2017), en su tesis Preeclampsia como factor de riesgo para parto prematuro. Hospital Regional Docente de Trujillo, 2015-2016. Universidad Privada Antenor Orrego (UPAO). Se trata de un estudio analítico de casos y controles, con una muestra de 270 historias clínicas , 90 fueron los casos con partos inmaduros y 180 los controles con recién nacidos con más de 37 semanas de edad gestacional . la preeclampsia severa fue más frecuente en el grupo de casos con un 36 % y los controles con el 10%. Se llegó a la conclusión que la preeclampsia si se constituye en un factor de riesgo para parto inmaduro y puede ter tres veces mayor riesgo de presentarlo.

1.3. Teoria relacionadas al tema

El parto pretérmino denominado también parto prematuro de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud OMS es el nacimiento que sucede antes de la semana 37 de embarazo. Un nacimiento antes de ser considerado a término es un problema obstétrico que debe tenerse en cuenta ya que puede causar muchos problemas tanto en las madres como en los recién nacidos. En los casos más severos, como lo constituyen los prematuros extremos puede tener como consecuencia la muerte del neonato. De acuerdo a la edad gestacional de los productos al momento de parto se clasifican prematuros extremos cuando el parto se produe antes de las 28 semanas de gestación, se considera prematuro severo cuando se produce entre las semanas 28 y 31 y prematuridad moderada cuando ocurre entre la semanas 32 y 33, prematuro límite o leve: a partir de la semana 34 a la 36 de gestación. La salud de la mujer gestante y de su futuro bebé se ve afectada por múltiples

factores de riesgo. Según la Organización Mundial de Salud un factor de riesgo es cualquier comportamiento, rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de contraer una enfermedad o sufrir una lesión ³.

El aborto es un problema que muchas mujeres padecen y se puede definir como un parto que se anticipa o la privación del nacimiento. En el aspecto legal se puede definir como una interferencia del embarazo antes que el feto tenga la capacidad para la vida extrauterina²⁰. Una conceptualización médica de aborto, según la Dra. Gloria Stella Penagos Velásquez: “El aborto es la interrupción de la gestación antes de que el feto sea viable”. Medicamente, es la culminación espontánea o inducida de la gestación antes de las 22 semanas o del producto con menos de 500 gramos de peso ²¹. La OMS (Organización Mundial de la Salud), por otro lado considera el aborto como la “interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno” . Por otro lado la Sociedad de Gineco-Obstetricia de España considera al aborto como la pérdida de un embrión o feto con un peso menor a 500 gramos , con un tiempo de gestación de alrededor 22 semanas ³.

Según la Organización no Gubernamental Manuela Ramos refiere que en el Perú alrededor de mil madres abortan por día, 94 pacientes son atendidas por presentar abortos incompletos y dos madres mueren por complicaciones. Perú es uno de los países que presenta altas tasas de mortalidad materna, muchas de estas muertes están relacionadas con sangrados profusos durante la práctica abortiva,²⁰.

La anemia también se considera como factor de riesgo del parto pretérmino; que en muchos casos se manifiesta con el aumento de la masa eritrocítica, aumenta el volumen plasmático ocasionando la hemodilución. Por consiguiente, se considera a la anemia durante la gestación cuando la gestante presenta una hemoglobina <10 g/dL (Hct < 30%). Si la hemoglobina (Hb) es < 11,5 g/dL al comenzar la gestación, la madre gestante puede recibir tratamiento profiláctico, ya que posteriormente se puede producir la hemodilución reduciendo la hemoglobina a menos de 10 g/dl. A pesar de la hemodilución, puede mantenerse la capacidad de transporte de O₂ sigue

siendo normal durante el embarazo. La anemia aparece en un tercio de las mujeres durante el tercer trimestre. Las causas más comunes son: deficiencia de Hierro y de Ácido fólico. La anemia aumenta el riesgo de parto pretérmino e infecciones maternas posparto. El diagnóstico comienza con un hemograma completo; en general, si la mujer tiene anemia, los estudios posteriores se basan en si el volumen corpuscular medio es bajo (< 79 fL) o alto (> 100 fL): Para las anemias microcíticas: la evaluación incluye búsqueda de deficiencia de hierro (ferritina sérica) y de homoglobinopatías (electroforesis de hemoglobina). El tratamiento en algunos casos está dirigido hacia la reversión de la anemia mediante la transfusión sanguínea.

Alrededor del 95% de los casos de anemia durante el embarazo se deben a deficiencia de hierro. La causa es usualmente por ingesta alimentaria inadecuada (especialmente en las niñas adolescentes), Un embarazo anterior o La pérdida normal recurrente de hierro en la sangre menstrual (que se aproxima a la cantidad normalmente ingerida cada mes y así impide que los depósitos de hierro crezcan). Asimismo el tratamiento es habitualmente con sulfato de hierro, 325 mg por vía oral 1 vez/día. En general, un comprimido de 325 mg de sulfato ferroso a media mañana es efectivo. Dosis más altas o más frecuentes aumentan los efectos adversos gastrointestinales, especialmente el estreñimiento, y una dosis bloquea la absorción de la siguiente, reduciendo así el porcentaje del hierro. Alrededor del 20% de las mujeres embarazadas no absorben el hierro suficiente por vía oral; algunas de ellas requieren tratamiento parentera. Es muy importante realizar la prevención, aunque la práctica es controvertida, los suplementos de hierro (en general sulfato ferroso, 325 mg VO 1 vez/día) se administran de rutina a las mujeres embarazadas para evitar la depleción de los depósitos de hierro del cuerpo y la anemia que puede producirse por un sangrado anormal, así también debemos incidir en una alimentación de calidad ²¹.

Otro factor de riesgo del parto pretérmino es la hipertensión en el embarazo. Las madres gestantes con hipertensión crónica tienen peligro de desarrollar embarazos con problemas, como parto prematuro, bajo peso en el nacimiento o incluso una mayor incidencia de muertes maternas y fetales. La

preeclampsia provoca la subida de la presión arterial durante el embarazo. Es muy posible que una mujer con una tensión arterial normal previamente al embarazo, desarrolle esta alteración durante la gestación, porque la elevación de la presión puede deberse a un fallo en el desarrollo de los vasos sanguíneos de la placenta. El riesgo de preeclampsia se ve aumentado en las mujeres que presentan hipertensión previamente al embarazo. En las mujeres con hipertensión crónica se eleva hasta 8 veces la probabilidad de sufrir preeclampsia. Por lo tanto la hipertensión es un problema de gran envergadura a nivel de todo el mundo. Es uno de los principales factores de riesgo en relación a la prematuridad, lo que puede ocasionar muerte materna y perinatal. La preeclampsia puede manifestarse como un proceso pre clínico que se produce antes de las 20 semanas de embarazo, y un periodo clínico, que generalmente se presenta en la segunda mitad del embarazo con presión alta, proteinuria y con alteraciones sistémicas. El mayor incremento de las cifras tensionales sobre sus niveles basales de la paciente podrían ocasionar mayores complicaciones maternas y fetales ²².

1.4. Formulación del Problema

¿Son el aborto, la enfermedad hipertensiva y la anemia factores de riesgo asociadas al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray durante el año 2017?

1.5. Justificación del estudio

El Parto Pretérmino es uno de los acontecimientos obstétricos de importancia y responsable de una gran morbi-mortalidad neonatal. Lo que constituye una gran responsabilidad para los profesionales de la salud vinculados con la atención de la madre gestante que deben actuar de manera oportuna para evitar que se desencadene un parto prematuro que implica una serie de riesgos tanto para la madre como para el producto, por lo que toda investigación relacionada con este tema está justificada y remarca importancia, con la presente investigación, se espera demostrar si el aborto, la hipertensión y anemia, son factores que se asocian al parto prematuro, que nos servirá para ponerle un mayor énfasis en manejar oportunamente los

controles de las gestante identificando factores asociados y disminuir el riesgo de presentar parto pretérmino.

Cabe hacer mencionar que en el año 2015 se presentaron muertes neonatales de prematuros en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo en un número mayor a lo esperado, produciendo un evento muy devastador para las familias implicadas de nuestra jurisdicción.

La morbimortalidad neonatal se ve incrementada a la presencia de parto pretérmino por lo que se considera como acontecimiento obstétrico de gran envergadura.

1.6. Hipótesis

Hipotesis General

El aborto, la enfermedad hipertensiva y la anemia son factores de riesgo que se asocian al parto pre término, en pacientes atendidas en el Hospital “Víctor Lazarte Echegaray” durante el año 2017.

Hipótesis Específicas:

- El aborto es un factor de riesgo que se asocia al parto pre término en pacientes atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray” durante el año 2017.
- La Enfermedad Hipertensiva es un factor de riesgo que se asocia al parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital “Víctor Lazarte Echegaray” durante el año 2017.
- La anemia es un factor de riesgo que se asocia al parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital “Víctor Lazarte Echegaray” durante el año 2017.

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo General

Determinar si el aborto, la enfermedad hipertensiva y la anemia son factores de riesgo que se asocian al parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray durante el año 2017.

1.7.2. Objetivos Específicos

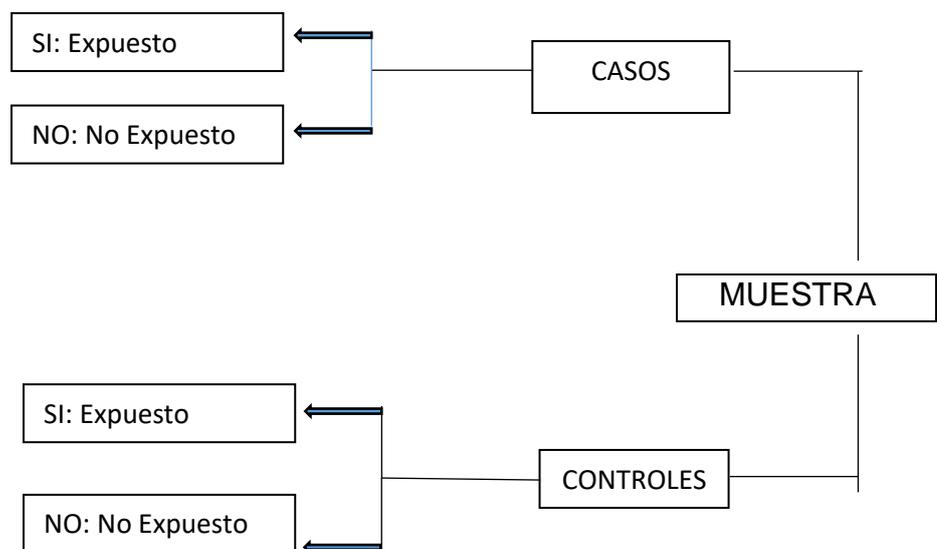
- Identificar si el aborto es un factor de riesgo que se asocia al parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray durante el año 2017.
- Identificar si la enfermedad hipertensiva es un factor de riesgo que se asocia al parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray durante el año 2017.
- Identificar si la anemia es un factor de riesgo que se asocia al parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray durante el año 2017.

II. METODO

2.1. Diseño de Investigación

Para realizar esta investigación se ha considerado el diseño de investigación de casos y controles, porque la información fue recogida cuando la causa potencial y el efecto se había producido. Además se realizó una comparación de un grupo de estudio (casos), constituidos por las pacientes gestantes con factores de riesgo (aborto, hipertensión y anemia) en el parto pretérmino, y un grupo de control de la misma población, con parto a término. En todos ellos se analizó la frecuencia de exposición en el pasado a los eventuales factores causales (o factores de riesgo). Por la relación en el tiempo entre las variables dependiente e independiente, está investigación es transversal retrospectivo²³.

Esquema del diseño Casos y controles



2.2. Variables, operacionalizacion

Variable Dependiente: Parto Pretérmino

Variable Independiente: Aborto, enfermedad hipertensiva y anemia

Definición Operacional y Conceptual

Variable	Sub variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala de Medición
Factores de riesgo	Aborto	El aborto es la interrupción del embarazo cuando el feto aun no es viable fuera del vientre materno y pesa menos 500gr ³ .	Utilización de ficha de recolección de datos (anexo1)	Si No	Nominal
	Enfermedad Hipertensiva	Es la principal complicación y causa de muerte materna y perinatal, considerándose a la pre eclampsia como una de las principales causas de muerte materna ²²		Si No	
	Anemia	Anemia se define como la disminución en la concentración de la hemoglobina en la sangre, menor a 11 gr/dl en el 1er y 3er Trm. Y 10.5 en 2do Trim. ⁹		Si No	

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala de Medición
Parto Pretérmino	Nacimiento que sucede antes de la semana 37 de embarazo ⁴	Se utilizó una ficha de recolección de datos (anexo1)	Presencia de parto pretérmino	Nominal

2.3. Población y muestra

2.3.1. Población

La población estuvo constituida por las historias clínicas de gestantes que acudieron para la atención de parto en el Hospital “Víctor Lazarte Echegaray” en el periodo enero – diciembre del 2017.

2.3.2. Muestra

Para determinar el tamaño de muestra se aplicó la fórmula que corresponde a estudios de casos y controles:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 P(1-P)(r+1)}{r(p_1 - p_2)^2}$$

donde:

$Z_{\alpha/2} = 1,96$: Valor de la distribución normal para una seguridad del 95%.

$Z_{\beta} = 0,84$: Dos controles por caso.

$r = 2$: Proporción de abortos en gestantes con parto prematuro.

$p_1 = 0,30^*$: Proporción de abortos en gestantes a término.

$P_2 = 0,10^*$: Proporción ponderada de expuestos al factor.

(*) Obtenidos mediante muestra piloto de historias clínicas

$$\text{Luego: } n = \frac{(1,96+0,84)^2(0,34)(0,66)(2+1)}{2(0,30-0,10)^2} = 60 \text{ pacientes}$$

La muestra estuvo constituida por 60 casos y 120 controles.

Tipo de muestreo

Las historias clínicas que fueron consideradas cumplieron los criterios de inclusión considerados para el presente estudio fueron seleccionadas aleatoriamente de la población asumiendo para cada caso dos controles hasta completar el tamaño de muestra requerido para el estudio.

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas de gestantes cuyos partos fueron atendidos en el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray durante el año 2017.
- Para el grupo de casos: Historia clínica de gestantes que presentaron parto pretérmino.
- Para el grupo control: Historia clínica de gestantes que presentaron parto a término.

Criterios de exclusión:

- Historia clínica de óbitos fetales.
- Historia clínica de gestación múltiple.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

2.4.1. Técnica

La técnica utilizada para el presente estudio fue el análisis de documento de la historia clínica.

2.4.2. Instrumento

El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos, con la que se recogió información valorativa de las historias clínicas que se encontraron en el Archivo de Historias Clínicas del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray.

La ficha para la recolección de datos fue elaborada para el trabajo de investigación, que contienen: datos generales de las pacientes y las variables en estudio: aborto, hipertensión y anemia; cada una con su respectiva codificación SI = 1 y NO = 2.

La validez de un instrumento de recolección de datos es la mejor aproximación posible a la “verdad”, garantizando la legitimidad de las proposiciones considerados en la guía de análisis de las fichas clínicas de las pacientes.

2.5. Metodos de análisis de datos

Los datos recolectados para el estudio se registraron en una base datos creada para el estudio, se utilizó el paquete estadístico SPSS v25; los resultados se presentaron en tablas con medidas porcentuales y frecuencias relativas y absolutas. Se empleó posteriormente medidas de asociación en base al Odds Ratio, que a mayor unidad se considera riesgo, y al intervalo de confianza al 95% encontrado para cada dimensión de la variable de estudio.

2.6. Aspectos éticos

Se tomó en cuenta la Declaración de Helsinki, ya que la información recolectada es de gestantes que presentaron su parto en el Servicio de Maternidad del Hospital Víctor Laz

JURADO

Dra. Susana Edita Paredes Díaz
Presidenta



Mg. Meris Abigail Díaz Vargas
Secretaria



Dra. Eliana Guzmán Ávalos
Vocal

arte Echegaray durante el año 2017.

III. RESULTADOS

TABLA 1. Aborto como factor de riesgo asociado al parto pretérmino en el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray. año 2017

Aborto	Tipo de Parto				Total
	A Termino		Pretermino		
	Nro	%	Nro	%	
Si	54	45	32	53.3	86
No	66	55	28	46.7	94
Total	120	100	60	100	180

Fuente: Ficha de Recolección de Datos – Servicio de Admisión del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray- 2017

Estimación de riesgo			
	Valor Odds Ratio	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Aborto (Expuesto / No expuesto)	1,397	0,750	2,601

Interpretación:

En la tabla 1 el 53.3% de pacientes que presentaron parto pretérmino estuvieron expuestos a antecedente de aborto, el 45% también estuvieron expuestos, pero tuvieron parto a término. El 46,7% de casos pre termino no estuvieron expuesto a un aborto y el 55% de pacientes a término no estuvieron expuestos a un aborto. Según el valor estadístico indica que el aborto no es factor asociado al parto pretérmino. El OR encontrado es 1,397. El intervalo de confianza inferior es 0,750 y superior 2,601.

TABLA 2. Hipertension como factor de riesgo asociado al parto pretérmino en el Hospital Victor Lazarte Echegaray. año 2017

Hipertensión	Tipo de Parto				Total
	A Termino		Pretermino		
	Nro	%	Nro	%	
Si	11	9.2	22	36.7	33
No	109	90.8	38	63.3	147
Total	120	100	60	100	180

Fuente: Ficha de Recolección de Datos – Servicio de Admisión del Hospital Víctor Lazarte Echegaray- 2017

Estimación de riesgo			
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Hipertensión (Expuesto / No expuesto)	5,74	2,55	12,93

Interpretación:

En la Tabla 2 el 36,7% de partos pre termino estuvieron expuestos a enfermedades hipertensivas, el 9,2% también estuvieron expuestos, pero tuvieron partos a término. El 63.3% de casos pre termino no estuvieron expuesto a una enfermedad hipertensiva y el 90.8% de pacientes con parto a término no estuvieron expuestos a enfermedades hipertensivas. El Odds ratio nos da 5,74 significa que las pacientes expuestas a enfermedades hipertensivas tienen 5,74 veces más riesgo de tener un parto pretérmino que una terminación a término. Según el valor estadístico determina que la enfermedad hipertensiva si es un factor de riesgo asociado al parto pre término .

TABLA 3. Anemia como factor de riesgo asociado al parto pretérmino en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray año 2017

Anemia	Tipo de Parto				Total
	A Termino		Pretermino		
	Nro	%	Nro	%	
Si	56	46.7	40	66.7	96
No	64	53.3	20	33.3	84
Total	120	100	60	100	180

Fuente: Ficha de Recolección de Datos – Servicio de Admisión del Hospital Víctor Lazarte Echegaray- 2017

Estimación de riesgo			
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Anemia (Expuesto / No expuesto)	2,29	1,20	4,36

Interpretación:

Por último en la Tabla 3, el 66.7% de casos pre termino estuvieron expuestos a anemia, el 46.7% también estuvieron expuestos, pero tuvieron parto a término. El 33.3% de partos pretérmino no estuvieron expuesto a la anemia y el 53.3% de pacientes a término tampoco estuvieron expuesto a anemia. El Odds ratio nos da 2.29 significa que las pacientes expuestas a anemia tienen 2.29 veces más riesgo de un parto pre-término que a término. Según los valores estadísticos determinan que la anemia si es un factor de riesgo asociado al parto pre término.

IV. DISCUSION

El parto pretérmino es muy influyente en la morbimortalidad perinatal y la mortalidad infantil en los niños menores de 5 años de edad, tiene mayor relevancia si el parto se produce con menos semanas de gestación, es por ello que los profesionales de la salud debemos incidir en identificar los factores predisponentes para dicha complicación durante la gestación, para un actuar oportuno con la paciente gestante.

Esta investigación se realizó en el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray- EsSalud durante el año 2017, para determinar si el aborto, la enfermedad hipertensiva y la anemia son factores de riesgo que se asocian al parto pre término.

En la tabla 1 el 53.3% de pacientes que presentaron parto pretérmino estuvieron expuestos a antecedente de aborto, el 45% también estuvieron expuestos, pero tuvieron parto a término. El 46,7% de casos pre termino no estuvieron expuesto a un aborto y el 55% de pacientes a término no estuvieron expuestos a un aborto. Según el valor estadístico indica que el aborto no es factor asociado al parto pretérmino. El OR encontrado es 1,397. El intervalo de confianza inferior es 0,750 y superior 2,601.

El presente trabajo no encuentra significancia del antecedente de aborto como factor de riesgo de parto pretérmino, así también el trabajo realizado por Del Valle C.¹², (Argentina-2013) en su estudio referente a los aspectos epidemiológicas de la prematuridad en un hospital de Córdoba. Esta investigación es prospectiva, descriptiva y transversal. La población estuvo constituida por 75 gestantes con 35 a menos semanas de embarazo. Utilizaron la entrevista y elaboraron su instrumento con preguntas a los resultados en lo que respecta a la preeclampsia se manifiesta en el 30 % presenta esta complicación, frente al 69 % que no la presenta. Referente a madres de prematuros según presentación de abortos, el 80% no relata haber tenido ninguno, el 18,7%, entre 1 y 3 abortos y sólo el 1,3%, 4 ó más abortos. Entre sus conclusiones se tiene que el aborto no tiene significancia estadística con la presencia de partos prematuros.

Contrariamente a los resultados obtenidos tenemos el estudio de Retureta S., Rojas L. y Retureta M¹¹, (Cuba - 2015) en la tesis Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes, el estudio fue de casos y controles. Concluyeron que los abortos

previos y el embarazo múltiple fueron los factores de riesgo que mayormente se asociaron al parto prematuro.

Tenemos que el trabajo de Valle desarrollado en Argentina tiene similitud con nuestra investigación que encuentra que el factor de riesgo del aborto no tiene significancia en relación al parto prematuro, esto podría deberse a que la población de gestantes estudiadas tienen características similares a las nuestras, mientras que el estudio de Retureta en Cuba obtiene que el aborto si es factor de riesgo para partos prematuros.

En la Tabla 2 el 36,7% de partos pre termino estuvieron expuestos a enfermedades hipertensivas, el 9,2% también estuvieron expuestos, pero tuvieron partos a término. El 63.3% de casos pre termino no estuvieron expuesto a una enfermedad hipertensiva y el 90.8% de pacientes con parto a término no estuvieron expuestos a enfermedades hipertensivas. El Odds ratio nos da 5,74 significa que las pacientes expuestas a enfermedades hipertensivas tienen 5,74 veces más riesgo de tener un parto pretérmino que una terminación a término. Según el valor estadístico determina que la enfermedad hipertensiva si es un factor de riesgo asociado al parto pre término .

De acuerdo a nuestros resultados el factor de la hipertensión si es factor de riesgo para el parto pretérmino considerándose asi mismo Retureta S, Rojas L. y Retureta M ¹¹ (Cuba - 2015) en su investigación sobre los factores de riesgo en los partos antes de cumplir su madurez, encontró que la hipertensión arterial (OR=2,679; IC=1,901-3,774) resultó asociada al parto prematuro. De igual manera la preeclampsia (OR=2,900; IC=1,706-4,927) era un factor con el parto pretérmino.

Del mismo modo a nuestros resultados obtenidos nos avala el estudio Del Valle C.¹², (Córdoba-2013) , este estudio empleó la entrevista , mediante el cuestionario elaborado , dirigido a las madres gestantes con 35 a menos semanas de gestación. De acuerdo a sus resultados se obtiene que la preeclampsia se manifiesta en más de un 30% en gestantes , y el 69% de estas madres no presentaron esta complicación. Tenemos que la incidencia de complicaciones del embarazo como la prematuridad en relación con la preeclampsia fue significativa.

De la misma manera según lo obtenido en el presente trabajo, podemos hacer referencia al trabajo de Olaya R¹⁶ (Ecuador-2013) en su tesis Factores de riesgos desencadenantes del trabajo de parto pretérmino en gestantes adolescentes primigestas . Esta investigación concluye que la Preeclampsia fue la complicación obstétrica más frecuente con un 42 %.

A nivel local de igual manera contamos con profesionales dedicados a la investigación sobre el tema de nuestro estudio, es así que tenemos a Sánchez K¹⁷(Perú-2016) en su tesis desarrollada en el hospital Belén de Trujillo, un estudio de casos y controles llegó a la conclusión que la preeclampsia, es uno de los factores de riesgo asociados a parto pretérmino con mayor incidencia y significancia, en su población de estudio.

Salazar L¹⁸ (Perú-2017) en su tesis Preeclampsia como factor de riesgo para parto con producto inmaduro, este estudio también se llevó a cabo en la ciudad de Trujillo en en hospital Hospital Regional Docente Se desarrolló una investigación analítica de casos y controles. Se obtuvo como conclusión que la preeclampsia es un factor de riesgo para el parto con feto inmaduro y ocasiona tres veces el riesgo de padecerlo.

Podemos hacer referencia que la hipertensión es un factor muy influyente en relación a partos pretérminos, así como lo avala cuatro trabajos antes mencionados en concordancia a nuestra investigación realizada, debemos considerar que las enfermedades hipertensivas como la pre eclampsia son complicaciones obstétricas que afectan tanto la vida de las madres como del recién nacido, aumentando la morbimortalidad materna en ambos.

Por último en la Tabla 3, el 66.7% de casos pre termino estuvieron expuestos a anemia, el 46.7% también estuvieron expuestos, pero tuvieron parto a término. El 33.3% de partos pretérmino no estuvieron expuesto a la anemia y el 53.3% de pacientes a término tampoco estuvieron expuesto a anemia. El Odds ratio nos da 2.29 significa que las pacientes expuestas a anemia tienen 2.29 veces más riesgo de un parto pre-término que a término. Según los valores estadísticos determinan que la anemia si es un factor de riesgo asociado al parto pre término.

La anemia también es otro de los factores que se asocia al parto pretérmino, corrobora a nuestro estudio el trabajo de Carnero Y¹⁴ (Lima-2016) en su tesis que

estudia los factores que se consideran de riesgo en relación al parto pretérmino. Su estudio es de casos y controles. La información obtenida fue procesada y analizada en base al cálculo del Odds ratio y de los intervalos de confianza al 95%. Llegó a la conclusión de que la anemia es un factor de riesgo para el parto pretérmino.

El presente trabajo coincide con el estudio realizado por Carnero, quien encuentra que la anemia es un factor de riesgo para el parto pretérmino, ya que podemos identificar que hay un gran porcentaje de pacientes que tienen anemia por factores de deficiencia nutricional y que muchas de ellas terminan con complicaciones en el embarazo ocasionando riesgo para su gestación, siendo una de ellas el parto pretérmino. En la consulta diaria podemos darnos cuenta que muchas de las gestantes que asisten al control prenatal presentan anemia que puede repercutir en su embarazo o en el desarrollo del feto intrauterino.

V. CONCLUSIONES

1. El aborto no es un factor de riesgo que se asocia al parto pretérmino en pacientes atendidas en el hospital Victor Lazarte Echegaray durante el año 2017.
2. La enfermedad hipertensiva si es un factor de riesgo que se asocia al parto pretérmino en pacientes atendidas en el hospital Victor Lazarte Echegaray durante el año 2017.
3. La anemia si es un factor de riesgo que se asocia al parto pretérmino en pacientes atendidas en el hospital Victor Lazarte Echegaray durante el año 2017.

VI. RECOMENDACIONES

- 1.** Realizar sensibilización a los profesionales obstetras quienes están vinculados con la atención a la gestante a crear estrategias de prevención para evitar complicaciones como el parto pretérmino.
- 2.** Realizar estudios posteriores que abarquen otros factores de riesgo asociados al parto pretérmino

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vásquez G. Epidemiología del Parto Pre término en el Hospital San Bartolomé. Gynaecia Set 2010.
2. Howson C, Kinney M, Lawn JE, Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. Editores, March of Dimes, PMNCH, Save the Children, Organización Mundial de la Salud. Nueva York 2012. En línea [5 de noviembre 2017] disponible en URL: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/borntoosoon_execsum_es.pdf
3. Organización Mundial de la Salud e intervenciones para mejorar los resultados obstétricos en casos de prematuridad. Junio 2012.
4. Rodríguez J, Sabalza M. Modelo para la detección y prevención de resultados perinatales adversos en las gestantes adolescentes y sus neonatos, en el Hospital de Engativa, de la ciudad de Bogotá. [Tesis]. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina; 2010.
5. Ministerio de Salud, Boletín estadístico de nacimientos Perú: 2015. En línea [7 de noviembre 2017] disponible en URL: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf
6. Laura T. La tasa de aborto ha caído en los países desarrollados un 11%. Revista El Mundo, Madrid, 2016. En línea [7 de noviembre de 2017] disponible en URL: www.elmundo.es › Inicio › Salud.
7. Peralta M. Enfermedades hipertensivas del embarazo. Guía de práctica clínica. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2011; 49 (2): 213-224
8. Organización Mundial de la Salud, Administración diaria de suplementos de hierro y ácido fólico durante el embarazo. 2012. En línea [13 de noviembre 2017] disponible en URL: www.who.int/elena/titles/daily_iron_pregnancy/es
9. Ministerio de Salud. Plan Nacional para la Reducción de la Anemia 2017-2021, 2017. En línea [13 de noviembre 2017] disponible en URL: www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/anemia/index.asp
10. La República, diario. Mujer embarazadas y niños, principales víctimas de la anemia en el Perú, 2016. En línea [16 de noviembre 2017] disponible en URL: larepublica.pe/.../790461-mujer-embarazadas-y-ninos-principales-victimas-de-la-ane.
11. Retureta S, Rojas L, Retureta M, Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. MediSur 2015, 13517-525. En línea [12 de noviembre 2017] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180041204008>

12. Del Valle C. Características Epidemiológicas de la prematurez. Hospital Materno Neonatal de Córdoba. 2013. Universidad Nacional de Córdoba. 2013.
13. Olaya R. Factores de riesgos desencadenantes del trabajo de parto pretérmino en adolescentes embarazadas primigestas en el hospital gineco-obstétrico "Enrique C. Sotomayor" en el período de septiembre del 2012 a febrero del 2013. Universidad de Guayaquil. Ecuador, 2013.
14. Carnero Y. Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el periodo enero – junio del 2015. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, 2016.
15. Guadalupe S. Factores de riesgo asociado a parto Pre término en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015. Universidad Ricardo Palma. Lima-2017.
16. Olaya L , Pardo D. Factores sociodemográficos y gestacionales asociados al parto pretérmino en el Hospital II-1 José Alfredo Mendoza Olavarría, Tumbes 2010-2014 . Universidad Nacional de Tumbes. Tumbes-2017.
17. Sánchez K. Factores de riesgo asociado a parto pretérmino. Hospital Belén de Trujillo 2012-2014. Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo, 2016.
18. Salazar L. Preeclampsia como factor de riesgo para parto con producto inmaduro. Hospital Regional Docente de Trujillo, 2015-2016. Universidad Privada Antenor Orrego (UPAO). Trujillo-2017.
19. Médica Ginecóloga, obstetra u educadora sexual y profesora asociada. Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquía. Conferencia de la Universidad de Medellín. Setiembre .2011 . El Aborto.
20. Fescina R, DeMucio B, Martínez G, Diaz Rosello J, Gómez Ponce de León, R. Mujeres en situación de aborto. Mayo. 2010.
21. Lara A. Friel, MD, PhD, Assistant Professor, Maternal-Fetal Medicine Division, Department of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Sciences, University of Texas Health - University of Texas Medical School at Houston.2015
22. Garrido, L. Hipertensión arterial y parto prematuro. Revista Reproducción asistida ORG. 2014.
23. Pértegas S, Pita S. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo hospitalario. Universidad de España. Cad. Atención Primaria. 2002.

ANEXOS

Anexo 1. Ficha de recolección de datos

ABORTO, ENFERMEDAD HIPERTENSIVA Y ANEMIA COMO FACTORES DE RIESGO ASOCIADO AL PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY. AÑO 2017

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Número de Historia Clínica: _____
- 1.2. Edad Materna
- 1.3. Fecha de atención del parto: _____
- 1.4. Edad gestacional _____ por fecha de última regla o ecografía.

II. VARIABLES EN ESTUDIO:

	SI	NO
PARTO PRETÉRMINO		
1. ABORTO PREVIO		
2. ENFERMEDAD HIPERTENSIVA		
3. ANEMIA		