

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO
DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE
EL PERIODO 2014 - 2015

TESIS

Presentada por:

Bach. Mirella Shayda Conde Conde

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

TACNA - PERÚ

2016

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO
PRETÉRMINO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
DURANTE EL PERIODO
2014 - 2015

TESIS

Presentado por:

BACH. MIRELLA SHAYDA CONDE CONDE

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Aprobada por *Mayoría*, ante el siguiente Jurado


.....
Dra. Iris Paredes Gonzales
Presidente


.....
Dra. Rinna Pilco Velásquez
Secretaria


.....
Mgr. Bernardino Damián López
Vocal

AGRADECIMIENTO

A dios, por darme energía y las fuerzas en los momentos más difíciles y felices de mi vida, por darme salud y sabiduría, para poder llegar al final de mi carrera.

DEDICATORIA

A mis padres Marcelina y Basilio que me dieron la vida, que han estado conmigo en las buenas y en las malas cada momento apoyándome y brindándome todo su amor, y porque han sido mi mejor modelo a seguir.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iii
ÍNDICE GENERAL.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS.....	vi
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.....	11
1.4. OBJETIVOS	13
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	13
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
1.5. HIPÓTESIS.....	14

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.	ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	15
2.2.	BASES TEÓRICAS.....	35
2.2.1.	FACTORES DE RIESGO:	35
2.2.1.1.	Factores de riesgo materno.....	35
2.2.1.2.	Factores de riesgo fetales.....	40
2.2.1.3.	Factores de riesgo socio demográficos.....	41
2.2.2.	PARTO PRETERMINO:.....	42
2.3.	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	49

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1.	TIPO DE INVESTIGACIÓN	52
3.2.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	52
3.3.	POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO	52
3.3.1.	Población.....	52
3.3.2.	Muestra.....	53
3.4.	VARIABLES DE ESTUDIO.....	55

3.5.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	57
3.6.	TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	60
3.6.1.	Técnicas de recolección de datos	60
3.6.2.	Instrumentos de recolección de datos	60
3.6.	PROCESAMIENTO E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	61

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1.	RESULTADOS	62
------	------------------	----

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN	83
CONCLUSIONES.....	96
RECOMENDACIONES	97
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	99
ANEXOS.....	113

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1: Edad materna como factor de riesgo asociado al parto pretérmino de las gestantes atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2014 – 2015.	63
TABLA 2: Talla materna como factor de riesgo asociado al parto pretérmino de las gestantes atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2014 – 2015.	64
TABLA 3: Antecedente de paridad como factor de riesgo asociado al parto pretérmino de las gestantes atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2014 – 2015.	65
TABLA 4: Periodo intergenésico como factor de riesgo asociado al parto pretérmino de las gestantes atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2014 – 2015.	66
TABLA 5: Índice de masa corporal como factor de riesgo asociado al parto pretérmino de las gestantes atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2014 – 2015.	67

TABLA 6:	Ganancia de peso materno como factor de riesgo asociado al parto pretérmino de las gestantes atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2014 – 2015.	68
TABLA 7:	Enfermedades sistémicas previas al embarazo como factor de riesgo asociado al parto pretérmino de las gestantes atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2014 – 2015.	69
TABLA 8:	Hábitos nocivos durante el embarazo como factor de riesgo asociado al parto pretérmino de las gestantes atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2014 – 2015.	70
TABLA 9:	Atención prenatal durante el embarazo como factor de riesgo asociado al parto pretérmino de las gestantes atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2014 – 2015.	71
TABLA 10:	Antecedente de aborto como factor de riesgo asociado al parto pretérmino de las gestantes atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2014 – 2015.	72

TABLA 11:	Antecedente de parto prematuro como factor de riesgo asociado al parto pretérmino de las gestantes atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2014 – 2015.	73
TABLA 12:	Infección del tracto urinario como factor de riesgo asociado al parto pretérmino de las gestantes atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2014 – 2015.	74
TABLA 13:	Preeclampsia como factor de riesgo asociado al parto pretérmino de las gestantes atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2014 – 2015.	75
TABLA 14:	Placenta previa como factor de riesgo asociado al parto pretérmino de las gestantes atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2014 – 2015.	76
TABLA 15:	Ruptura prematura de membranas como factor de riesgo asociado al parto pretérmino de las gestantes atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2014 – 2015.	77

TABLA 16:	Anemia durante el embarazo como factor de riesgo asociado al parto pretérmino de las gestantes atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2014 – 2015.	78
TABLA 17:	Embarazo gemelar como factor de riesgo asociado al parto pretérmino de las gestantes atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2014 – 2015.	79
TABLA 18:	Estado civil como factor de riesgo asociado al parto pretérmino de las gestantes atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2014 – 2015.	80
TABLA 19:	Nivel de instrucción como factor de riesgo asociado al parto pretérmino de las gestantes atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2014 – 2015.	81
TABLA 20:	Ocupación como factor de riesgo asociado al parto pretérmino de las gestantes atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2014 – 2015.	82

RESUMEN

Es un estudio retrospectivo de casos y controles, cuya población se constituyó por gestantes que culminó en parto de recién nacido vivo pretérmino, durante el periodo 2014-2015, tal cifra fue de 425, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, donde se obtuvo 417 casos aptos, seleccionando una muestra de 200 por muestreo aleatorio simple; se escogió una relación 1:1 respecto a los controles, seleccionándose 200 controles. Luego del análisis estadístico se determinó que los factores asociados al parto pretérmino fueron la talla materna mayor de 1,60 cm (OR: 2,43), período intergenésico menor de 2 años (OR: 2,43), control prenatal inadecuado (OR: 2,27), antecedente de parto pretérmino (OR: 4,84), infección del tracto urinario (OR: 6,35), embarazo gemelar (OR: 2,42), diagnóstico de preeclampsia (OR: 2,66), ruptura prematura de membranas (OR: 20,73), y ocupación de comerciante (OR: 1,98).

Palabras clave: parto pretérmino, factores maternos, fetales, y socio demográficos.

ABSTRACT

It is a retrospective study of cases and controls, whose population was constituted by pregnant women that culminated in delivery of preterm newborn during the period 2014-2015, such a figure was 425, according to the inclusion and exclusion criteria, 417 cases fit was obtained by selecting a sample 200 by simple random sampling; a 1 was chosen: 1 compared to controls, selected 200 controls. After the statistical analysis it was determined that the factors associated with preterm delivery were most maternal height of 1,60 cm (OR: 2,43), intergenetic period of 2 years (OR: 2,43), inadequate prenatal care (OR: 2.27) history of preterm birth (OR: 4.84), urinary tract infection (OR: 6,35), twin pregnancy (OR: 2,42), diagnosis of preeclampsia (OR: 2.66), premature rupture of membranes (OR: 20, 73), and merchant occupation (OR: 1,98).

Keywords: preterm delivery, maternal, fetal factors and socio demographic.

INTRODUCCIÓN

El parto pretérmino es uno de los mayores problemas en obstetricia y ginecología con una incidencia aproximada de 10-11% variando entre las diferentes poblaciones según los factores de riesgo que estén presentes; es la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatal a nivel mundial, responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas en los nacidos menores de 32 semanas de gestación sin que esto haya cambiado en las últimas décadas¹.

El parto pretérmino es un problema no sólo gineco-obstétrico sino también neonatal, ya que se asocia con un alto índice de morbilidad en el recién nacido a corto y largo plazo².

En diversas partes del mundo, los partos pretérmino continúan representando entre el 5 y el 12% de todos los nacimientos. Todos los años nacen en el mundo alrededor de 13 millones de niños prematuros; la mayor parte de esos nacimientos ocurren en países en desarrollo, constituyéndose de esta manera en un problema².

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al parto pretérmino como el nacimiento anterior al cumplimiento de las 37 semanas de edad gestacional. El parto pretérmino se ha asociado a múltiples factores, entre ellos socioeconómicos y culturales, complicaciones médicas y obstétricas durante la gestación, mala historia obstétrica, hábitos de consumo de tabaco y drogas^{4, 5,6}.

En el Perú, la incidencia de parto pretérmino reportada varía entre el 3,6%, 11,8% y es causa importante de muerte y discapacidad neonatal. Pero, cuando se aborda el grave problema del embarazo en adolescentes, la incidencia de parto pretérmino aumenta significativamente, hasta un 14 a 16%; conjuntamente con las tasas de morbilidad infantil y materna⁷.

Actualmente, la sobrevivencia de estos neonatos se ha incrementado por el avance tecnológico, lográndose verdaderos milagros de la medicina en las unidades de cuidados intensivos neonatales^{4, 6,8, 9}.

Estos avances, lo que han logrado, es incrementar la supervivencia pero también la comorbilidad. Por lo que, la reducción de sus tasas actuales es un reto y compromiso de los servicios médicos relacionados con la atención y los cuidados a estas madres y sus productos. Las medidas que pueden ayudar en este objetivo son las medidas preventivas

de los principales factores de riesgo identificados por la literatura médica, siendo los factores maternos uno de los principales responsables de las elevadas prevalencias.

Es importante identificar los factores de riesgo que tienen fuerte asociación causal para poder actuar sobre los factores modificables, así como también es importante caracterizar la presentación local de esta patología y establecer escalas de valoración pronóstico del embarazo, con las cuáles se podrán diferenciar los casos que pueden ser interrumpidos médicamente o prepararse para la recepción de los que ineludiblemente continuarán hasta la culminación del parto.

Ante la importancia del tema a investigar, se planteó realizar un estudio cuantitativo analítico que permita verificar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino que tienen relevancia en nuestra población, sobretodo de las gestantes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, en quienes se puede ofertar medidas preventivo-promocionales de la salud y acciones de control de los principales factores de riesgo que pueden ser modificadas que el estudio logró identificar.

Finalmente, la presente investigación está dividida en cinco capítulos: En el Capítulo I se presenta el planteamiento del problema; el Capítulo II, el marco teórico, que fundamenta el carácter científico de la investigación. En el capítulo III se presenta el marco metodológico, el Capítulo IV está referido a los resultados y el Capítulo V se presenta la discusión de la investigación, finalmente se presenta las conclusiones y recomendaciones vertidas en base al procesamiento de los datos, bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El parto pretérmino es un problema de salud pública en países desarrollados; y en países como el nuestro, no es diferente, sin embargo su impacto no es tan evidente, ya que tenemos otros problemas de salud de mayor gravedad, y sobre todo de impacto agudo y de urgente atención; diferentes a los partos prematuros, cuyos efectos mórbidos se verán durante la infancia y época escolar principalmente¹⁰.

Los índices de parto prematuro oscilan entre el 6% y el 12% en los países desarrollados y generalmente son más altos en los países en vías de desarrollo. Aproximadamente el 40% de todos los partos prematuros se produce antes de las 34 semanas y el 20% antes de las 32 semanas. El aporte de estos partos prematuros a la morbilidad perinatal general es superior al 50%^{11, 12}.

Además, se reconoce que existe una relación inversamente proporcional entre la edad gestacional y la mortalidad, así, a menor edad gestacional corresponde una mayor tasa de morbimortalidad perinatal. Las tasas promedio a nivel mundial la responsabilizan del 27 al 30% de las causas de mortalidad neonatal, que representa a más de un millón de muertes al año^{4, 5}. Diversos estudios señalan que la prematuridad por sí sola puede elevar hasta en 180 veces el riesgo de muerte¹³.

El parto pretérmino representa el 70% de la morbilidad y mortalidad neonatal. Es conocido que los neonatos prematuros tienen mayor riesgo de daño neurológico, infecciones, enfermedades respiratorias, enfermedades gastrointestinales y desórdenes metabólicos¹⁴.

Todos los años nacen en el mundo alrededor de 15 millones de niños prematuros; la mayor parte de esos nacimientos ocurren en países en desarrollo y constituyen la proporción más extensa de la morbilidad y la mortalidad perinatales que se registran anualmente en todo el mundo, constituyéndose de esta manera en un problema de salud pública de suma importancia, especialmente en Latinoamérica¹⁵. Existe evidencia confiable que el parto pretérmino está aumentando³.

En el Perú mueren al año alrededor de 12,400 recién nacidos prematuros y cerca de un millón a nivel mundial no logran sobrevivir, según cifras de la Organización Mundial de la Salud¹⁶.

En el Perú, la incidencia de parto pretérmino reportada varía entre el 3,6% - 11,8%^{5,6} y es causa importante de muerte y morbilidad neonatal^{3, 14, 17, 18}.

En los últimos 14 años, en nuestro país, la fecundidad adolescente medida en porcentaje pasó de 13,0% (2000) a 14,6% (2014), explicada por el incremento de 1,0 punto porcentual en las adolescentes que ya son madres y 0,6 punto porcentual en las embarazadas por primera vez¹⁰. En adolescentes de 15 años subió de 1,0 % a 1,9 %, entre 2000 y 2014, en las de 16 años aumentó de 4,7 % a 5,4 %, y en las de mayor edad pasó de 22,3 % a 26,7%^{10, 11}.

En los últimos 10 años se han realizado estudios buscando identificar a las pacientes con riesgo aumentado de parto pretérmino (PP), utilizando los diferentes sistemas de evaluación y calificación de marcadores de riesgo (FR), haciendo evaluación de marcadores biofísicos como el cérvix y la cavidad uterina, y

también mediante la búsqueda de marcadores bioquímicos que inician los cambios a nivel cervical^{4, 6, 3}.

A pesar de los avances en la detección, no se ha podido obtener una disminución en la cifra de partos prematuros en los últimos años, en parte porque tenemos conocimientos incompletos del origen y la fisiopatología del trabajo de parto prematuro, y además, porque existen muchas fallas en el manejo en sí mismo, de esta entidad¹⁹.

Por lo mencionado, es fácil comprender que todos los esfuerzos que se haga para prevenir el parto pretérmino, se verán reflejados en la mejoría de los índices de morbilidad perinatal.

En las últimas décadas, el problema de prematuridad lejos de disminuir su incidencia, se está incrementado; sin todavía tenerse claro los mecanismos que desencadenan el trabajo de parto pretérmino que es la principal causa de prematuridad; sabemos bastante de los factores de riesgo, sin embargo siguen inciertos los mecanismos que lo inician.

La importancia de la investigación en este campo radicó en la gran problemática que genera el parto pretérmino y sus secuelas a corto y largo plazo en cuanto a mortalidad, discapacidad, costos económicos, emocionales en las familias y comunidades, por la necesidad de generar nuevas hipótesis etiológicas y realizar más investigaciones básicas y epidemiológicas sobre las causas y la prevención de los partos pretérmino.

Mientras tanto, no es de esperar que se reduzcan las incidencias de este trastorno en los países en desarrollo ni en los desarrollados.

El objetivo de la presente investigación es determinar los factores de riesgo en pacientes con parto pretérmino para de esa manera sistematizar información útil, proporcionar ideas o generar preguntas que podrán ser desarrolladas de manera más amplia, profundizando en el conocimiento, prevenir la presentación de este síndrome clínico.

En el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna, se ha observado que existe un elevado número de partos pre términos, en el año 2013 se registraron 270 casos, en el 2014, 188 caso, en el 2015 se registraron 237 no mostrando mucha diferencia con

otros años; por lo que resulto necesario investigar qué factores de riesgo se asocian a un parto pretérmino.

Finalmente, consideramos que debemos hacer énfasis en el control prenatal temprano, durante el primer trimestre de gestación, es muy importante en el cuidado de la salud de la madre y el niño y así prevenir complicaciones que condicionan un pronóstico materno-fetal adverso durante el embarazo y mayor morbimortalidad neonatal, solo es posible con el logro de una atención integral y multidisciplinaria a la embarazada.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Lo anteriormente expuesto nos llevó a plantearnos la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a parto pretérmino de las gestantes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2014-2015?

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

Conveniencia: Los resultados permitirán implementar medidas preventivas y diseñar estrategias que contribuyan a disminuir la morbimortalidad asociada al parto pretérmino ya que representan un problema de salud pudiendo derivar en complicaciones que amenacen la culminación del embarazo y ocasionar riesgos para el feto.

Relevancia social: El estudio es trascendente para la sociedad, en cuanto que el recién nacido prematuro es un problema más severo de la asistencia perinatal en estos momentos, por lo que se beneficiará a las gestantes al diagnosticarlas y tratarlas oportunamente evitando efectos adversos sobre la salud materna y/o fetal; en tal sentido, alcanza una proyección social relevante.

Valor teórico: Los resultados de la Investigación contribuirán a aportar conocimientos teóricos sobre el perfil epidemiológico y los factores que condicionan a este; y así poder desarrollar acciones para su prevención como parte del manejo prenatal adecuado, por ende prevenir una complicación y, así disminuir la incidencia de morbimortalidad del binomio materno- fetal.

Sabiendo que hay múltiples factores que provoca el parto pretérmino se instaurará un tratamiento oportuno y adecuado que no pongan en riesgo el binomio materno-fetal.

Es importante concientizar al personal del servicio de Gineco-Obstetricia en el aprendizaje y conocimiento sobre todos aquellos factores que condicionan el parto prematuro, así como el manejo médico-obstetra frente a la presencia de algunos de ellos, de tal manera que se pueda evitar o disminuir el riesgo del suceso de parto pretérmino.

Sin embargo, no hay control de vigilancia en cuanto al sistema de captación, y en cuanto a la calidad de atención que reciben aquellas gestantes que están condicionadas a presentar uno o más factores de riesgo.

El determinar la asociación de los factores de riesgo a partos pretérmino ayudaría a tener un mayor enfoque y evaluación del progreso y desarrollo a nivel de nuestra región y en relación con otras unidades de salud del país. Es por eso que se decidió realizar un estudio en el Hospital de Apoyo “Hipólito Unanue de Tacna”, durante los años 2014-2015.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo asociados a parto pretérmino de las gestantes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2014-2015.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Determinar los factores de riesgo maternos asociados a parto pretérmino de las gestantes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2014-2015.
- b) Determinar los factores de riesgo fetales asociados a parto pretérmino de las gestantes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2014-2015.
- c) Determinar los factores de riesgo sociodemográficos asociados a parto pretérmino de las gestantes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2014-2015.

1.5. HIPÓTESIS

Los factores de riesgo maternos: edad materna, talla materna, paridad, antecedente de parto pretérmino, periodo intergenésico, infección del tracto urinario, ganancia de peso materno, preeclampsia, placenta previa, ruptura prematura de membranas, anemia, antecedente de aborto, hábitos nocivos, enfermedades sistémicas, índice de masa corporal, atención prenatal; el factor fetal embarazo gemelar y los factores sociodemográficos: estado civil, nivel de instrucción, ocupación, se asocian estadísticamente con el parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo enero 2014-diciembre 2015.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

A NIVEL INTERNACIONAL

Castillo R., Jhuliana²⁰ en Ecuador, en el año 2012, realizó un estudio titulado “*Factores socio-económicos y culturales que inciden en el parto pretérmino en el Hospital Isidro Ayora periodo enero a junio del 2012*”, con el objetivo de conocer los factores de riesgo socio -económicos y culturales que inciden en el parto pretérmino según: edad, estado civil, instrucción, ocupación, lugar de procedencia y estado nutricional. Se determinó la influencia del consumo de tabaco, alcohol, y drogas. Se identificó la relación que tienen el número de controles prenatales, paridad, edad gestacional y periodo Intergenésico. El estudio fue retrospectivo descriptivo de las gestantes que presentaron parto pretérmino, los datos fueron tomados de los Formularios de Historia Clínica Única y presentados como frecuencias y porcentajes de las variables estudiadas. Se estudió un total de 94 gestantes que presentaron parto pretérmino. Los resultados revelaron que los factores de riesgo más importantes para la presentación de parto pretérmino

fueron: edad de 15 a 25 años con el 69%. La unión libre con el 39%. El nivel de escolaridad baja con el 60%, el 74% realizaban quehaceres domésticos con predominio de la procedencia urbana en el 51%. El 100% de las usuarias refirieron haber estado expuesta al humo de tabaco y no haber consumido alcohol ni drogas. De las 94 usuarias que presentaron parto pretérmino el 59% se realizaron controles prenatales inadecuados, el 50% fueron primigestas, con una edad gestacional comprendida entre 33 a 36.6 semanas en un 78% y un periodo intergenésico menor a 2 años en un 55%.

Irshad ET AL²¹ en EEUU en el año 2012 tuvo por objetivo conocer los diferentes factores de riesgo maternos y neonatales de los nacimientos prematuros. Realizaron una serie de casos descriptivo a partir de enero a diciembre del 2012. En este se estudiaron todos los casos de nacimiento vivo pre término (PPT) (29 - < 37 semanas) por parto vaginal o por cesárea y sus madres respectivas. Un total de 205 (4,04%) neonatos fueron identificados como los recién nacidos prematuros. La mayoría de la población estudiada (29,3%) estaban en el rango de edad de 2 días con una edad media de 1,5073 +/- 1,2627 días. De 205, 51,7% eran hombres y el 48,3% eran mujeres. La edad materna de 21 – 35

años se registró en 79,51% la mayoría con una edad media de 28,10 +/- 5,8982 años. La mayoría de las madres (96,1%) eran analfabetas, el 76,6% pertenecía al área rural, el 76,1% pertenecía a la clase pobre, el 35,1% eran multíparas. Una historia de rotura prematura de membrana (RPM) se encontró en 61% de los casos, lesiones físicas 0,5%, 14,14% poli hidramnios anteriores, recién nacido de bajo peso al nacer 41,5%, 27,8% amenaza de aborto, hemorragia ante parto 36,1%, el nacimiento prematuro anterior 30,2%, pirexia materna del 14,1%, los gemelos anteriores 6,3% y la placenta previa del 4,4%. Llegaron a la conclusión de que la frecuencia de prematuridad fue 4,04%. Entre los factores de riesgo distintos edad materna, el analfabetismo, la residencia rural, la pobreza, la configuración común de la familia, la historia de la RPM, recién nacido de bajo peso, historia de hemorragia antes del parto, la multiparidad, la pérdida perinatal anterior, amenaza de aborto, eran los factores de riesgo importantes que se encuentran en la mayoría de los casos.

Díaz y ET AL²² en Cuba, en el año 2011-2012, realizaron un estudio titulado *“Factores de riesgo asociados al parto prematuro en el Policlínico Norte de Ciego de Ávila, 2011-2012.”* Con el objetivo de resumir las variables que presentan asociación

estadística significativa con el desarrollo de partos prematuros en las embarazadas del Policlínico Universitario Área Norte de Ciego de Ávila, en el período 2011-2012. Se realizó una investigación del tipo casos y controles en el Área Norte del municipio Ciego de Ávila en el período 2011-2012. El universo estuvo compuesto por el total de mujeres con partos entre las 22 y 36,6 semanas. La información se recolectó mediante una planilla con las variables a estudiar y se utilizaron las historias clínicas y carnets obstétricos de las pacientes. Los resultados que presentaron asociación estadística significativa con el parto prematuro fueron: los antecedentes de abortos en embarazos anteriores (OR 2,56 IC95% 1,47-4,45), el bajo peso materno (OR 3,47 IC95% 1,94-6,22), la ganancia insuficiente de peso durante el embarazo (OR 3,10 IC95% 1,77-5,41), la anemia durante la gestación (OR 1,96 IC95% 1,07-3,57), las infecciones vaginales (OR 2,58 IC95% 1,48-4,52) y urinarias (OR 1,78 IC95% 1,03-3,06). Al describir la repercusión del parto prematuro sobre el recién nacido, se estableció que el bajo peso al nacer, las enfermedades respiratorias y las infecciones durante el período neonatal en ambos años fueron las complicaciones más frecuentes. Llegaron a la conclusión que se halló asociación

estadística significativa entre algunas de las variables estudiadas y la ocurrencia de partos prematuros.

Genes B., Viviana.²³ en Paraguay en el año 2011, realizó un estudio titulado "*Factores de riesgo asociados al parto pretérmino*", con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino, tanto espontáneo como inducido. Se realizó un estudio de casos y controles en la Cátedra y Servicio de Ginecología y Obstetricia de la FCM-U.N.A. Se incluyeron 346 pacientes que tuvieron su parto en el periodo de enero a diciembre 2011. En el estudio se analizó la asociación de ciertos factores de riesgo con el parto pretérmino midiendo OR y sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Los resultados abordaron fueron los siguientes: la presencia de cuello uterino acortado durante el segundo trimestre (OR 9,93 IC95% 2,17-62,98), la preeclampsia durante el embarazo actual (OR 4,15 IC95% 1,75-10,21), el embarazo múltiple (OR 15,14 IC95% 2,06-312,19) y el antecedente de parto prematuro previo (OR 3,43 IC95% 1,02-12,76) tuvieron asociación estadísticamente significativa con la presencia de parto pretérmino. No se encontró una asociación significativa con la paridad previa, el tabaquismo y la rotura prematura de membranas. Donde se concluye: los factores de riesgo que se asociaron

significativamente al parto pretérmino fueron la longitud cervical acortada durante el segundo trimestre, el antecedente de parto pretérmino previo, el embarazo múltiple y la preeclampsia

A NIVEL NACIONAL

Pérez C., Marco²⁴ en el año 2015 realizó un estudio titulado *“factores de riesgo asociados a prematuridad en pacientes del hospital apoyo Iquitos “César Garayar García” enero a diciembre 2014”* con el Objetivo de determinar los factores de riesgo asociados a prematuridad en pacientes del Hospital Apoyo Iquitos Cesar Garayar García de Enero a Diciembre 2014. Se realizó una investigación de tipo retrospectivo, de diseño analítico caso control; que a través de la fórmula para este tipo de diseño se evaluaron 200 prematuros (casos) y 400 recién nacido a términos sanos (controles). Los resultados fueron los siguientes: Las madres de los recién nacidos prematuros tienen entre 20 a 34 años de edad (72,5%), convivientes (71,0%), proceden de la zona urbano marginal (38,5%), de nivel de instrucción de secundaria (47%); con antecedente de prematuridad (18%), con antecedente de RCIU (10,5%); primíparas (30,5%) con < 6 controles prenatales (59%); con morbilidad materna (38,5%). Las madres que proceden de la zona rural ($p=0,035$), sin ningún nivel de instrucción y con nivel de

instrucción primaria ($p=0,004$), con antecedente de prematuridad ($p=0,048$), con menos de 6 controles prenatales ($p=0,001$), con morbilidad durante el embarazo ($p=0,041$) se asociaron a prematuridad. La anemia ($p=0,037$), la ITU ($p=0,049$), y la preclampsia ($p=0,031$) se relacionaron significativamente con la prematuridad.

Guillén G., Juan²⁵ en el año 2014, realizó un estudio titulado *“Factores maternos asociados al parto pretérmino. Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, 2014”* con el objetivo de conocer los factores maternos asociados al parto pretérmino en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en el periodo comprendido entre enero del 2014 a junio del 2014. Se trató de un estudio retrospectivo de tipo descriptivo de corte transversal, en 127 pacientes de las cuales el 39,4%(50) presentaron parto pretérmino y el 60,6%(77) no. Los resultados abordados fueron los siguientes: La media de la edad de los casos fue de 28,7+/-7,2 años y de los controles de 26,5+/-5,6 años, siendo la mínima edad de 15 años y la máxima de 40 años. Hubo una mayor frecuencia de pacientes mayores de 35 años en los casos (26% versus 3,9%), siendo esta relación estadísticamente significativa. Todas las pacientes controladas tuvieron edad gestacional mayor de 37

semanas y de los casos observamos una mayor frecuencia de edad gestacional entre los 35 a 37 semanas (64%). Se observó que la patología materna infecciosa de mayor frecuencia fue la vulvovaginitis (32%), seguido de infecciones urinarias (28%). En relación a la patología materna metabólica en los casos hubo una mayor frecuencia de diabetes (14%). Se concluye que los factores maternos de características infecciosas asociados con parto pretérmino fueron: infección urinaria, vulvovaginitis, corioamnionitis. ($P < 0,05$) El factor materno de característica metabólica asociado con parto pretérmino fue la diabetes gestacional. ($P < 0,05$).

Hirakata Na., César²⁶ en el año 2014, realizó un estudio titulado *“Asociación de talla baja de la gestante con riesgo de parto pretérmino. Hospital Belén de Trujillo, 2014”* con el objetivo de determinar riesgo asociado de parto pretérmino y bajo peso al nacer en gestantes con estatura baja. Utilizo un diseño: Observacional. Analítico. Seccional-transversal. Ámbito de estudio: Hospital Belén de Trujillo Poblaciones: 321 gestantes, 11 con estatura baja y 310 con estura no baja. Medidas principales del seguimiento: Odds Ratio de prematuridad y bajo peso al nacer. Los resultados abordados fueron los siguientes: El porcentaje de prematuridad fue de 8,1%. La talla baja materna se asoció a un

mayor riesgo de prematuridad OR= 2,648(1,241-12,957) P=0,02. Existió correlación negativa $r = -0,030$ no significativa $p = 0,588$ entre talla materna y edad gestacional del recién nacido. Existió correlación positiva entre talla materna y peso al nacer $r = 0,121$ $p = 0,031$. El promedio de edad gestacional fue menor en el grupo talla baja media /DE 37,9 SEM GEST. 2,23 VS. 38,81, DE=1,65 $P = 0,09$ ANOVA edad gestacional inter grupos Talla baja-no talla baja $F = 2,872$ $p = 0,09$. El promedio de peso del RN es menor en el grupo talla baja media /DE 3,1 KG De=0,389 VS. 3,27, DE=0,49 $p = 0,26$ ANOVA peso del recién nacido intergrupar Talla baja-no talla baja $F = 1,26$ $p = 0,26$. Chi cuadrado 0,442 $p = 0,987$ OR=0,961(0,940-0,983). Por lo tanto no presento riesgo asociado de bajo peso al nacer en gestantes de talla baja Donde se concluyó que la estatura baja materna se asoció a parto pretérmino y no a bajo peso al nacer. No presentó correlación significativa entre edad gestacional y duración de la gestación.

Cruz T., Mari²⁷ en el año 2014, realizó un estudio titulado *“Factores de riesgo maternos preconcepcionales y concepcionales del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, 2014”*, con el objetivo de determinar los factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino. Fue un estudio casos y

controles en 20 casos con parto pretérmino y 20 controles con parto a término. Se revisaron las historias clínicas y se elaboró una hoja de datos en SPSS.21 para el análisis descriptivo con nivel de significancia $p < 0,05$. Se consideró como factor de riesgo si OR e IC95% eran > 1 . Se realizó el análisis de regresión logística binaria para evaluar la potencia individual de los factores y eliminar los factores confusores. Los resultados abordados fueron los siguientes: Los factores de riesgo maternos pre gestacionales significativos para nuestra serie fueron: nivel socio-económico bajo (OR=5,57 e IC95%=1,420-21,860), antecedentes de parto pretérmino (OR=35,29 e IC95%=3,868-321,932) y antecedentes maternos de infección urinaria pre gestacional. Los factores de riesgo maternos gestacionales significativos para nuestra serie fueron: control prenatal inadecuado (OR=9,00 e IC95%=1,638-49,446) e infección urinaria (OR=4,64 e IC95%=1,023-21,004) Donde se concluyó asociación con el antecedente de parto pretérmino, el antecedente materno de infección urinaria pre gestacional y un control prenatal inadecuado.

Saavedra C., Hitler²⁸, realizó un estudio titulado *“Factores asociados a prematuridad en el Hospital II – 1 de Yurimaguas, Julio a Diciembre del 2014”*, con el objetivo de determinar los factores

asociados a prematuridad en el Hospital II – 1 de Yurimaguas. Se trató de un estudio de tipo cuantitativo de diseño analítico de caso control; los casos son madre con recién nacido prematuro y los controles son madres con recién nacido a término; la población estuvo constituida por 98 madres con recién nacido prematuro nacidos en el Hospital II – 1 de Yurimaguas - Loreto, obteniendo una muestra de 55 casos y 110 controles que cumplen los criterios de inclusión y exclusión. Los resultados abordados fueron los siguientes: las madres con recién nacidos prematuros presentan entre 20 a 34 años (74,5%), proceden de la zona urbano marginal (43,6%) y urbana (40,0%), son convivientes (76,4%) y de nivel de instrucción de secundaria (78,2%); el 7,3% tienen antecedente de prematuridad, el 49,1% son primíparas y el 61,8% tienen menos de 6 controles pre natales. El 61,8% han presentado morbilidad durante el embarazo; las principales morbilidades registradas fueron anemia (38,2%), infección urinaria (ITU) (21,8%), hipertensión inducida en el embarazo (14,5%) y pre eclampsia (9,1%). Las madres que proceden de la zona rural tienen (OR 1.39) y zona urbano marginal (OR 2,16) tuvieron mayor riesgo significativamente ($p=0,011$); las que proceden de la zona urbana tienen un OR protectorio (0,37). Las madres con menos de 6

controles prenatales tuvieron un OR de 2,43 ($p=0,008$) para presentar recién nacido prematuro; las que tienen 6 a más controles tienen un OR protectorio (0,41). Las madres con morbilidad durante el embarazo tienen un OR de 1,94 ($p=0,047$) para tener un recién nacido prematuro, siendo la hipertensión inducida por el embarazo (OR 4,51; $p = 0,01$) y pre eclampsia (OR 5,4; $p= 0,02$) para presentar recién nacido prematuro. Las madres que presentaron con mayor frecuencia recién nacidos prematuros fueron entre: las menores de 20 años (52,9%, $p=0,145$); las casadas (38,5%, $p=0,521$); las de nivel de instrucción primaria (66,7%, $p=0,343$), con antecedente de prematuridad (66,7%, $p=0,07$), las nulíparas (52,2%, $p=0,203$) Las madres con anemia ($p=0,192$), infección urinaria ($p=0,391$) y malaria ($p=0,720$) estadísticamente no se relacionaron con la presencia de prematuridad. Se concluye que las madres con antecedente de hijo prematuro, con morbilidad durante el embarazo y la falta de control prenatal adecuada tienen mayor riesgo significativo de presentar recién nacido prematuro.

Romero y ET AL²⁹ en el año 2013, realizaron un estudio titulado *“Factores de riesgo de parto pretérmino en el Hospital Materno Infantil El Carmen de Huancayo”*, con el objetivo de

determinar los factores de riesgo para parto pretérmino en el Hospital Materno Infantil “El Carmen” de Huancayo. Se trató de un estudio observacional, analítico, transversal, retrospectivo de tipo caso y control, conformado por 105 casos (todas aquellas pacientes con parto pretérmino) y 105 controles (pacientes con parto a término), tomados entre el periodo de septiembre 2010 a marzo 2011. La frecuencia encontrada de parto pretérmino fue de 8,57% (105) de un total de 1225 partos, con una media de edad de 25,7 (DE+/-6,8); se encontró como factores de riesgo el número de controles prenatales menores de seis OR 3,75 IC 95% (2,10 – 6,67), ruptura prematura de membranas OR 6,58 IC al 95% (2,41-17,92), anemia OR 2,51 IC 95% (1,12-5,62) y preeclampsia OR 9,01 IC 95% (2,60-31,16). Donde se concluyó: número de controles prenatales menores de seis, ruptura prematura de membranas, anemia y preeclampsia.

Carpio P., Fernando³⁰ en el año 2013, se realizó un estudio titulado *“Factores de riesgo maternos asociados a parto pretérmino en el Hospital Regional de Lambayeque durante el año 2013”*, con el objetivo de determinar los factores de riesgo maternos asociados al desarrollo de parto pretérmino. Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, de casos y controles. Se formaron dos

grupos: Grupo Casos (35 partos pre término) y Grupo Control (35 partos a término). Para el análisis se utilizaron los paquetes informáticos SPSS 20.0 y EPIINFO 2000. Para estudiar la relación entre variables categóricas se utilizó Chi Cuadrado o el test exacto de Fisher cuando las frecuencias esperadas sean menores de 5 en tablas de contingencia de 2 x 2, se consideró asociación estadística a un valor $p < 0,05$ con un intervalo de confianza del 95 %. El estadígrafo de estudio fue el ODDS ratio (OR) y se definió factor de riesgo para un $OR > 1$. Los resultados abordados fueron los siguientes: El antecedente de parto pre término ($p = 0,0479549$; OR 7,03), control prenatal < 6 ($p = 0,0418812$; OR 4,89), el desprendimiento prematuro de placenta ($p = 0,0252295$; OR 8,5), la vaginosis bacteriana ($p = 0,0105826$; OR 4,07) y la infección de vías urinarias ($p = 0,0301523$; OR 2,97) se asociaron al desarrollo de parto pre término. Donde se concluyó que el antecedente de parto pretérmino, el inadecuado control prenatal, el desprendimiento prematuro de placenta, la vaginosis bacteriana y la infección de vías urinarias son factores de riesgo asociados al desarrollo de parto pretérmino.

Taboada R., Raúl³¹, realizó un estudio titulado *“Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el hospital regional de Loreto Felipe Arriola Iglesias de enero a diciembre 2013”*, con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados a parto pretérmino atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Se trató de un estudio de tipo cuantitativo de diseño analítico de caso control; los casos son madre con recién nacido prematuro y los controles son madres con recién nacido a término; la población estuvo constituida por 585 madres con recién nacido prematuro nacidos en el Hospital regional de Loreto, obteniendo una muestra de 75 casos y 75 controles que cumplen los criterios de inclusión y exclusión. Los resultados abordados fueron los siguientes: el que tuvo mayor representatividad fue la infección del tracto urinario (factor gestacional/obstétrico) con $P = 0,006$ y $OR = 2,579$; seguido por la presencia de anemia (factor gestacional/obstétrico) con $P = 0,013$ y $OR = 2,458$; seguido por edad entre 19 y 35 años (factor materno) con $P = 0.014$ y $OR = 2,40$ seguido de antecedente de aborto y parto pretérmino (factor gestacional/obstétrico) con $P = 0,022$ y $OR = 2,27$, gestantes con ningún CPN (factor obstétrico) con $P = 0,029$ y $OR = 2,10$ y por último el embarazo múltiple (factor fetal) con $P = 0,683$ $OR = 1,182$. Se concluye que No todos los

factores de riesgos maternos, obstétricos/gestacionales, útero placentario y fetal tienen la misma significancia estadística en comparación a otros estudios realizados en relación al tiempo y lugar de investigación.

Ramos Q. Gerson³² en el año 2012, realizó un estudio titulado *“Resultados perinatales de la gestación muy pretérmino según vía del parto. Instituto Nacional Materno Perinatal-2012”*, el objetivo fue comparar los resultados perinatales de los neonatos muy pretérmino con presentación de vértice según la vía del parto. Se realizó un estudio retrospectivo transversal, observacional analítico de tipo casos y controles. Se compararon los resultados neonatales de 57 gestantes con parto muy pretérmino por cesárea (casos) con los de 57 gestantes con parto muy pretérmino vía vaginal (controles). El análisis estadístico se realizó con el programa IBM Statistics SPSS 19. La edad de las gestantes varió entre los 14 y 42 años, con una media de 26,4 +/- 7,3 años. El análisis de regresión logística no demostró asociación entre las variables estudiadas: asfixia perinatal, síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, trauma obstétrico, convulsiones neonatales, sepsis neonatal, muerte neonatal, paridad y riesgo social con la vía del parto (vaginal o

cesárea) en los neonatos muy pretérmino con presentación de vértice. Se concluyó que la vía del parto en infantes muy pretérmino con presentación de vértice no influye sobre los resultados neonatales y que se debe realizar cesárea sólo si existen indicaciones obstétricas que la justifiquen.

Huaroto y ET AL³³ en el año 2012, realizaron un estudio titulado *“Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica, Perú”*, con el Objetivo de determinar los Factores de Riesgo Maternos, Obstétricos y Neonatales asociados al parto pretérmino en el Hospital Regional de Ica durante el año 2012. Fue un estudio retrospectivo, observacional, analítico, de caso y control. La muestra fue de 107 pacientes, de los cuales 31 fueron casos con diagnóstico de parto pretérmino y 76, los controles con diagnóstico de parto a término. Se aplicó la estadística descriptiva para las variables categóricas y de medidas de tendencia central para las variables numéricas. Se empleó la prueba del chi cuadrado con un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$. Se consideró factor de riesgo a toda variable con $OR > 1$ e IC 95%. Resultados: El 23% de los partos pretérminos fueron madres adolescente (OR 2,993 IC [1,123-7,660] X^2 0,024 $p < 0,05$). La edad materna extrema en el

estudio <19 años fue el 76, 7% (OR 2,292; IC 0,367-14,323; X2 0,368); el estado civil casada tuvo el 20, 5% (OR 1,963; IC 0,517-7,452; X2 0,316); 84, 1% tuvieron un nivel de instrucción baja (OR 4,694; IC 1,598-13,855; X2 0,003); infecciones urinarias (OR 1,350; IC 2, 077-13, 116); vaginosis bacteriana (OR 1,224; IC 0,273-5,464); nuliparidad (OR 1,012; IC 0,372-2,751); bajo peso al nacer (OR 66,536; IC 18,015-248,746); gemelaridad (OR 14,23; IC 1,610-129,245). Donde se concluyó que factores de riesgo maternos: ser madre adolescente, edad extrema materna, procedencia rural, tener grado de instrucción baja, antecedentes patológicos como infección urinaria; factores de riesgo neonatales: bajo peso al nacer y gemelaridad.

Mamani S., Jaime³⁴ en el año 2012, se realizó un estudio titulado *“Factores de riesgo maternos para parto muy pretérmino. Instituto Nacional Materno Perinatal. Años 2011-2012”* con el objetivo de determinar los factores de riesgo maternos para parto muy pretérmino en gestaciones únicas durante el periodo 2011 - 2012. Se realizó un estudio retrospectivo transversal, observacional analítico de tipo casos y controles. Se compararon 98 gestantes con parto muy pretérmino (casos) con 77 gestantes con parto pretérmino tardío (controles). El análisis estadístico se realizó con

el programa IBM Statistics SPSS 19. La edad de las pacientes del total de pacientes varió entre los 18 y 46 años con una media de 38,3+/-2,8 años. El análisis de regresión logística demostró que la vaginosis bacteriana (OR = 2,4; 95 por ciento IC 1,4 - 7,3), antecedente de parto pretérmino (OR = 7,2; 95 por ciento IC 2,6 - 15,9) y antecedente de amenaza de parto pretérmino durante la gestación actual (OR = 1,5; 95 por ciento IC 1,2 - 2,4) se asociaron con la ocurrencia de parto muy pretérmino en gestaciones únicas. No se demostró asociación entre el sobrepeso materno, antecedente de abortos, infección por HIV, enfermedad periodontal y el parto muy pretérmino en gestaciones únicas. Se concluyó que la vaginosis bacteriana, el antecedente de parto pretérmino y el antecedente de amenaza de parto pretérmino durante la gestación actual se asociaron con la ocurrencia de parto muy pretérmino en gestaciones únicas.

A NIVEL LOCAL:

Monge M., Ángela³⁵ en el año 2015, realizó un estudio titulado *“Factores maternos, fetal y sociodemográficos asociados al parto pretermino en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2013.”*, con el objetivo de Identificar los factores de riesgos maternos, fetales y socio demográficos asociados a parto

pretérmino de las gestantes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de la ciudad de Tacna durante el año 2013. La metodología empleada consistió en un estudio retrospectivo de casos y controles; realizado en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna; en el año 2013; con una muestra de 107 mujeres gestantes para los casos y 214 para controles. Definiendo parto prematuro al ocurrido entre las 22 y 36 semanas gestacionales; parto a término al ocurrido a las 37 o más semanas gestacionales; Se obtuvo datos de la historia clínica. Luego del análisis estadístico se determinó que los factores asociados al parto pretérmino fueron el período intergenésico >2 años (OR: 6,44), los controles prenatales <6 (OR: 2,75), el embarazo gemelar (OR: 4,95).

Parra V, Fernando³⁶ en el año 2012, realizó un estudio titulado *“Factores de Riesgo Asociados a Parto Pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna Durante el Período Enero 2010-Diciembre 2012.”*, con el objetivo de determinar factores de riesgo maternos, fetales y socio demográficos asociados a parto pretérmino de las gestantes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de la ciudad de Tacna durante el período 2010-2012. Se trató de un estudio retrospectivo de casos y controles, cuya

población se constituyó por todas las pacientes con gestación que culminó en parto de recién nacido vivo pretérmino, durante el periodo planteado, tal cifra fue de 642, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo 416 casos aptos, seleccionando una muestra de 200 por muestreo aleatorio simple; para mejorar la potencia estadística se escogió una relación 1:2 respecto a los controles, seleccionándose 400 controles. Luego del análisis estadístico se determinó que los factores asociados al parto pretérmino fueron la edad materna < 18 años, el antecedente de parto prematuro, período intergenésico < 2 años, la ganancia durante el embarazo < 8kg, preeclampsia, ruptura prematura de membranas, embarazo gemelar, estado civil soltera y la ocupación de agricultora.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A PARTO PRETERMINO

A. FACTORES DE RIESGO MATERNO:

➤ Edad de la madre:

Mientras más joven es la madre, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto. Debido principalmente a una falta de desarrollo de la

pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción céfalo-pélvica, constituyendo esto, una causa importante de trabajos de parto prolongado y partos operatorios, tanto fórceps como cesáreas³⁷.

➤ **Antecedente de parto prematuro**

Es el factor de riesgo más importante para futuros partos pretérminos, y las recurrencias ocurren a menudo a la misma edad gestacional.^{36, 38}.

Es la aparición de contracciones uterinas propias del trabajo de parto en pacientes con membranas íntegras entre las 20-22 y antes de las 37 semanas de embarazo, con pocas modificaciones del cuello uterino. Las contracciones uterinas deben ser clínicamente palpables, de 30 segundos o más de duración y una frecuencia de una o más en diez minutos, durante un periodo mínimo de una hora, capaces de producir modificaciones cervicales leves; borramiento del cérvix uterino del 80% o menos, y una dilatación igual o menor a 2cm ³⁹.

➤ **Antecedente de aborto:**

No está claro si el aborto provocado es un factor de riesgo independiente para resultados obstétricos adversos. Una revisión sistemática de los estudios que informaron resultados perinatales para las mujeres con antecedentes de aborto provocado encontró que el procedimiento se asoció con un riesgo pequeño, pero estadísticamente significativo de parto prematuro (8,7 por ciento frente a 6,8; OR 1,27, IC 95%: 1,12 a 1,44), y el riesgo aumenta con el número de interrupciones del embarazo ⁴⁰.

El aborto espontáneo, especialmente si es recurrente o en el segundo trimestre, también se ha asociado con un mayor riesgo de parto prematuro ⁴⁰.

➤ **Procesos infecciosos locales y sistémicos**

Las infecciones maternas de las vías urinarias o de la vagina se asocian a un incremento de los partos pretérmino; se ha demostrado que como cualquier infección materna, se producen lisis de lisosomas en la placenta y decidua con liberación de fosfolipasa A2, la

cual libera ácidos grasos de los fosfolípidos intracelulares, especialmente el ácido araquidónico³⁹.

Este ácido graso incrementa la síntesis de prostaglandina sintetasa y la producción local de prostaglandinas, con el consecuente aumento de la contractilidad uterina en el embarazo pretérmino³⁹.

Este tipo de infecciones también pueden estimular la producción de interleukinas y el factor de necrosis tumoral por los macrófagos maternos, los cuales desencadenan la producción de prostaglandinas por el amnios³⁹.

➤ **Peso y variación de peso durante la gestación:**

Los extremos de peso antes del embarazo y/o el índice de masa corporal se han asociado con mayores tasas de parto prematuro⁴¹.

La fuerza de esta asociación no está bien definida porque el efecto es bimodal, en lugar de lineal, y debido a variables interdependientes. Por ejemplo, el bajo peso antes del embarazo puede ser confundida por el nivel socioeconómico, raza / etnia, e incluso el aumento de peso durante el embarazo.

Las madres obesas están en mayor riesgo de parto prematuro iatrogénico, debido a complicaciones médicas⁴¹.

➤ **Hábito tabaquismo alcoholismo**

La nicotina atraviesa y se concentra en el feto y el líquido amniótico (18% en la sangre fetal y el 88% en el líquido amniótico, causando vasoconstricción placentaria, alteraciones del simpático con aumento de la frecuencia cardíaca fetal. Por otra parte el monóxido de carbono, causa; la formación de car oxihemoglobina lo cual disminuye el nivel de oxigenación fetal por bloquear irreversiblemente a la hemoglobina, produciendo una muerte fetal y como consecuencia el parto prematuro⁴².

➤ **Preeclampsia**

Los recién nacidos de mujeres preeclampsia tienen de cuatro a cinco veces más probabilidades de tener problemas poco después del parto que los de mujeres que no presentan esta enfermedad. Los recién nacidos pueden ser pequeños porque la placenta funciona mal o porque son prematuros³⁹.

➤ **Ruptura prematura de membranas:**

Las causas de las mismas son multifactorial y ocurre en aproximadamente 1-3% del total de mujeres embarazadas, además se encuentra asociada con aproximadamente el 30-40% de partos pretérmino, por esta razón podría considerarse como el problema obstétrico de la actualidad debido a que está reportado que el 85% de la morbilidad fetal es resultado de la prematuridad⁴².

B. FACTORES DE RIESGO FETALES:

➤ **Embarazos múltiples:**

El 60% de embarazos gemelares nacen pretérmino, dobles 50%, triples 76%, cuádruples 90%⁴².

El mecanismo de trabajo de parto prematuro en gestaciones múltiples, puede estar relacionado con la distensión uterina, aumento del volumen intrauterino, o complicaciones relacionadas tales como la incompetencia cervical. Sin embargo, también pueden ser causas específicas relacionadas con el medio ambiente endocrino producido por súper ovulación o el embarazo múltiple. Como ejemplo, en las gestaciones

múltiples se produce una cantidad proporcionalmente mayor de estrógeno, progesterona, y esteroides sexuales en comparación con embarazos únicos. El aumento de la producción de esteroides en embarazos múltiples puede desempeñar un papel en la iniciación del parto prematuro. En particular, el aumento de los niveles circulantes de relaxina asociados con la superovulación puede causar insuficiencia cervical, con posterior parto prematuro⁴³.

C. FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS

Un informe de ensayo aleatorizado concluyó poca o ninguna asociación entre el empleo y el parto pretérmino o ejercicio y parto pretérmino⁴⁴ y algunos incluso reportan una reducción en el riesgo de parto prematuro con el aumento del tiempo dedicado a actividades de ocio moderadas Este beneficio se produjo en las mujeres que hacían ejercicio en el tercer trimestre⁴⁴.

2.2.2. PARTO PRETERMINO:

A. Definición

La Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) definen el parto pretérmino o prematuro al que se produce entre las semanas 22 y 37 de gestación, es decir, entre 154 y 258 días. Las 22 semanas completas de gestación equivalen a fetos con 500 g de peso⁴⁵.

B. Etiopatogenia

El parto pretérmino tiene causa multifactorial. Diferentes estudios señalan que un factor causal puede encontrarse de un 40 a 50 % de los casos de parto pretérmino y que no es posible encontrar causa definidas en el resto de los casos.⁴⁶ Aproximadamente el 70% de los partos prematuros se producen espontáneamente como producto del trabajo de parto pretérmino (45%) o asociada a ruptura prematura de membranas (RPM, 25 %), la intervención médica debida a problemas de la madre o del feto suman el restante 30 %.

Muchos factores de riesgo han sido asociados con parto pretérmino espontáneo⁴⁵.

Las evidencias clínicas y de laboratorio sugieren que un número de procesos patógenos puede conducir a una vía final común que resulta en parto pretérmino espontáneo. Los cuatro procesos principales son: ⁴⁸

- La activación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HPA) de la madre o del feto⁴⁹.
- Respuesta inflamatoria exagerada / infección⁴⁸.
- Hemorragia decidua⁵⁰.
- Distensión uterina patológica⁵⁰.

Estos procesos pueden iniciarse mucho antes de que el parto pretérmino o rotura prematura de membranas sean diagnosticados clínicamente ⁵¹.

C. Cuadro Clínico:

Los síntomas de un parto prematuro espontáneo inminente señalan a un probable parto prematuro; tales signos se componen de cuatro o más contracciones uterinas en una hora desde la semana 22 y antes de las 37 semanas de gestación. En contraste con las falsas alarmas, los partos verdaderos se acompañan de acortamiento del cuello del útero y borramiento del mismo. Además, se caracteriza por sangrado vaginal en el tercer trimestre, una fuerte presión en

la pelvis, y/o dolor abdominal o de espalda los cuales pueden ser indicadores de que un parto prematuro está a punto de ocurrir ⁵².

Un flujo acuoso por la vagina puede indicar la rotura prematura de las membranas que rodean al bebé. Si bien la ruptura de las membranas no siempre va seguida por un trabajo de parto, por lo general, pueden causar infección conocida como corioamnionitis, que es una amenaza real tanto para el feto como para la madre, por lo que se indica el parto. En algunos casos, el cuello uterino se dilata prematuramente sin dolor o sin la percepción de las contracciones uterinas, por lo que la madre puede no tener señales de advertencia hasta que sea muy tarde en el proceso del parto⁵⁵.

D. Diagnóstico:

El diagnóstico de trabajo de parto prematuro se basa en la presencia de dinámica uterina y de modificaciones cervicales ⁵⁵.

El diagnóstico de trabajo de parto prematuro es fundamental y es el factor que más dificulta la evaluación de resultados con diferentes protocolos terapéuticos. Esto es, porque no existe, en primer lugar, consenso en la definición. En segundo lugar, tampoco existe acuerdo en las diferentes publicaciones en relación a lo que debe llamarse éxito terapéutico (algunos autores usan prolongar la gestación en 24 horas, otros 48 horas, 7 días, llegar a las 34 o 36 semanas, alcanzar las 37 semanas, alcanzar un peso neonatal de 2500 gr, reducir la morbilidad perinatal). Finalmente, la mayor parte de los estudios muestra que el embarazo se mantiene más allá del período de observación, o se frena espontáneamente, en el 50% de los casos tratados sólo con placebo, lo que hace muy difícil demostrar beneficios con cualquier terapia. De hecho, hasta ahora no se ha modificado la incidencia de parto prematuro a pesar del uso masivo y universal de agentes tocolíticos ⁵⁴.

Existe otra consideración que aquí debemos plantear. El criterio combinado de contracciones uterinas y modificaciones cervicales puede parecer claro, pero existen, sin embargo, dos situaciones que no lo son: ⁵⁵ a)

contracciones uterinas persistentes sin modificaciones cervicales concomitantes. Esta situación obliga a considerar como opción diagnóstica la presencia de una infección intraamniótica, coito reciente, uso de drogas ilícitas y/o stress materno; b) presencia de modificaciones cervicales en ausencia de actividad uterina detectable. Este hallazgo obliga a consideraciones especiales en su manejo, dado que aumentaría el riesgo de una infección intraamniótica y parto prematuro consiguiente, debido a la exposición de las membranas ovulares a la flora vaginal.

E. Tratamiento:

La observación hospitalizada de la paciente, el reposo en cama y la hidratación parenteral con soluciones cristaloides son medidas generales de fundamental importancia, porque permiten establecer con seguridad el diagnóstico de trabajo de parto prematuro. Esto evita la administración de medidas y drogas no exentas de efectos adversos en condiciones que no se asociarán a mejoría del pronóstico perinatal:⁵⁶

- Reposo cama (en decúbito lateral izquierdo). En embarazos gemelares se ha descrito ganancia

significativa de peso al nacer, cuando se comparan RN de EG similares, lo que probablemente tendría relación con un aumento en la perfusión uterina. Esto es importante, porque la mortalidad perinatal (MPN) disminuye en función de dos factores principales: EG y peso al nacer. Debe hacerse mención aquí que, excepto en casos muy justificados, en pacientes con EG mayor de 36 semanas en las cuales no hay respuesta con el reposo, debe considerarse la resolución del parto y la no utilización de tocolisis.

- Evaluación materna y fetal. Es fundamental precisar el estado de salud materno, así como la detección de condiciones sistémicas que condicionen la necesidad de un tratamiento o manejo específico. De particular importancia es descartar la existencia de condiciones que contraindiquen la prolongación de la gestación o el uso de tocolíticos habituales.

Respecto del feto debe asegurarse su vitalidad, su grado de bienestar (crecimiento y oxigenación), así como la presencia de malformaciones que limiten severamente su sobrevivencia extrauterina.

- Sedación. Cuando es necesario el reposo en cama u hospitalización prolongada debe reconocerse el significativo stress que ello implica para estas pacientes que permanecen alejadas de su familia, casa, trabajo y vida habitual, por lo cual esta terapia tiene un rol en algunas pacientes.
- Hidratación (con solución salina o Ringer Lactato). Permite distinguir a aquellas pacientes que se beneficiarían de usar tocolíticos. Existe, además, un posible efecto terapéutico de la hidratación por suprimir los niveles elevados de arginina-vasopresina. Debe vigilarse cuidadosamente el balance hídrico. La velocidad de infusión no debe ser mayor de 200 cc/hora.
- Exámenes de laboratorio: hemograma y velocidad de sedimentación, uremia y glicemia, sedimento de orina y urocultivo, cultivos cérvicovaginales, frotis vaginal para descartar vaginosis, VDRL, electrolitograma plasmático, electrocardiograma. Considerar la determinación de otros exámenes en función de la situación materna, tales como tamizaje para drogas ilícitas en pacientes con factores de riesgo epidemiológico.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

2.3.1. Parto pretérmino:

Es definido por la edad gestacional como un subrogado de la madurez. Es todo parto que ocurra antes de la semana 37 o antes de los 259 días post concepcionales⁵⁸.

No se debe aproximar hacia arriba. El paciente que tiene 36 semanas y 6/7 días es un prematuro menor de 37 semanas. A su vez la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado a los niños prematuros de acuerdo con su edad gestacional en: ⁵⁹

- a) Prematuro general: < 37 semanas.
- b) Prematuro tardío: de la semana 34 con 0/7 días a la semana 36 con 6/7días.
- c) Muy prematuro: aquellos nacidos antes de las 32 semanas.
- d) Extremadamente prematuro: menores de 28 semanas.

2.3.2. Periodo Intergenésico:

Se define como el tiempo entre las fechas de dos nacimientos vivos sucesivos o consecutivos menos la edad gestacional del neonato más reciente ⁵⁹.

2.3.3. Embarazo:

Es la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto. En el ser humano la duración media es de 269 días (cerca de diez meses lunares o nueve meses calendario) ⁵⁹.

2.3.4. Asociación:

Es la creación de una relación de objetos, circunstancias o ideas para el logro de un mismo fin⁵⁹.

2.3.5. Factor:

Elemento o circunstancia que contribuye, junto con otras cosas, a producir un resultado ⁵⁹.

2.3.6. Riesgo:

Es la vulnerabilidad ante un potencial perjuicio o daño para las unidades, personas, organizaciones o entidades. Cuanto mayor es la vulnerabilidad mayor es el riesgo, pero cuanto más factible es el perjuicio o daño, mayor es el peligro ⁵.

2.3.7. Nivel educativo:

Es cada uno de los tramos en que se estructura el sistema educativo formal. Se corresponden con las necesidades individuales de las etapas del proceso psico-físico-evolutivo articulado con el desarrollo psico-físico social y cultural. Los niveles de educación son: inicial, educación general básica, polimodal y superior no universitario ⁶¹.

2.3.8. Estado civil:

Es su situación jurídica en la familia y la sociedad, determina su capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones, es indivisible, indisponible e imprescriptible, y su asignación corresponde a la ley ⁶².

2.3.9. Ocupación:

Labor que desempeña un individuo para obtener un beneficio personal ⁵⁹

2.3.10. Número de gestaciones:

Cantidad de gestaciones, sean estas, embarazos o abortos que ha presentado la adolescente ⁵⁹.

2.3.11. Procedencia:

Origen, el comienzo que ostenta algo, un objeto, una persona y del cual entonces procede ⁶².

CAPÍTULO III

METODOLÓGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo analítico de casos y controles, retrospectivo y de corte transversal.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se trata de una investigación no experimental ya que se realizó sin manipular deliberadamente variables.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

3.3.1. Población

La población de estudio estuvo constituida por todas las pacientes cuya gestación culminó en parto de recién nacido vivo pretérmino, tal cifra es de 425, en el Hospital Hipólito Unanue Tacna en el periodo enero 2014-diciembre 2015.

3.3.2. Muestra

Está constituida por 200 gestantes con parto pretérmino de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión en el Hospital Hipólito Unanue Tacna en el período de enero 2014-diciembre 2015.

La muestra, fue determinada por muestreo aleatorio simple, mediante la siguiente fórmula:

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

Donde n= muestra; N= tamaño de la población; z: 1,74;
p=0,6; q=1-p=0,6; d=0.05

$$n = \frac{417 \times 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{0.05^2 \times (417 - 1) + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5} = 200$$

Casos:

Criterios de inclusión:

- Mujeres cuya gestación haya concluido entre las 22 a 36 semanas con 6 días determinada por el método de Capurro en el examen físico del neonato.
- Recién nacido vivo.

Criterios de exclusión:

- Muerte fetal intrauterina.
- Historia clínica incompleta.
- Malformaciones fetales mayores.
- Gestantes atendidas en otros puestos de salud, centros de salud u hospitales.

Controles:

Criterios de inclusión:

- Mujeres cuya gestación haya concluido entre las 37 a 40 semanas con 6 días determinada por el método de Capurro en el examen físico del neonato.
- Recién nacido vivo.

Criterios de exclusión:

- Muerte fetal intrauterina.
- Historia clínica incompleta.

- Malformaciones fetales mayores.
- Gestantes atendidas en otros puestos de salud, centros de salud u hospitales.

3.4. VARIABLES DE ESTUDIO

A. Parto pretérmino

- Definición conceptual: Es todo parto que ocurra antes de la semana 37 o antes de los 259 días post concepcionales.⁶³
- Definición operacional: Se consideró según la edad gestacional al momento del parto. Siendo registrada como SI/NO.

B. Factores de riesgo

- Definición conceptual: Característica congénita, hereditaria o derivada de una exposición o de hábito de vida, que se asocia a la aparición de una enfermedad.⁶⁶
- Definición operacional: Se consideró los siguientes factores:

Factores maternos:

- **Edad materna:** Tiempo transcurrido desde el nacimiento materno.
- **Talla materna:** Medida de la estatura del cuerpo humano desde los pies hasta el techo de la bóveda del cráneo.
- **Paridad:** Número de partos previos al estudio.

- **Antecedente de parto prematuro:** Antecedente de parto antes de la semana 37 de gestación.
- **Periodo Intergenésico:** Periodo comprendido entre la culminación de la gestación anterior y el inicio de la actual.
- **Infección del tracto urinario:** Colonización por del tracto urinario por bacterias uro patógenas.
- **Ganancia de peso materno:** Diferencia entre el peso pre concepcional y al culminar la gestación.
- **Preeclampsia:** Enfermedad sistémica única de la gestación que se producida en el tercer trimestre y que se caracteriza por la aparición de hipertensión, edemas y proteinuria, determinada por criterios diagnósticos establecidos por rango de PA \geq 140/70 mmHg y proteinuria \geq 3 g/24 h.
- **Placenta previa:** Inserción de la placenta en el canal del parto.
- **Ruptura prematura de membranas:** Ruptura espontánea de la bolsa amniótica antes del comienzo del parto.
- **Antecedente de aborto:** Presencia del antecedente en la gestante atendida en el establecimiento de salud en el periodo de estudio.
- **Anemia materna:** Hemoglobina menor a 11 mg% de la gestante que ingresará al estudio

- **Hábitos nocivos:** Presencia del antecedente en la gestante atendida en el establecimiento de salud en el periodo de estudio.
- **Enfermedades sistémicas previas:** Presencia del antecedente en la gestante atendida en el establecimiento de salud en el periodo de estudio.
- **Control Prenatal:** Número de controles realizado en el establecimiento de salud.

Factores fetales:

- **Embarazo gemelar:** Embarazo en el que se desarrollan simultáneamente dos o más fetos.

Factores sociodemográfico:

- **Estado civil:** Situación de la persona natural determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.
- **Nivel de instrucción:** Grado más elevado de estudios realizados o en curso.
- **Ocupación:** Trabajo realizado en virtud de un acuerdo formal o de hecho.

3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

GRUPO VARIABLE	VARIABLE		TIPO DE VARIABLE	INDICADORES	NIVEL DE MEDICION
DEPENDIENTE	PARTO PRETERMINO		Cualitativa	22-36 semanas, 6 días	Nominal
I N D E P E N D I E N T E S	Factores maternos	Edad materna	Cuantitativa continua	≤18 años 18-34 años >34 años	De intervalo
		Talla materna	Cuantitativa Continua	≥ 1.60m 1.45-1.60m ≤ 1.45m	De intervalo
		Paridad	Cuantitativa Discreta	0 1-2 3 a más	Razón
		Antecedente de parto prematuro	Cualitativa Dicotómica	SI - NO	Nominal
		Periodo Intergenésico	Cuantitativa Continua	≤ 2 años 2-4 años ≥ 4 años	Razón
		Infección del tracto urinario	Cualitativa dicotómica	SI- NO	Nominal
		Ganancia de peso materno	Cuantitativa Politómica	> 12 Kg 8–12 kg < 8 Kg	De intervalo
		Preeclampsia	Cualitativa dicotómica	SI- NO	Nominal
		Placenta previa	Cualitativa dicotómica	SÍ-NO	Nominal
		Ruptura prematura de membranas	Cualitativa dicotómica	SI-NO	Nominal
		Anemia	Cualitativa dicotómica	SÍ-NO	Nominal
		Antecedente de aborto	Cualitativa dicotómica	SÍ-NO	Nominal
		Hábitos nocivos	cualitativa	Alcohol Drogas Tabaco	Nominal

		Enfermedades sistémicas previas	cualitativa	Ninguno Diabetes HTA Cardiopatía Nefropatía	Nominal
		IMC	Cuantitativa	Bajo peso Peso normal Sobrepeso obesidad	Ordinal
		Atención prenatal	cuantitativa	Inadecuado adecuado	nominal
	Factores fetales	Embarazo gemelar	Cualitativa dicotómica	SI- NO	Nominal
	D E M O G R Á F I C O S	Estado civil	Cualitativa Politómica	Soltera Conviviente Casada	Nominal
		Nivel de instrucción	Cualitativa politómica	Primaria. Secundaria. Superior no universitaria. Superior universitaria.	Ordinal
		Ocupación	Cualitativa Politómica	Ama de casa Agricultora Comerciante Profesional otro	Nominal

3.6. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.6.1. Técnicas de Recolección de datos

Para la realización de esta investigación se coordinó con el Área de apoyo a la docencia e investigación del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, a fin de obtener autorización para el acceso a las Historias clínicas.

Para obtener los números de historias clínicas de las pacientes se utilizó el filtro de variables del Sistema Informático Perinatal (SIP 2000) de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, posteriormente se realizó la revisión de las historias clínicas seleccionadas mediante la ficha de recolección de datos, organizando los casos y controles.

3.6.2. Instrumentos de Recolección de Datos

Los datos fueron consignados a una ficha clínica que se confeccionó para efectos de este estudio, que incluye las variables determinadas. (Anexo 1).

El cual permitió obtener respuestas sobre el problema en estudio, tuvo como objetivo obtener información acerca de las variables como factores de riesgo asociado a parto pretérmino.

El instrumento estuvo constituido por datos de factores sociodemográfico, factores maternos y factores fetales.

3.7. PROCESAMIENTO E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Las tareas de procesamiento y análisis de los datos comprendieron las siguientes actividades:

- Se descargó la información (data) al programa SPSS versión 20.
- Se categorizó las variables.
- Se verificó que la data estuviera completa y sin errores.
- Para interpretar los datos se utilizó: medidas estadísticas descriptivas y análisis exploratorio de datos (Chi cuadrado).
- Se procedió a analizar los datos según la frecuencia de las variables.
- A fin de establecer la relación de las variables en estudio y la prueba estadística para establecer la comparación de los datos y determinar el ODDS ratio. Para el análisis respectivo se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20. El nivel de confiabilidad fue del 95%.
- Para la presentación de datos y resultados se realizó cuadros de tabulación correspondientes a los datos obtenidos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

TABLA 1

EDAD MATERNA COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A PARTO
PRETÉRMINO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2014 – 2015.

EDAD	CASOS		CONTROLES		OR	IC	
< 18 años	9	4,5%	11	5,5%	0,81	0,33	2.00
18 - 34 años	147	73,5%	152	76,0%	0,88	0,56	1,38
> 34 años	44	22,0%	37	18,5%	1,24	0,76	2,03
Total	200	100,0%	200	100,0%			

Fuente: Historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 1 se observa que en ambos grupos el mayor porcentaje se presentó entre las edades de 18 a 34 años, representando 73,5% de los casos y 76% de los controles. Luego del análisis estadístico se demuestra que ninguna de las categorías presenta asociación significativa con la ocurrencia de parto pretérmino.

TABLA 2

TALLA MATERNA COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A PARTO PRETÉRMINO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2014 – 2015.

TALLA MATERNA	CASOS		CONTROLES		OR	IC	
< 1,45 cm	6	3,0%	11	5,5%	0,53	0,19	1,47
1,45 – 1,60 cm	150	75,0%	164	82,0%	0,66	0,41	1,07
> 1,60 cm	44	22,0%	25	12,5%	1,97	1,16	3,38
Total	200	100,0%	200	100,0%			

Fuente: Historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 2 se observa que el 75% de los casos y un 82% de los controles tuvieron una talla materna entre el rango 1,45 – 1,60 cm, respectivamente. El 3% de los casos estuvieron en el rango de menor de 1,45 cm. El 22% de los casos estuvieron en el rango de mayor de 1,60cm, a diferencia del 12,5% de los controles. Luego del análisis estadístico se determina que la talla materna que presenta asociación estadística significativa corresponde a la de mayor de 1,60cm, con un OR: 1,97; (IC: 1,16-3,38).

TABLA 3

ANTECEDENTE DE PARIDAD COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A PARTO PRETÉRMINO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2014 – 2015.

ANTECEDENTE DE PARIDAD	CASOS		CONTROLES		OR	IC	
0	85	42,5%	95	47,5%	0,82	0,55	1,21
1 - 2	86	43,0%	86	43,0%	1,00	0,67	1,49
3 a más	29	14,5%	19	9,5%	1,62	0,87	2,99
Total	200	100,0%	200	100,0%			

Fuente: Historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 3 se observa la distribución por antecedente de paridad materna, la cual no difiere significativamente entre las pacientes nulíparas y aquellas con antecedente de 1 a 2 partos tanto en el grupo de casos como en el de controles. Las pacientes con antecedente de 2 partos o menos, representan el 85,5 % y 90,5% en el grupo de casos y controles, respectivamente. Luego del análisis estadístico no se determinó asociación significativa entre el número de partos previos y la ocurrencia de parto pretérmino.

TABLA 4

PERIODO INTERGENÉSICO COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A PARTO PRETÉRMINO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2014 – 2015.

PERIODO INTERGENÉSICO	CASOS		CONTROLES		OR	IC	
< = 2 años	91	45,5%	51	25,5%	2,44	1,56	3,72
2 a 4 años	80	40,0%	102	51,0%	0,69	0,47	1,03
> = 4 años	29	14,5%	47	23,5%	0,55	0,33	0,92
Total	200	100,0%	200	100,0%			

Fuente: Historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 4 se observa que el 45,5% de los casos tuvieron un periodo intergenésico corto, es decir, menor de dos años, a diferencia de sólo un 25,5 % de los controles. Además el 40,0% de los casos tuvieron un período Intergenésico adecuado, entre 2 y 4 años, a diferencia de un 51,0 % de los controles. En ambos grupos, el período Intergenésico largo, mayor de 4 años, no supera el 50 %. Luego del análisis estadístico se determinó que el período Intergenésico corto presenta asociación significativa con la ocurrencia de parto pretérmino OR: 2,44, IC (1,56 – 3,72).

TABLA 5

ÍNDICE DE MASA CORPORAL COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO AL PARTO PRETÉRMINO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2014 – 2015.

ÍNDICE DE MASA CORPORAL	CASOS		CONTROLES		OR	IC	
BAJO < 19	8	4,0%	5	2,5%	1,63	0,52	5,06
ADECUADO 19 a 24	82	41,0%	82	41,0%	1,00	0,67	1,49
SOBREPESO > = 25	59	29,5%	75	37,5%	0,70	0,46	1,06
OBESIDAD > 30	51	25,5%	38	19,0%	1,46	0,91	2,35
Total	200	100,0%	200	100,0%			

Fuente: Historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 5 se observa la distribución por índice de masa corporal, donde evidenciamos que presentan IMC Normal el 41% y 41% en el grupo de casos y controles, respectivamente. Respecto a la IMC Sobrepeso, es de 29,5% y 37,5% en casos y controles, respectivamente. Respecto a la IMC Obesidad, es de 25,5% y 19% en casos y controles, respectivamente. En ambos grupos el IMC Bajo representa el 6,5%. Luego del análisis estadístico se demuestra que el índice de masa corporal no presenta asociación significativa con la ocurrencia de parto pretérmino.

TABLA 6

GANANCIA DE PESO MATERNO COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A PARTO PRETÉRMINO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2014 – 2015.

GANANCIA DE PESO MATERNO	CASOS		CONTROLES		OR	IC	
> 12 Kg	37	18,5%	39	19,5%	0,94	0,57	1,55
8 - 12 Kg	108	54,0%	93	46,5%	1,35	0,91	2,00
< 8 Kg	55	27,5%	68	34,0%	0,74	0,48	1,13
Total	200	100,0%	200	100,0%			

Fuente: Historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 6 se observa la distribución por ganancia de peso materno, donde evidenciamos que presentan ganancia de peso adecuado el 54% y 46,5% en el grupo de casos y controles, respectivamente. En ambos grupos la ganancia de peso deficiente estuvo representa el 61,5%. Respecto a la ganancia de peso mayor de 12 Kg, es de 18,5% y 19,3% en casos y controles, respectivamente. Luego del análisis estadístico se demuestra que la ganancia de peso materno no presenta asociación significativa con la ocurrencia de parto pretérmino.

TABLA 7

ENFERMEDADES SISTEMICAS PREVIAS AL EMBARAZO COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A PARTO PRETÉRMINO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2014 – 2015.

ENFERMEDADES SISTEMATICAS PREVIA	CASOS		CONTROLES		OR	IC	
Si	3	1,5%	2	1,0%	1,51	0,25	9,12
No	197	98,5%	198	99,0%	-	-	-
Total	200	100,0%	200	100,0%			

Fuente: Historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 7 se muestra que la distribución por enfermedades sistémicas previas durante el embarazo actual, el cual estuvo presente en el 1,0 % de los casos y 1,0% de los controles. Tras el análisis de los datos se evidencia que esta variable no presenta asociación significativa con el parto pretérmino.

TABLA 8

HÁBITOS NOCIVOS DURANTE EL EMBARAZO COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A PARTO PRETÉRMINO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2014 – 2015.

HÁBITOS NOCIVOS	CASOS		CONTROLES		OR			IC		
SI	2	1,0%	0	0,0%	-	-	-	-	-	-
NO	198	99,0%	200	100,0%	-	-	-	-	-	-
Total	200	100,0%	200	100,0%						

Fuente: Historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 8 se muestra que la distribución por hábitos nocivos durante el embarazo actual, el cual estuvo presente en el 1,0 % de los casos y 0,0% de los controles. Tras el análisis de los datos se evidencia que esta variable no presenta asociación significativa con el parto pretérmino.

TABLA 9

ATENCIÓN PRENATAL DURANTE EL EMBARAZO COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A PARTO PRETÉRMINO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2014 – 2015.

ATENCIÓN PRENATAL	CASOS		CONTROLES		OR	IC	
Inadecuado	130	65,0%	90	45,0%	2,27	1,52	3,40
Adecuado	70	35,0%	110	55,0%	-	-	-
Total	200	100,0%	200	100,0%			

Fuente: Historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 9 se observa que un 65,0% de los casos tuvo atención prenatal inadecuada y el 45,0 % de los controles tuvieron atención prenatal adecuada. Tras el análisis de los datos se evidencia que esta variable presenta asociación estadística con la ocurrencia de parto pretérmino, con un OR: 2,27; (IC: 1,52 – 3,40).

TABLA 10

ANTECEDENTE DE ABORTO COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A PARTO PRETÉRMINO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2014 – 2015.

ANTECEDENTE DE ABORTO	CASOS		CONTROLES		OR	IC	
	N	%	N	%		IC 95% (inferior)	IC 95% (superior)
Si	3	1,5%	2	1,0%	1,51	0,25	9,12
No	197	98,5%	198	99,0%	-	-	-
Total	200	100,0%	200	100,0%			

Fuente: Historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 10 se observa que un 1,5% de los casos presentaron antecedente de aborto y el 1,0 % de los controles. Tras el análisis de los datos se evidencia que esta variable no presenta asociación significativa con el parto pretérmino.

TABLA 11

ANTECEDENTE DE PARTO PREMATURO COMO FACTOR DE RIESGO
ASOCIADO A PARTO PRETÉRMINO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2014 –
2015.

ANTECEDENTE DE PARTO PRETERMINO	CASOS		CONTROLES		OR	IC	
	Casos	%	Controles	%		IC inferior	IC superior
Si	18	9,0%	4	2,0%	4,85	1,61	14,59
No	182	91,0%	196	98,0%	-	-	-
Total	200	100,0%	200	100,0%			

Fuente: Historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 11 se observa que un 9,0% de los casos presentaron antecedente de parto pretérmino, a diferencia de sólo un 4 % de los controles. Tras el análisis estadístico se evidencia que el antecedente de parto pretérmino presenta asociación significativa con la ocurrencia de un nuevo parto pretérmino con un OR: 4,85; IC (1,61 – 14,59).

TABLA 12

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO COMO FACTOR DE RIESGO
ASOCIADO A PARTO PRETÉRMINO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2014 –
2015.

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO	CASOS		CONTROLES		OR	IC	
	Nº	%	Nº	%		IC inferior	IC superior
Si	80	40,0%	19	9,5%	6,35	3,66	11,02
No	120	60,0%	181	90,5%	-	-	-
Total	200	100,0%	200	100,0%			

Fuente: Historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 12 se observa que el diagnóstico de Infección del Tracto Urinario estuvo presente en el 40% de los casos y 9,5% de los controles. Se muestra que esta variable presenta asociación estadística con la ocurrencia de parto pretérmino, con un OR: 6,35; (IC: 3,66 – 11,02).

TABLA 13

PREECLAMPSIA COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A PARTO
PRETÉRMINO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2014 – 2015.

PREECLAMPSIA	CASOS		CONTROLES		OR	IC	
Si	20	10%	8	4,0%	2,67	1,15	6,21
No	180	90%	192	96,0%	-	-	-
Total	200	100,0%	200	100,0%			

Fuente: Historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 13 se observa que el diagnóstico de preeclampsia durante el embarazo se presentó en el 10% de los casos y 4,0 % de los controles; luego del análisis de los datos se demuestra que esta variable presenta asociación estadística con el parto pretérmino, OR: 2,67; (IC: 1,15 – 6,21).

TABLA 14

PLACENTA PREVIA COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A PARTO
PRETÉRMINO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2014 – 2015.

PLACENTA PREVIA	CASOS		CONTROLES		OR	IC	
Si	0	0,0%	0	0,0%	-	-	-
No	200	100,0%	200	100,0%	-	-	-
Total	200	100,0%	200	100,0%			

Fuente: Historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 14 se muestra que la distribución por diagnóstico de placenta previa durante el embarazo actual, el cual estuvo presente en el 0,0 % de los casos y 0,0% de los controles. Tras el análisis de los datos se evidencia que esta variable no presenta asociación significativa con el parto pretérmino.

TABLA 15

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A PARTO PRETÉRMINO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2014 – 2015.

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	CASOS		CONTROLES		OR	IC	
Si	48	24,0%	3	1,5%	20,74	6,34	67,85
No	152	76,0%	197	98,5%	-	-	-
Total	200	100,0%	200	100,0%			

Fuente: Historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 15 se muestra la distribución por diagnóstico de ruptura prematura de membranas, el cual estuvo presente en el 24% de los casos presenta asociación significativa con parto pretérmino. OR: 20,74; (IC: 6,34– 67, 85).

TABLA 16

ANEMIA DURANTE EL EMBARAZO COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A PARTO PRETÉRMINO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2014 – 2015.

ANEMIA	CASOS		CONTROLES		OR	IC	
Si	43	21,5%	33	16,5%	1,39	0,84	2,29
No	157	78,5%	167	83,5%			
Total	200	100,0%	200	100,0%			

Fuente: Historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 16 se muestra que la distribución por diagnóstico de anemia durante el embarazo actual, el cual estuvo presente en el 21,5 % de los casos y 16,5% de los controles. Tras el análisis de los datos se evidencia que esta variable no presenta asociación significativa con el parto pretérmino.

TABLA 17

EMBARAZO GEMELAR COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A PARTO
PRETÉRMINO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2014 – 2015.

EMBARAZO GEMELAR	CASOS		CONTROLES		OR	IC	
Si	60	30,0%	0	0,0%	2,43	2,14	2,76
No	140	70,0%	200	100,0%	-	-	-
Total	200	100,0%	200	100,0%			

Fuente: Historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 17 se muestra la distribución de pacientes de acuerdo a la presencia de embarazo gemelar durante la gestación en estudio, observándose que éste se presentó en el 30% de los casos y 0,0% de los controles. Se muestra que esta variable presenta asociación estadística con la ocurrencia de parto pretérmino, con un OR: 2,43; (IC: 2,14 – 2,76).

TABLA 18

ESTADO CIVIL COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO AL PARTO
PRETÉRMINO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2014 – 2015.

ESTADO CIVIL	CASOS		CONTROLES		OR	IC	
Soltera	28	14,0%	33	16,5%	0,82	0,48	1,42
Conviviente	150	75,0%	144	72,0%	1,02	0,65	1,61
Casada	22	11,0%	23	11,5%	0,95	0,51	1,77
Total	200	100,0%	200	100,0%			

Fuente: Historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 18 se observa la distribución de casos y controles por estado civil. El 75% de los casos fueron pacientes convivientes, por otro lado un 25% de los casos fueron casados o solteros, a comparación del grupo control donde estas categorías representaron un 27%. Luego del análisis estadístico se demostró que el estado civil no presenta una asociación estadística con el parto pretérmino, con un OR: 1,02, (IC: 0,65-1,61)

TABLA 19

NIVEL DE INSTRUCCIÓN COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO AL PARTO PRETÉRMINO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2014 – 2015.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	CASOS		CONTROLES		OR	IC	
Primaria	11	5,5%	17	8,5%	0,63	0,29	1,37
Secundaria	136	68,0%	141	70,5%	0,89	0,58	1,36
Superior no universitaria	35	17,5%	25	12,5%	1,49	0,85	2,59
Superior universitaria	18	9,0%	17	8,5%	1,07	0,53	2,13
Total	200	100,0%	200	100,0%			

Fuente: Historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 19 se observa que ambos grupos el mayor porcentaje se registró en el nivel de instrucción secundaria, representando 68% de los casos y 70,5% de los controles. Luego del análisis estadístico se demuestra que ninguna de las categorías presenta asociación significativa con la ocurrencia de parto pretérmino.

TABLA 20

OCUPACIÓN COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A PARTO
PRETÉRMINO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2014 – 2015.

OCUPACION	CASOS		CONTROLES		OR	IC	
Ama de casa	138	69,0%	131	65,5%	1,17	0,77	1,78
Agricultora	2	1,0%	6	3,0%	0,33	0,07	1,64
Comerciante	26	13,0%	14	7,0%	1,99	1,00	3,93
Profesional	8	4,0%	10	5,0%	0,79	0,31	2,05
Otro	26	13,0%	39	19,5%	0,62	0,36	1,056
Total	200	100,0%	200	100,0%			

Fuente: Historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 20 se observa que el 69% de los casos y un 65,5% de los controles tuvieron como ocupación ama de casa, respectivamente. El 1% de los casos tuvieron una ocupación agricultora. El 13% de los casos fueron comerciantes, a diferencia del 7% de los controles. Luego del análisis estadístico se determina que la ocupación materna que presenta asociación estadística significativa corresponde a la de comerciante, con un OR: 1,99; (IC: 1,00-3,93).

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, de enero del 2014 a diciembre del 2015, para determinar los factores asociados al parto pretérmino.

Los factores asociados con parto pretérmino determinados en el presente estudio fueron la talla materna mayor de 1,60 cm (OR: 1,97), periodo intergenésico menor de 2 años (OR: 2,44), control prenatal inadecuado (OR: 2,27), antecedente de parto pretérmino (OR: 4,85), infección del tracto urinario (OR: 6,35), embarazo gemelar (OR: 2,43), diagnóstico de preeclampsia (OR: 2,67), ruptura prematura de membranas (OR: 20,74), y ocupación de comerciante (OR: 1,99). En nuestra investigación no se hallaron factores protectores entre las variables estudiadas.

Durante el periodo de estudio se registraron 7216 partos, de los cuales 425 fueron pretérminos lo que revela que la incidencia de parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo en estudio fue de 5%, cifra que es inferior a la reportada en estudios de otros países o nacionales, donde este porcentaje varía entre 6 a 10%³.

El cual estaría relacionado con la calidad de la salud en Tacna, reflejada por los indicadores de salud de la región de Tacna, que superan el promedio nacional, además de la alta tasa de partos institucionalizados, lo que posibilita a su vez el adecuado registro de la información; es de notar, sin embargo que el presente estudio se realizó a partir de la información de pacientes del Hospital Regional, lo que no incluye a aquellas cuyo parto fue atendido en los Centros de Salud.

En comparación con diversos estudios nacionales e internacionales en el que encuentran relación significativa entre la edad de la gestante y la ocurrencia del parto pretérmino; para el presente estudio entra en desacuerdo con los estudios realizados por: Parra³⁴ y Huaroto et y al.³³, en el que observan que la mayor relación del parto pretérmino con la edad de la gestante, son aquellas edades “extremas”, como las menores de 18 años, encontrando una relación significativa. Es por esto que concordamos con lo observado en los estudios de Saavedra³³ y Taboada³¹ quienes encuentran que la mayor proporción de gestantes con parto pretérmino oscila entre la edad materna de 18 a 34 años. Para el presente estudio se dio que, tanto para el grupo de Casos, como para el grupo de estudio Control, que la mayor proporción de gestantes con parto pretérmino son aquellas con edad entre los 18 a 34 años, quienes no

representan una edad de riesgo sino más bien la edad adecuada de embarazo.

Respecto a la talla materna encontramos que más de la mitad de las pacientes en ambos grupos presentaron una talla materna mediana, definido como aquél comprendido entre 1,45cm a 160 cm; por otro lado se encontró que la frecuencia de la talla materna alta en el grupo de casos duplica aproximadamente la del grupo control. Tras el análisis estadístico determinamos que la talla materna alta, demostró asociación estadística en nuestro estudio, con un OR: 1,97.; lo que concuerda con Hirakata³¹ que demuestra asociación significativa entre estas dos variables pero en relación a talla corta. Sin embargo, dicha asociación podría ser atribuida a otras características sociales o culturales concurrentes, que podrían tener más influencia sobre el parto pretérmino. La asociación entre la talla materna alta y el parto pretérmino, determinada en nuestro estudio, concuerda a su vez, con la falta de sustento fisiopatológico para relacionar la ocurrencia de parto pretérmino desencadenado por esta variable; no encontrándose estudios que sustenten esta relación en las investigaciones publicadas en la literatura. Por lo que se puede inferir que esta característica materna no parece tener relación directa con la etiopatogenia del parto pretérmino y sería, más bien un indicador de otras

variables como la raza, creando asociaciones imprecisas en otros estudios.

El antecedente de paridad materna no demostró tener asociación significativa con el parto pretérmino en nuestro estudio. Encontramos que más del 80% de las pacientes en ambos grupos presentaron dos partos o menos; este hecho puede deberse a las características de la población estudiada, la cual como fue señalado anteriormente está formada en su mayoría por mujeres jóvenes, en el rango de edad entre 18 a 34 años. Es de destacar que la falta de asociación determinada, difiere de lo hallado por Huaroto y et al³³, quien determinó que las pacientes con más de dos partos previos tienen un riesgo de 2 a 3 veces mayor de presentar prematuridad. La asociación encontrada en el mencionado estudio, puede deberse a complicaciones obstétricas y a lesiones del cuello uterino obtenidas en los partos previos, en mujeres de mayor edad que la de nuestra población. Nuestro hallazgo concuerda con el encontrado por Parra³⁶ que concluye que la paridad y el antecedente de infección urinaria durante la gestación actual no se asociaron con parto pretérmino. Asimismo Genes²³ concluye que no encontró una asociación significativa con la paridad previa, el tabaquismo y la rotura prematura de membranas.

Respecto al periodo intergenésico, encontramos que casi más de la mitad de las pacientes en ambos grupos presentaron un período intergenésico adecuado, definido como aquél comprendido entre dos a cuatro años; por otro lado se encontró que la frecuencia del período intergenésico corto en el grupo de casos duplica aproximadamente la del grupo control. Tras el análisis estadístico determinamos que el período intergenésico corto, demostró asociación estadística en nuestro estudio, con un OR: 2,44 lo que concuerda con Parra³⁶, en el que dicha asociación estadística podría ser explicada, debido a que la recuperación materna tras los cambios fisiológicos producidos durante el embarazo previo, podría ser incompleta; principalmente las modificaciones uterinas y hormonales, todo lo cual comprometería el desarrollo temprano del nuevo feto, incrementándose el riesgo de parto pretérmino.

En nuestro estudio, se encontró que la ganancia de peso adecuada representó la mayor frecuencia en ambos grupos, sin embargo la diferencia es significativa en cuanto a la ganancia de peso deficiente. La ganancia deficiente de peso materno durante la gestación, hacia el final del embarazo, demostró no tener asociación significativa con parto pretérmino en el presente estudio. Es de destacar que la falta de asociación determinada, difiere de lo hallado por Parra ³⁶ y Díaz et al²² que reportan que la ganancia durante el embarazo < 8kg durante la

gestación actual se asociaron con parto pretérmino. La incidencia de complicaciones durante el embarazo es mayor en ambos extremos de ganancia de peso, produciéndose un incremento en el número de recién nacidos prematuros o pequeños para la edad gestacional entre mujeres con un ganancia de peso inferior a la recomendada.^{66,67} Hecho probablemente atribuible a la inadecuada ingesta alimentaria durante la gestación, que limitaría el desarrollo fetal, produciendo no sólo parto pretérmino, sino patologías fetales como la restricción del crecimiento intrauterino. A su vez, dada la inmunosupresión relativa experimentada por la mujer durante la gestación, sin un adecuado aporte nutricional ésta se enfrentaría a un mayor riesgo de enfermedades infecciosas, principalmente ginecológicas, trayendo consigo malos resultados obstétricos.

En el estudio presente no se encontró relación estadísticamente significativa entre las enfermedades sistémicas previas al embarazo como diabetes, hipertensión arterial crónica, Neumopatía, cardiopatía, nefropatía y entre otras enfermedades en relación a la presentación de parto pretérmino del grupo de estudio, y de la misma manera para nuestro grupo de estudio con parto a término. Concordando de esta manera con el estudio de Taboada³¹ quien tampoco observo, alguna significancia con la presentación de parto pretérmino.

El antecedente de hábitos nocivos no demostró tener asociación significativa en el presente estudio. Nuestro hallazgo concuerda con el encontrado por Taboada²⁷. La ausencia de asociación estadística en nuestro estudio puede deberse a la baja prevalencia de casos en la población en estudio.

En nuestro estudio, la atención prenatal inadecuada, quienes tuvieron menos de seis controles durante su embarazo demostró estar muy asociado al parto pretérmino, resultado que concuerda con lo descrito por Castillo²⁰, Cruz²⁷, Saavedra²⁸, Romero²⁹, Carpio³⁰, Taboada³¹ y Huaroto y et al³³. El embarazo sin atención prenatal constituye motivo de preocupación de salud pública por los efectos adversos que puede tener tanto en la gestante como en el producto de la gestación.

El antecedente de aborto no demostró tener asociación significativa con el parto pretérmino en nuestro estudio. Es de destacar que la falta de asociación determinada, difiere de lo hallado por Taboada³¹ y Díaz y et al.²². La asociación encontrada en el mencionado estudio, puede deberse a complicaciones obstétricas y a lesiones del cuello uterino obtenidas en los abortos previos. Nuestro hallazgo concuerda con el encontrado por Mamani ³⁴ que concluyó que el antecedente de abortos previos no se asoció con parto pretérmino.

Un gran número de estudios sobre factores de riesgo de prematuridad evidencian una clara relación con el antecedente de prematuridad. En nuestros hallazgos evidenciamos una frecuencia tres veces superior entre la presencia de este antecedente en el grupo de casos, en relación al grupo control. Luego de realizar el análisis estadístico, determinamos que en el presente estudio dicho antecedente presenta asociación significativa, con un OR: 4,85; lo que concuerda con Genes²³, Cruz²⁷, Saavedra²⁸, Carpio³⁰, Mamani³⁴ y Parra³⁶. El presente estudio, al igual que la literatura nacional e internacional, coincide en que el antecedente de prematuridad representa un factor de riesgo. Esta relación puede explicarse por la presencia de características diversas, tanto personales de la madre, que podrían comprender desde aspectos conductuales hasta genéticos, así como agentes y determinantes ambientales, todos los cuales en conjunto al persistir y actuar desde el comienzo de la gestación comprometerían los resultados obstétricos en futuras gestaciones.

Diversos autores hacen mención de la asociación entre infección del tracto urinario y parto prematuro. Se sabe que la ITU puede causar irritabilidad uterina y parto pretérmino. Existe evidencia en relación a la producción de citoquinas pro inflamatorias secretadas por los monocitos o macrófagos de la madre y el feto en respuesta a productos bacterianos

(endotoxinas) las cuales pueden producir trabajo de parto. Sin embargo para el estudio presente, se encontró asociación estadísticamente significativa entre el factor de infección del tracto urinario y la presentación de parto pretérmino, a manera de concordancia entre los resultados obtenidos en este estudio con los de Cruz²⁷, Carpio³⁰, Taboada³¹ y Huaroto y et al.³³ Por otra parte los estudios dan un diferente resultado a lo encontrado en nuestros estudios por Saavedra²⁸ y Parra³⁶ quienes suponen que la falta de asociación se debió a la falta de un diagnóstico preciso de ITU.

El nuestro estudio se observó que el diagnóstico de preeclampsia presenta asociación significativa con el parto pretérmino, con un OR: 2.67; dato similar al observado por Genes²³, Romero²⁹, Taboada³¹ y Parra³⁶ en el que respecto a esta patología encontraron una asociación significativa. No se conoce que se hayan realizado muchos estudios sobre la incidencia de la preeclampsia en el parto pre término. Debido a que para el tratamiento de la preeclampsia la edad gestacional es una variable decisiva, la asociación determinada en nuestro estudio puede ser explicada por la progresión de la preeclampsia hacia la gravedad, lo que determinaría la decisión médica de producir la terminación anticipada del embarazo. De otro lado se sabe que la preeclampsia, es una enfermedad sistémica producida por una alteración de la placentación, con la

consecuente formación de vasos que afectan la perfusión placentaria y, por tanto, fetal; por lo que se considera que esta patología tiene lugar en etapas tempranas en el desarrollo fetal, condicionando el curso futuro del embarazo.

El diagnóstico de placenta previa no demostró tener asociación significativa en el presente estudio. Nuestro hallazgo concuerda con el encontrado por Carpio³⁰. La ausencia de asociación estadística en nuestro estudio puede deberse a la baja prevalencia de esta patología en la población en estudio

El diagnóstico de ruptura prematura de membranas en nuestro estudio, demostró estar muy asociado al parto pretérmino, resultado que concuerda con lo descrito por Romero²⁹ y Parra³⁶, La asociación determinada en nuestro estudio puede explicarse por la estrecha relación que guarda esta patología con el parto pretérmino, lo que podría llevarnos a pensar que ambas serían parte del mismo proceso fisiopatológico, probablemente de naturaleza infecciosa.

El factor de hemoglobina como indicador de anemia en la gestante, en nuestro país causa varias controversias en varios estudios, es así que Díaz y et al²², encuentran una relación estadísticamente significativa con relación a la presentación del parto pretérmino. Sin embargo en el presente estudio concuerda con el encontrado por Cruz²⁷ que concluyo que la anemia durante el embarazo no se asocia con parto pretérmino.

Se encontró que el embarazo gemelar está asociado con parto pretérmino (OR = 2,43), lo cual coincide con Genes²³ Huaroto y et al³³ y Parra³⁶. El mecanismo de trabajo de parto prematuro en gestaciones múltiples, puede estar relacionado con la distensión uterina, aumento del volumen intrauterino, o complicaciones relacionadas tales como la incompetencia cervical. Sin embargo, también pueden ser causas específicas relacionadas con el medio ambiente endocrino producido por súper-ovulación o el embarazo múltiple. Como ejemplo, en las gestaciones múltiples se produce una cantidad proporcionalmente mayor de estrógeno, progesterona, y esteroides sexuales en comparación con embarazos únicos. El aumento de la producción de esteroides en embarazos múltiples puede desempeñar un papel en la iniciación del parto prematuro. En particular, el aumento de los niveles circulantes de relaxina asociados con la súper-ovulación puede causar insuficiencia cervical, con posterior parto prematuro.⁴⁴

Respecto al estado civil no demostró tener asociación significativa con el parto pretérmino en nuestro estudio, no se encontró asociación significativa entre tener una unión no estable con las gestantes de parto pretérmino, aunque se reporta que la soltería está relacionado con una situación social desfavorable por lo que presentaría asociación con el parto pretérmino como lo menciona Parras, quien lo demuestra en su estudio con una relación de significancia y riesgo (OR = 2,12). Lo opuesto encontrado por Saavedra²⁸, taboada³¹ y Huaroto y et al³³ quienes al igual que en el presente estudio, no encuentra relación de significancia estadística.

Respecto al nivel de instrucción se encontró que el mayor porcentaje perteneció al grupo de educación secundaria en ambos grupos, sin embargo realizado el análisis estadístico, en nuestro estudio no se encontró asociación significativa entre el nivel de instrucción y el parto pretérmino, lo que concuerda con lo descrito con Saavedra²⁸, Taboada³¹ y Parra³⁶. Esto puede explicarse debido a la homogeneidad de la distribución de esta variable en los grupos de casos y controles en la población en estudio.

Respecto a la ocupación materna se encontró que, el mayor porcentaje pertenece a la categoría de ama de casa en ambos grupos. Interesantemente la ocupación más asociada identificada en el presente

estudio fue la comerciante, ya que la ciudad de Tacna es una zona comercial, por lo tanto en nuestro estudio se encontró asociación significativa entre la ocupación materna y el parto pretérmino, lo que concuerda con lo descrito con Parra³⁶ pero considera a la agricultora el cual explicó que debido a las características del lugar de estudio, el cual es también un Hospital de referencia, recibe pacientes derivadas de la zona rural y alto andina de Tacna, con malos antecedentes obstétricos, y muchas de ellas, con el diagnóstico de ruptura prematura de membranas pretérmino. Por lo tanto se demuestra que la mayor probabilidad en mujeres con actividad laboral ocasiona largo periodos de fatiga ocupacional y estrés y por ende una asociación significativa con el parto pretérmino.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Los factores maternos asociados con parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2014 a 2015, de acuerdo a la investigación realizada fueron, la talla materna, el antecedente de parto prematuro, período Intergenésico menor de 2 años, el control prenatal inadecuado, infección del tracto urinario durante el embarazo, el diagnóstico de preeclampsia y el de ruptura prematura de membranas.

SEGUNDA: El factor fetal asociado con parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2014 a 2015 determinado fue el embarazo gemelar.

TERCERA: Los factores sociodemográficos asociados con parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2014 a 2014 determinado fue la ocupación de comerciante.

RECOMENDACIONES

1. Como profesionales de obstetricia y miembros del equipo básico de salud, se recomienda elaborar estrategias preventivas promocionales de la salud materna para reducir las tasas de control prenatal inadecuado, control prenatal tardío y la identificación y tratamiento de las infecciones urinarias, principales factores de riesgo hallados por el estudio.
2. Capacitación periódica al personal de obstetricia en atención materna perinatal sobre parto pre término, para poder identificar precozmente los factores de riesgo y referir oportunamente a los establecimientos de mayor complejidad.
3. Considerar en el control prenatal; con enfoque de riesgo que permita la identificación y control de las gestantes más susceptibles a estos factores.
4. A los investigadores, se les sugiere realizar, investigaciones a profundidad con poblaciones diversas que expongan la realidad local, regional y nacional sobre el tema, pero además una vez obtenidos los resultados formular estrategias para solucionar las debilidades encontradas.

5. Motivar a realizar mayores estudios de investigación de aquellos posibles factores de riesgo que se asocian al parto pretérmino con metodología de Caso y Control en diferentes centros hospitalarios de la región, con el objetivo de poder realizar posteriormente un análisis de casuística del problema en la región y establecimientos de salud que cuenten con atención obstétrica cuales son aquellos factores que se determinaron como riesgo en la gestante.
6. Mejorar la calidad de los registros de las Historias Clínicas Perinatales del Departamento De Gineco-Obstetricia del hospital Hipólito Unanue de Tacna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jaramillo Prado, Jhon. Factores asociados con parto pretérmino en el tercer nivel de atención en salud en Manizales. Julio 2009 - Junio 2010. RevColombObstetGinecol vol.57 no.2 Bogotá June 2010. ISSN 0034-7434. <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034>.
2. Taboada R, Raúl factores de riesgo asociados a parto pretermino en el hospital regional de Loreto Felipe Arriola iglesias de enero a diciembre 2013. Perú. Universidad nacional de la Amazonía peruana facultad de medicina humana Rafael Donayre Rojas; [en línea]; 2015; [citado 01 diciembre]. Disponible en:[http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/537/1/TE SIS%20FINAL%2011%20MARZO%202015%2002.pdf](http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/537/1/TE%20SIS%20FINAL%2011%20MARZO%202015%2002.pdf)
3. Tucto S, Yesica “factores de riesgo maternos que influyen al parto pretérmino en gestantes adolescentes en el hospital Hermilio Valdizan Medrano octubre 2015- marzo del 2016. Perú. Universidad de Huánuco; [en línea]; 2016; [citado 14 diciembre]. Disponible en:
<http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/124/Yesica%20Tucto%20S%C3%A1nchez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

4. WHO, March of Dimes, Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, Save the Children. Born too soon: the global action report on preterm birth. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/born_too_soon/en/ (Accessed on May 04, 2012).
5. WHO Statistical Information System (WHOSIS). Low birthweight newborns. www.who.int/whosis/indicators/compendium/2008/2bwn/en/index.html (Accessed on April 16, 2012).
6. Cuzcano Bustinza, Anabel d. Características de las madres adolescentes con parto pretérmino en el hospital Sergio Bernales durante el periodo noviembre 2014 a noviembre del 2015. Lima; [en línea]; 2016 [citado 01 de diciembre]. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/502/1/Cuzcano_%20a.pdf
7. Pacheco Romero, J. Ginecología, Obstetricia y Reproducción; 2º edición, Revistas Especializadas Peruanas SAC (REP SAC), Lima Perú 2007. Pags. 1244 – 1267.

8. Cruz T, Mari. factores de riesgo maternos preconceptionales y conceptionales del parto pretérmino en gestantes atendidas en el hospital santa rosa, 2014. Perú. [en línea]; 2015 [citado 01 de diciembre]. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4068/1/Cruz_tm.pdf
9. American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Practice Bulletins. ACOG practice bulletin no. 127: Management of preterm labor. *Obstet Gynecol.* 2012 Jun;119(6):1308-17.
10. Gómez G. Epidemiología del Parto Pretérmino en el Hospital San Bartolomé. *Gynaecia.*2010; 1(2):12-9.
11. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth, *The Lancet*, 2008;371(9606); 75-84.
12. Lang C, Iams J. Goals and strategies for prevention of preterm birth: an obstetric perspective. *Pediatric clinics of North América* 2009; 56:537–563.
13. Lee HC, Gould JB. Survival advantage associated with cesarean delivery in very low birth weight extex neonates. *Obstet Gynecol.* 2006 Jan; 107(1):97-105.

14. Santaya Morón, Paúl A. factores de riesgo maternos que influyen en la prematuridad de los recién nacidos del hospital regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco.[en línea]; 2015 [citado 01 diciembre]. Disponible en:
http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/116/T_047_72540451_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. Hamilton BE, Martin JA, and Ventura SJ: Births: Preliminary data for 2009. National vital statistics reports web release; vol 59 no 3. Hyattsville, MD, National Center for Health Statistics, 2010.
16. OMS-Organización Mundial de la Salud.2012.
17. Macías, Guillermo, Torres, Mirka Rosa, Perez V, Noel et al. Factores prenatales relacionados con la prematuridad. Rev Cubana Pediatr, ene.-mar. 2001, 73(1):5-10. 74.
18. Oliveros D, Factores de riesgo asociados a muerte hospitalaria en recién nacidos de muy bajo peso en el Perú, enero - marzo 2007, revista diagnóstico. 2007, 46.
19. Perdikidis Olivieri L, Gonzalez de Dios J. Los grandes prematuros presentan menor supervivencia a largo plazo, menor nivel educativo, menor capacidad reproductiva y mayor incidencia de prematuridad en la descendencia. Evid Pediatr. 2008; 4:31.

20. Castillo R., Jhuliana. "Factores socio-económicos y culturales que inciden en el parto pretérmino en el Hospital Isidro Ayora periodo enero a junio del 2012". Ecuador. [en línea]; 2012 [citado 01 diciembre].
21. Irshad M, Ahmad A, Fawad K et al. Risk factors for preterm births in a tertiary care hospital, Lady Reading Hospital, Peshawar. J Postgrad Med Inst 2012; 26(2): 158 – 64.
22. Dunia M, Díaz Pérez I, Silvia E, Retureta Milán II, Yonaisy Vega Lorenzo III, Frank, Martínez Lorenzo IV, Milena Hidalgo Ávila V, Idalae Pulido Hernández (VI). Factores de riesgo asociados al parto prematuro en el Policlínico Norte de Ciego de Ávila, 2011-2012. Cuba. MEDICIEGO 2015; Vol.21 No.3 ISSN: 1029-3035 / RNPS: 1821; [citado 20 agosto]; disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu>.
23. Genes Barrios Viviana. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Rev. paraguaya [en línea]. 2011. [citado 01 agosto]. Disponible en : <file:///C:/Users/Luci/Downloads/204-607-1-PB.pdf>
24. Pérez C., factores de riesgo asociados a prematuridad en pacientes del hospital apoyo Iquitos César Garayar García enero a diciembre 2014. Perú. universidad nacional de la Amazonía peruana facultad de medicina humana Rafael Donayre Rojas; [en

línea]; 2015 [citado 14 diciembre]. Disponible en :
<http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/535/1/TESIS.pdf>

25. Guillén Guevara, Juan José. Factores maternos asociados al parto pretérmino. Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. Lima, Perú. Universidad de San Martín de Porres [en línea]. 2014; [citado 20 agosto].disponible en:

<http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/1291>

26. César Satoshi Hirakata Nakashima. Asociación de talla baja de la gestante con riesgo de parto pretérmino. Hospital Belén de Trujillo 2014.universidad privada Antenor Orrego. Trujillo. [en línea]; 2015; [citado 01 agosto]. Disponible en:
http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/495/1/HIRAKATA_C%C3%89SAR_TALLA_BAJA_GESTANTE_PRET%C3%89RMICO.pdf

27. Cruz Trinidad, Mari Cinthia. Factores de riesgo maternos preconceptionales y conceptionales del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, 2014. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. [en línea]; 2015; [citado 01 diciembre]. Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4068/1/Cruz_tm.pdf

28. Saavedra Casternoque Hitler. Factores asociados a prematuridad en el Hospital II – 1 de Yurimaguas, Julio a Diciembre del 2014. universidad nacional de la amazonia peruana. Iquitos. [en línea]; 2015; [citado 01 agosto]. Disponible en: <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/handle/unapiquitos/526>
29. Romero A, Cuba Y. Factores de riesgo de parto pretérmino en un hospital materno infantil de Huancayo Rev. Peruana [en línea]; 2013; [citado 01 agosto]. Disponible en: https://issuu.com/uplacomunidad/docs/revista_cientifica_4_1_2013/51
30. Carpio Fernando. Factores de riesgo maternos asociados a parto pretérmino en el Hospital Regional de Lambayeque durante el año 2013. Lambayeque; [en línea]; 2015; [citado 01 agosto]. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/415/1/CARPIO_FERNANDO_FACTORES_RIESGO_MATERNOS.pdf
31. Taboada R, Raúl factores de riesgo asociados a parto pretermino en el hospital regional de Loreto Felipe Arriola iglesias de enero a diciembre 2013. Perú. Universidad nacional de la Amazonía peruana facultad de medicina humana Rafael Donayre Rojas; [en

línea]; 2015; [citado 01 diciembre]. Disponible en:[http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/537/1/TE SIS%20FINAL%202011%20MARZO%202015%2002.pdf](http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/537/1/TE%20SIS%20FINAL%202011%20MARZO%202015%2002.pdf)

32. Ramos Quillas, Gerson. Resultados perinatales de la gestación muy pretérmino según vía del parto. Instituto Nacional Materno Perinatal. Año 2012 Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina.
33. Huaroto P., Karina, Paucá Huamancha Miguel, Polo Álvarez Meliza, Meza-León Jesús. Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica, Perú. Facultad de Medicina Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, Perú. 2012. Perú. [en línea]; 2012 [citado 01 diciembre].
34. Mamani Solórzano, Jaime. Factores de riesgo maternos para parto muy pretérmino. Instituto Nacional Materno Perinatal. Años 2011-2012. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina para obtención del grado de Especialista. Perú. [en línea]; 2012 [citado 01 diciembre]. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base>

=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=758203&indexSearch=ID

35. Monge M., Ángela Factores maternos, fetal y socio demográficos asociados al parto pretérmino en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2013. Perú. universidad Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2015. [citado 14 diciembre]. Disponible en: /index.php?lvl=notice_display&id=24275
36. Parra Velarde, Fernando. Factores de Riesgo Asociados a Parto Pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna Durante el Período Enero 2010-Diciembre 2012. Perú. [en línea]; 2012; [citado 01 diciembre]. Disponible en: http://200.37.105.196:8080/bitstream/handle/unjbg/226/111_2013_Parra_Velarde_F_FACS_Medicina_2013.pdf?sequence=1
37. Manrique. R. (2008). Parto Pretérmino en Adolescentes. Recuperado el 2 Febrero del 2013. Disponible en www.scielo.org.ve/scielo.htm.
38. Klein LL, Gibbs RS. Use of microbial cultures and antibiotics in the prevention of infection-associated preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190:1493.

39. Laterra C, Susacasab S. (2011). Guía Clínica de Prevención Parto Prematuro. Recuperado el 3 de Febrero del 2013. Disponible en <http://www.scp.com>.
40. Offenbacher S, Boggess KA, Murtha AP, et al. Progressive periodontal disease and risk of very preterm delivery. *Obstet Gynecol* 2006; 107:29.
41. Carnero Cabrera, yohanna Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el periodo enero – junio del 2015. peru [en línea]; 2016 [citado el 01 de diciembre]; http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4712/1/Carnero_cy.pdf
42. Congreso Nacional del Ecuador. (2003). Código de la Niñez y Adolescencia. Recuperado el 4 de Julio del 2013. Disponible en www.oei.es/quipu/ecuador/Cod.
43. Díaz Polo, Lizbeth Estefanía. Factores de riesgo asociados al parto pre término en el hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen de enero a junio del 2010. Universidad de San Martín de Porres. Perú. 2011. [en línea]. 2010; [citado en 01 dic] disponible en: http://guzlop-editoras.com/web_des/med01/obsgineco/pld0403.pdf

44. Barakat R, Stirling JR, Lucia A. Does exercise training during pregnancy affect gestational age? A randomised controlled trial. *Br J Sports Med* 2008; 42:674.
45. Fleischman AR, Oinuma M, et al: Rethinking the definition of term pregnancy. *Obstet Gynecol* 116:136, 2010.
46. Moctezuma J, Reséndiz J, Martínez A, Zertuche J. Prevalencia de infección cervicovaginal en pacientes con amenaza de parto pretérmino e identificación del microorganismo más frecuente. *Art. Mexicano Ginecología y obstetricia*[en línea]. 2012; [citado en 01 dic] disponible en:<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/4189/1/Prevalencia-de-infeccion-cervicovaginal-en-pacientes-con-amenaza-de-parto-pretermino-e-identificacion-del-microorganismo-mas-frecuente>
47. Dole N, Savitz DA, Hertz-Picciotto I, et al. Maternal stress and preterm birth. *Am J Epidemiol* 2003; 157:14.
48. Arias F, Rodríguez L, Rayne SC, Kraus FT. Maternal placental vasculopathy and infection: two distinct subgroups among patients with preterm labor and preterm ruptured membranes. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168:585.

49. Salafia CM, Ghidini A, Lopèz-Zeno JA, Pezzullo JC. Uteroplacental pathology and maternal arterial mean blood pressure in spontaneous prematurity. *J Soc Gynecol Investig* 1998; 5:68.
50. Villasmil E, Briceño C, bolívar J, Alteración de la placentación profunda en la preeclampsia *Rev. Venez.* [en línea]. 2014 [citado 01 de diciembre]; disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Briceno-Perez/publication/262665329_Alteracion_de_la_placentacion_profunda_en_la_preeclampsia/links/0a85e53c729e4a1f2b000000.pdf
51. Challis JR, Hooper S. Birth: outcome of a positive cascade. *Baillieres Clin Endocrinol Metab* 1989; 3:781.
52. Donoso Bernales Bernardita, Oyarzún E. E. Práctica clínica Parto prematuro *Premature delivery. Medwave* 2012 Sep;12(8):e5477 doi: 10.5867/medwave.2012.08.5477.
53. Perkin Elmer Genetic Screening 940 Winter Street Center of Excellence Waltham, MA 02451 EE.UU. Wallac Oy, PO Box 10. Turku, Finlandia
54. Villar J, Ezcurra EJ, Gurtner de la Fuente V, Campodónico L. Pre-term delivery syndrome: the unmet need. *Research & Clinical Forums* 1994; 16: 9–33.

55. Keirse MJNC. New perspectives for the effective treatment of preterm labor. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173:618–628.
56. Rogowski JA. The economics of preterm delivery. *Prenat Neonat Med* 1998; 3:16–20.
57. Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Merce LT. Fundamentos de obstetricia (SEGO). Madrid. [en línea]. 2013 [citado 01 de agosto]; disponible en: <http://www.sego.es/Content/pdf/OBSTRETICIA.pdf>
58. Pacheco J. Aspectos maternos y fetales. *Ginecología y Obstetricia* 1995; 41: 21-31. Perú. universidad Ricardo palma; [citado 14 diciembre]. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/urp/2010/mejia_cr/pdf/mejia_cr.pdf
59. WORDREFERENCE.COM, Disponible en: <http://www.wordreference.com/definicion/edad>.
60. Organización Mundial de la Salud. Derechos de Género y Derechos Reproductivos, Glosario, Ginebra. Disponible en: <https://apps.who.int/reproductive>.
61. BELTRAN L. Embarazo en Adolescentes. Disponible en: <http://prosalud.org.ve/public/documents/20100804101280942170.pdf>.

62. SECRETARIASENADO.GOV.CO, Disponible en:
http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/decreto/1970/decreto_1260_1970.html.
63. Canales F, Alvarado E, Pineda E. Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. OPS-Limusa, 1986.
64. Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Merce LT. Fundamentos de obstetricia (SEGO). Madrid. [en línea]. 2013 [citado 01 de agosto]; disponible en: <http://www.sego.es/Content/pdf/OBSTRETICIA.pdf>
65. Organización Mundial de la Salud. Derechos de Género y Derechos Reproductivos, Glosario, Ginebra. Disponible en: <https://apps.who.int/reproductive>.
66. Kurdi AM, Mesleh RA, Al-Hakeem MM, Khashoggi TY, Khalifa HM. Multiple pregnancy and preterm labor. Saudi Med J. 2004 May;25(5):632-7.
67. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A, Kafury-Goeta AC. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis. JAMA 2006; 295:1809.

ANEXOS

FACTORES MATERNOS

- Edad materna

- (1) <18 años
- (2) 18-34 años
- (3) >34 años

- Paridad

- (1) 0
- (2) 1-2
- (3) 3 a más

- Atención prenatal

- (1) Inadecuada
- (2) Adecuada

- Enfermedades sistémicas previas

- (1) Ninguno
- (2) diabetes
- (3) HTA
- (4) cardiopatía
- (5) nefropatía

- Talla materna

- (1) > 1.60m
- (2) 1.45-1.60m
- (3) < 1.45m

- IMC

- (1) Bajo peso
- (2) adecuado
- (3) sobrepeso
- (4) obesidad

- Antecedente de aborto

- (1) SI
- (2) NO

- Hábitos nocivos

- (1) Alcohol
- (2) Drogas
- (3) Tabaco

- Ganancia de peso materno

- (1) > 12 Kg
- (2) 8–12 kg
- (3) < 8 Kg

- Periodo Intergenésico

- (1) < 2 años
- (2) 2-4 años
- (3) > 4 años

- Antecedente de Parto prematuro.

- (1) SI
- (2) NO

PATOLOGIAS OBSTETRICAS

-Preeclampsia

(1) SI

(2) NO

-Anemia

(1) SI

(2) NO

-ITU

(1) SI

(2) NO

-Placenta previa

(1) SI

(2) NO

-RPM

(1) SI

(2) NO

FACTORES FETALES

-Embarazo múltiple

(1) SI

(2) NO