

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

FACTORES MATERNOS, FETAL Y SOCIO DEMOGRÁFICOS
ASOCIADOS AL PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
DURANTE EL PERÍODO 2013

TESIS

PRESENTADA POR:

BACHILLER: ANGELA ROCÍO MABEL MONGE MAMANI

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

TACNA – PERÚ

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

**FACTORES MATERNOS, FETAL Y SOCIO DEMOGRÁFICOS
ASOCIADOS AL PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA
DURANTE EL PERÍODO 2013
TESIS**

PRESENTADO POR:

BACHILLER: ANGELA ROCÍO MABEL MONGE MAMANI

Para optar el título profesional de:

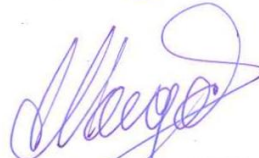
MÉDICO CIRUJANO

Aprobado por: _____ ante el siguiente Jurado:



Dr. Claudio Ramírez Atencio

Presidente



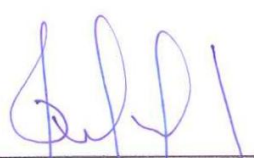
Mgr. Jaime Edgar Vargas Zeballos

Jurado



Dr. José Luis Pedro Gómez Molina

Jurado



Mgr. Alberto Saúl Flor Chávez

Asesor

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	4
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	4
1.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1.2 FORMULACIÓN DE PROBLEMA	5
1.1.3 JUSTIFICACIÓN DE PROBLEMA.....	6
1.1.4 IMPORTANCIA.....	6
1.2 OBJETIVOS.....	7
1.3 HIPOTESIS.....	8
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	9
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	9
2.2 FUNDAMENTO TEORICO	13
CAPITULO III. METODOLOGÍA	31
3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	31
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	31
3.3 MÉTODO Y TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	33

3.4	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	34
3.5	VARIABLES.....	34
3.6	Operacionalización de las variables	35
CAPITULO IV. RESULTADOS		38
CAPITULO V. DISCUSIÓN.....		61
CONCLUSIONES		71
RECOMENDACIONES.....		72
BIBLIOGRAFIA.....		73

DEDICATORIA

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño a DIOS que me diste la oportunidad de vivir y de regalarme una familia maravillosa.

Con mucho cariño principalmente a mis padres que me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento. Gracias por todo papá y mamá por darme una carrera para mi futuro y por creer en mí, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado apoyándome y brindándome todo su amor, por todo esto les agradezco de todo corazón en que estén conmigo a mi lado.

AGRADECIMIENTOS

A la UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN por darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional.

También me gustaría agradecer a mis profesores durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en dónde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones

RESUMEN

La prematuridad es la principal causa de mortalidad perinatal, constituyendo actualmente uno de los problemas más severos de la asistencia perinatal. A pesar del desarrollo de las técnicas de prevención y atención de la perinatología moderna, no se ha logrado disminuir su incidencia. El objetivo es Identificar los 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 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).

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

ABSTRACT

Prematurity is the leading cause of perinatal mortality, currently constitute one of the most severe problems of perinatal care. Despite the development of techniques for prevention and care of modern perinatology, it has not managed to reduce its incidence. The goal is to identify maternal risk factors, fetal and demographic associated with preterm delivery partner of the pregnant women at the Hipolito Unanue Hospital in Tacna during 2013. The methodology used was a retrospective case-control study; performed in the service of Gynecology and Obstetrics Hospital Hipolito Unanue of Tacna; in 2013; with a sample of 107 pregnant women for cases and 214 for controls. Defining premature birth to what occurred between 22 and 36 weeks gestation; the term delivery occurred at 37 gestational weeks or more; Medical history data were obtained. After the statistical analysis it was determined that the factors associated with preterm delivery were intergenetic > 4 years (OR: 11.68) period, prenatal <2 controls (OR: 2.75), twin pregnancy (OR: 4.95).

Keywords: preterm birth, maternal and fetal factors and sociodemographic.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud considera nacido pretérmino a "Aquel nacido con menos de 37 semanas cumplidas de gestación (menos de 259 días), independiente del peso al nacer". Con un interés pronóstico se clasifica a los pretérmino, según las semanas de gestación, en: moderado (33 - 36 semanas), muy pretérmino (28 - 32 semanas) y extremadamente pretérmino (< 28 semanas).

La medicina ha tenido significativos avances con un gran impacto en la práctica diaria. A pesar de las grandes contribuciones a la perinatología y al conocimiento de los procesos reproductivos, el parto pretérmino continúa siendo uno de los problemas clínicos más importantes de la obstetricia moderna, asociado con mortalidad perinatal, morbilidad neonatal severa y con discapacidad infantil moderada a severa. 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 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 con menos de 32 semanas de gestación sin que esto haya cambiado en las últimas décadas.

Actualmente se reconoce que su etiopatogenia es multifactorial, pues están involucrados factores de riesgo dependientes de la madre, del feto y del medio ambiente. Las condiciones de vulnerabilidad en que se encuentra el prematuro ante el medio ambiente, exigen un trato especializado que procure su supervivencia, lo que demanda ingentes costos al sistema sanitario, asimismo comprometen el desarrollo futuro del recién nacido a largo plazo; es así que, mientras los indicadores de esta patología no muestran una tendencia a disminuir, la búsqueda por factores de riesgo predictivos más confiables que llevaría finalmente a estrategias de intervención efectivas, se ha intensificado. Como parte de este esfuerzo global, se presenta la siguiente investigación con el fin de contribuir a la identificación de los factores de riesgo involucrados en nuestro medio.

CAPITULO I.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El parto prematuro representa uno de los grandes problemas de salud perinatal. Algunas publicaciones describen que contribuye hasta en 75% en la morbilidad perinatal. Es conocido que los neonatos prematuros tienen un mayor riesgo de daño neurológico, infecciones, enfermedades respiratorias, enfermedades gastrointestinales y desórdenes metabólicos. Su atención es compleja y su costo muy alto. A pesar de ello, no siempre se obtiene resultados satisfactorios, muchos no sobreviven; aquellos que lo consiguen, desarrollan un alto porcentaje de secuelas, con diferentes grados de discapacidad, por lo cual se convierten en una gran carga social y familiar. (1)

El parto pretermino inducido ocurre por interrupción obligada de la gestación ante enfermedad materna, fetal u ovular que ponen en riesgo la salud del binomio madre-niño (2). En estos casos los datos clínicos maternos y de laboratorio suelen ser suficientes para

diagnosticar el factor de riesgo. Mientras que en los partos preterminos espontáneos, los datos clínicos y de laboratorio suelen ser imprecisos, el estudio placentario es determinante en la identificación del factor asociado por la presencia de marcadores histológicos específicos como corioamnionitis aguda, funisitis aguda.

Pese a trabajos anteriores, e identificación de algunos factores predisponentes al parto pretermino aun no se logra disminuir la incidencia del parto pretermino en nuestra localidad ya q se mantiene constante a lo largo de los años; presentándose en un 5,5% el año 2007; 6,1% el año 2008; 4,8% el año 2009; 5,4% el año 2010; 4,9% el año 2011; 5,5% el año 2012.

La identificación de más factores que predisponen al parto pretérmino (factores de riesgo) ayudará a disminuirlo, porque permitirá establecer estrategias dirigidas y adecuadas de prevención. Además, evitará el mal uso de los recursos, reduciendo los gastos (2).

1.1.2 FORMULACIÓN DE PROBLEMA

¿Cuáles son los factores sociodemográficos y materno-fetales asociados al parto pretérmino de las gestantes atendidas en el

Hospital Hipólito Unanue de la ciudad de Tacna durante el año 2013?

1.1.3 JUSTIFICACIÓN DE PROBLEMA

El parto pretermino representa la principal causa de morbilidad y mortalidad neonatal en todo el mundo. Si bien se conocen datos sobre su incidencia, su naturaleza multifactorial dificulta la identificación oportuna de las gestantes en riesgo. Constituye uno de los problemas más severos de la asistencia perinatal.

Este estudio contribuirá a la identificación las principales causas que lo ocasionan y así prevenirlos, ya que la prevención será siempre incomparablemente mejor que tratar las complicaciones inherentes a la prematuridad.

En nuestra región pese a los estudios realizados e identificación de factores predisponentes al parto pretermino no se logra disminuir la incidencia del parto pretermino que se mantiene alrededor de 5% casi los últimos 5 años.

1.1.4 IMPORTANCIA

El riesgo global de un prematuro de morir es superior al de un recién nacido de término con cifras muy variables en función de las semanas de gestación en que se produzca el nacimiento, los recién nacidos con prematuridad extrema generan un alto costo sanitario,

necesidad de tratamientos intensivos, largas permanencias en UCI neonatales, existencias de secuelas a largo plazo; razones que sustentan la necesidad de determinación de los factores asociados a esta patología en nuestro medio

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores sociodemográficos y materno-fetales asociados al parto pretérmino de las gestantes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de la ciudad de Tacna durante el año 2013

1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1 Identificar los factores sociodemográficos asociados al parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de la ciudad de Tacna durante el año 2013
- 2 Identificar los factores materno-fetales asociados al parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de la ciudad de Tacna durante el año 2013

1.3 HIPOTESIS

Los factores de riesgo maternos: edad, paridad, antecedente de parto pretérmino, antecedente de aborto, periodo Intergenésico, ganancia de peso materno, numero de controles prenatales, nivel de Hemoglobina, patologías Obstétricas (Preclampsia, infección del tracto urinario, Ruptura prematura de Membranas, vaginosis), patologías medicas (Tuberculosis, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus); el factor fetal embarazo gemelar y sexo del feto y los factores socio demográficos: nivel de instrucción, ocupación, se asocian con el parto pretérmino en el Hospital Regional Hipólito Unanue Tacna durante el año 2013

CAPITULO II.

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN INTERNACIONALES

- En Paraguay (2012): en el estudio realizado por **Genes et al.** En la Cátedra y Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Universidad Nacional de Asunción sobre **Factores de riesgo asociados al parto pretérmino (3).**

El parto pretérmino se asoció a varios factores considerados de riesgo. Uno de ellos, es la longitud cervical. En un estudio realizado a 1218 gestantes, se observó asociación entre la longitud cervical por debajo de 25 mm y la ocurrencia de parto pretérmino (3).

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. Conclusión: 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 (3).

- En España (2010): en el estudio realizado por **Losa et al.** En el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete sobre **Factores de riesgo del parto pretérmino** (4).

El antecedente de parto pretérmino (oddsratio [OR] = 3,4; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,7-6,7), los abortos previos ($p = 0,002$), la gestación múltiple (OR = 28,1; IC del 95%, 6,7-116,8), las técnicas de reproducción asistida (OR = 5,8; IC del 95%, 2,3-14,1), los episodios de ingreso hospitalario con necesidad de tocólisis (OR = 10,8; IC del 95%, 4,2-27,7) y el cerclaje (OR = 5,6; IC del 95%, 1,2-25,7) son más frecuentes entre los casos; sin embargo, ajustando por otras variables, el riesgo desaparece para el cerclaje (ORa = 2,8; IC del 95%, 0,5-14) (4).

Concluyendo que los antecedentes de parto pretérmino y abortos previos, la gestación múltiple, las técnicas de reproducción

asistida y la hospitalización con necesidad de tocólisis son los factores de riesgo de parto pretérmino(4).

NACIONALES

En Ica (2012): en el estudio realizado por **Huaroto et al.** En el Hospital Público de Ica sobre **Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretermino (5).**

El 35.5% de los casos fueron madres adolescentes que presentaron parto pretérmino, frente a un 15.8% de los controles. El 23% de los partos pretérminos fueron madres adolescente (OR 2.993 IC [1,123-7,660] X2 0,024 p<0.05). La edad materna extrema en el estudio <19 años fue el 76,7%, lo cual es más frecuente en los casos con el 84,6% y el 70,6% para los controles, (OR 2.292; IC 0,367-14,323; X2 0.368); el estado civil casada tuvo el 20, 5%: 30,8% para los casos y 18,5% en los controles (OR 1.963; IC 0,517-7, 452; X20.316); 84,1% tuvieron un nivel de instrucción baja: 67,7% para los casos y 90,8% para los controles (OR 4,694; IC 1,598-13,855; X2 0.003); antecedente de parto pretérmino (OR 1.556; IC 0,548-4,417; X2 0,40); infecciones urinarias (OR 1.350; IC 2,077-13,116); vaginosis bacteriana (OR 1.224; IC 0,273-5,464); anemia (OR 0.771; IC

0,222-2,682); nuliparidad (OR 1.012; IC 0,372-2,751); periodo intergenésico patológico (OR 0.529; IC 0,202-1,388); bajo peso al nacer (OR 66,536; IC 18,015-248,746); generalidad (OR 14.23; IC 1,610-129,245).

Concluyendo que si representaron factores de riesgo maternos: ser madre adolescente, edad extrema materna, procedencia rural, tener grado de instrucción baja, antecedentes patológicos como infección urinaria; así como factores de riesgo neonatales: bajo peso al nacer y generalidad. Contrariamente no se consideraron factores de riesgo: anemia, controles prenatales inadecuados y antecedentes de parto pretérmino (5).

LOCALES

Parra (2013) en su estudio “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”. Determino que los factores maternos asociados con parto pretérmino fueron la edad materna menor de 18 años, el antecedente de parto prematuro, período intergenésico menor de 2 años, la ganancia de peso deficiente durante el embarazo, el diagnóstico de preeclampsia y el de

ruptura prematura de membranas, el factor fetal asociado con parto pretérmino fue el embarazo gemelar, asimismo los factores socio demográficos asociados fueron el estado civil soltera, y la ocupación de agricultora.

2.2 FUNDAMENTO TEORICO

2.2.1 PARTO PRETÉRMINO

La Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) definen el parto pretérmino 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 peso (8).

2.2.2 ETIOPATOGENIA DEL PARTO PRETÉRMINO

2.2.2.1 LA VÍA COMÚN DEL PARTO:

La vía común del parto en el ser humano es definida como los cambios anatómicos, fisiológicos, bioquímicos, endocrinológicos, inmunológicos y clínicos que ocurren en la madre y/o feto, tanto en el parto a término como pretérmino. Esta vía incluye: 1) incremento en la contractilidad miometrial; 2) cambios cervicales; y, 3) activación de la decidua y membranas corioamnióticas (7).

Los ejemplos de componentes no uterinos de la vía común incluyen los cambios de las concentraciones de hormonas factor liberador de corticotropina (CRF) y cortisol, así como cambios en el gasto metabólico (7).

El término 'trabajo de parto pretérmino' no indica si la condición es causada por una infección, una injuria vascular, sobredistensión uterina, un reconocimiento alogeneico anormal, estrés u otro proceso patológico aún no descrito (7).

La carencia del reconocimiento de que estas condiciones simplemente representan una colección de signos y síntomas, con poca referencia a los mecanismos subyacentes de la enfermedad, puede ser responsable del limitado avance en la prevención y tratamiento del parto pretérmino (7).

1. la infección intrauterina o la administración sistémica de productos microbianos a embarazadas pueden causar el trabajo de parto pretérmino, 2. Las infecciones maternas, como malaria, pielonefritis, neumonía y enfermedad periodontal, están asociadas a parto pretérmino; 3. Las infecciones intrauterinas subclínicas

son factores de riesgo de parto pretérmino; 4. Las pacientes embarazadas con infección intraamniótica o inflamación intrauterina (definida como una concentración elevada de citoquinas proinflamatorias o enzimas que degradan componentes del colágeno en el líquido amniótico) en el segundo trimestre son un factor de riesgo para parto pretérmino; 5. El tratamiento con antibióticos de las infecciones intrauterinas puede prevenir el nacimiento pretérmino en modelos experimentales de corioamnionitis; y, 6. El tratamiento de la bacteriuria asintomática previene el parto pretérmino (7).

2.2.2.2 INFECCIÓN INTRAUTERINA

La cavidad amniótica es considerada estéril. Sin embargo, al menos 1% de las gestantes sin trabajo a término tendrá bacterias en el líquido amniótico (LA). El aislamiento de bacterias en el LA es un descubrimiento patológico, que es referido como la invasión microbiana de la cavidad amniótica (MIAC, por sus siglas en inglés). La mayor parte de estas infecciones es de naturaleza subclínica y no puede ser descubierta sin el análisis de LA.

La frecuencia de MIAC depende de la presentación clínica y de la edad gestacional. En pacientes con trabajo de parto pretérmino y membranas intactas, la prevalencia de cultivos positivos de LA es 12,8%. Sin embargo, entre aquellas pacientes en trabajo de parto pretérmino que dan a luz, la frecuencia es 22%. En pacientes con rotura prematura de membranas (RPM), la prevalencia de cultivo positivo del LA es 32,4%. Sin embargo, en el momento del inicio de trabajo, al menos 75% de ellas tendrá MIAC, indicando que hay un incremento dramático en la prevalencia de cultivos positivos en LA cuando las pacientes con RPM entran en trabajo de parto. La frecuencia de MIAC en pacientes que presentan insuficiencia cervical es 51%. Si el cuello del útero es corto (definido por una longitud cervical sonográfica de menos de 25 mm), la MIAC está presente en 9% de los casos. Finalmente, la frecuencia de MIAC en gestaciones gemelares con parto pretérmino es 11,9%. Las pacientes con MIAC tienen mayor probabilidad de parto pretérmino, RPM, corioamnionitis clínica y resultado perinatal adverso, que aquellas con trabajo de parto pretérmino o RPM con LA estéril.

Una observación interesante es que cuanto más temprano sea el trabajo de parto pretérmino o RPM, mayor ha de ser la prevalencia de MIAC (7).

A. . MICROBIOLOGÍA DE LA INFECCIÓN INTRAUTERINA

Los microorganismos más comúnmente encontrados en la cavidad amniótica son especies de *Mycoplasma* genitales y, en particular, *Ureaplasma urealyticum*. Otros microorganismos incluyen *Streptococcus agalactiae*, *Escherichia coli*, especies de *Fusobacterium* y *Gardnerella vaginalis*. Con el uso de técnicas microbiológicas moleculares, los organismos normalmente encontrados en la cavidad bucal han sido descubiertos en LA de pacientes con trabajo de parto pretérmino.

B. VÍAS DE INFECCIÓN INTRAAMNIÓTICA

Los microorganismos pueden ganar acceso a la cavidad amniótica y feto por los siguientes mecanismos: 1) vía ascendente; 2) diseminación hematogena (infección transplacentaria); 3) siembra retrógrada de la cavidad peritoneal, por la trompa de Falopio; y, 4) introducción casual en el momento

de procedimientos invasivos, como amniocentesis, cordocentesis, biopsia de vellosidades coriales u otros. La vía más común de infección intrauterina es la ruta ascendente.

2.2.2.3 SOBREDISTENSIÓN UTERINA

Las pacientes con anomalías de los ductos müllerianos, polihidramnios y embarazo múltiple tienen riesgo aumentado para trabajo de parto pretérmino. La presión intraamniótica permanece relativamente constante durante la gestación, a pesar del crecimiento del feto y la placenta. Esto ha sido atribuido a la relajación miometrial progresiva, debido a los efectos de progesterona y de otros relajantes miometriales, como óxido nítrico. Sin embargo, la distensión miometrial puede aumentar la contractilidad miometrial, liberación de prostaglandina y expresión de conexina-43, proteína de unión de brechas (gap junction protein), así como aumentar la expresión del receptor de oxitocina en el miometrio.

2.2.2.4 REACCIÓN ALOGRÁFICA ANORMAL

La unidad fetoplacentaria ha sido considerada “el injerto” más adecuado de la naturaleza. Los inmunólogos han sugerido que las

anormalidades en el reconocimiento y adaptación a antígenos fetales puedan ser un mecanismo responsable de las pérdidas del embarazo recurrente, restricción del crecimiento intrauterino y preeclampsia. La villitis crónica de etiología desconocida ha sido propuesta como una lesión histológica sugerente de 'rechazo placentario'. La presencia de estas lesiones en un subconjunto de pacientes que paren después del trabajo de parto pretérmino constituye una evidencia indirecta del concepto de que las anormalidades inmunes pueden ser responsables del trabajo de parto pretérmino. Algunas pacientes en trabajo de parto pretérmino, en ausencia de infección demostrable, tienen concentraciones elevadas del receptor soluble IL-2. Las concentraciones plasmáticas elevadas del receptor de IL-2 son consideradas un signo temprano de rechazo, en pacientes con trasplantes renales. Se requiere que estudios adicionales definan la frecuencia y el significado clínico de este proceso patológico en el trabajo de parto pretérmino.

2.2.2.5 REACCIONES ALÉRGICAS

Otro mecanismo potencial para el trabajo de parto pretérmino es un fenómeno inmunológicamente mediado inducido por un

mecanismo alérgico. El término 'alergia' se refiere a desórdenes causados por la respuesta del sistema inmunológico a un antígeno inofensivo.

Los componentes requeridos en una reacción alérgica son: 1) alérgeno; 2) producción de IgE por células B (Th-2); y, 3) el sistema efector formado por los mastocitos, los mediadores liberados por estas células y los órganos blanco, como el músculo liso bronquial en el asma o el músculo liso gastrointestinal en las alergias alimentarias.

Las pruebas que sugieren la presencia de un proceso alérgico en algunos casos de trabajo de parto pretérmino incluyen: 1. el feto humano es expuesto a alérgenos comunes (es decir, ácaro de polvo de casa); estos compuestos han sido descubiertos tanto en LA, en el segundo trimestre del embarazo, como en la sangre fetal. Las concentraciones del alérgeno son más altas en sangre fetal que en la sangre materna; 2. la reactividad específica del alérgeno ha sido mostrada en la sangre de cordón umbilical, incluso en la semana 23 de la gestación; 3. el embarazo es considerado un estado en el cual hay preponderancia de

citoquinas Th2, que favorecen la producción de IgE por las células B; 4. el útero es una fuente rica de mastocitos; 5. varios productos del mastocito pueden inducir la contractilidad miometrial (histamina y prostaglandinas), 6. la degranulación farmacológica de los mastocitos induce contractilidad miometrial; 7. los conejillos de indias no embarazados sensibilizados con ovoalbúmina y luego expuestos a este compuesto tienen incremento en el tono uterino; 8. pruebas recientes sugieren que la administración de ovoalbúmina a conejillos de indias embarazados sensibilizados pueda inducir el trabajo de parto pretérmino y que este fenómeno puede ser prevenido con la administración de antihistamínicos.

2.2.2.6 DESÓRDENES HORMONALES

La progesterona es central al mantenimiento del embarazo. La progesterona promueve relajación miometrial, limita la formación de gap junctions, inhibe la maduración cervical y disminuye la producción de quimoquinas, como la IL-8, que participa en la activación decidual y de las membranas. La progesterona es considerada importante para el mantenimiento del embarazo, porque la inhibición de la acción de progesterona podría causar el parto. La administración de antagonistas del receptor de progesterona –como RU486 (mifepristona) o ZK 98299

(onapristona)– a pacientes embarazadas, primates no humanos y conejillos de indias puede inducir el trabajo de parto. Así, se cree que una suspensión de la acción de progesterona es importante para el inicio del trabajo de parte en la mujer.

En contraste a los efectos de la progesterona, los estrógenos aumentan la contractilidad miometrial y ha sido implicados en la maduración cervical.

En muchas especies, una caída en la concentración de progesterona en el suero materno ocurre antes del inicio del trabajo de parto. Sin embargo, en humanos, primates y conejillos de indias no se ha documentado una caída en la concentración de progesterona.

El mecanismo por el cual la acción de la progesterona está restringida no ha sido dilucidado. Sin embargo, se ha propuesto cinco mecanismos: 1. reducción de la biodisponibilidad de la progesterona, debido a su unión a una proteína de alta afinidad; 2. incremento en la concentración de cortisol, el cual puede competir por el receptor; 3. conversión de progesterona a una

forma inactiva dentro de la célula, antes de su unión con el receptor; 4. cambios cualitativos y cuantitativos en las isoformas del receptor de progesterona (PR-A, PR-B, PR-C); 5 cambios de correguladores del receptor de progesterona; y, 6. una retirada funcional de la progesterona.

El papel específico de la progesterona en el mecanismo responsable del trabajo de parto pretérmino no ha sido elucidado. Sin embargo, reportes recientes indican que la administración de progesterona a pacientes con una historia del parto pretérmino reduce la frecuencia de parto pretérmino.

2.2.2.7 EMBARAZO Y ESTRÉS

La tensión materna es un factor de riesgo para parto pretérmino. La naturaleza de los estímulos estresantes incluye trabajos pesados y disturbios emocionales. El factor estresante podría ocurrir durante el embarazo o en el período preconcepcional (7).

El mecanismo preciso por lo cual el estrés induce el parto pretérmino no es conocido; sin embargo, se ha propuesto un rol para el factor de secreción de la corticotropina (CRF). El comportamiento de la concentración de CRF en el suero materno

podría identificar a pacientes con riesgo de parto pretérmino y postérmino. Ya que esta hormona es producida no solo por el hipotálamo sino también por la placenta, los mecanismos que regulan su producción han sido atribuidos a un 'reloj placentario' (16).

Los mecanismos precisos por los cuales CRF induce el parto implican la producción de cortisol y prostaglandinas (7).

2.2.2.8 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA

La rotura prematura de membranas (RPM) consiste en la pérdida de integridad de las membranas ovulares antes del inicio del parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico y la puesta en comunicación de la cavidad amniótica con el canal endocervical y la vagina. La prevalencia en gestaciones menores de 37 semanas es del 1-4 % (9).

La causa de la RPM es multifactorial al igual que la APP: tabaquismo, déficit de vitamina C, sobredistensión uterina, hemorragia preparto... Pero sobre todo destacan:

– Parto pretérmino previo y/o antecedente de RPM.

- Lesiones mecánicas como la amniocentesis genética, fetoscopia y cerclaje cervical.
- Infección del tracto genital o intraamniótica.

Según la localización la RPM se clasifica en:

- Rotura alta (persiste bolsa amniótica por delante de la presentación)
- Rotura baja (no hay bolsa amniótica por delante de la presentación).

En ambas ocasiones se actúa de la misma manera, no hay diferencias de cara al tratamiento porque no se ha demostrado menor riesgo de infección en la rotura alta.

Según la edad gestacional se clasifica en ≤ 24 semanas, 24-34 semanas y ≥ 35 semanas (esta clasificación es orientativa y depende de cada centro y de los resultados perinatales) (9).

2.2.3 FACTORES ASOCIADOS CON EL PARTO PRETERMINO

Los factores asociados se clasificaron luego de analizar en conjunto los antecedentes clínicos y de laboratorio maternos con los hallazgos histopatológicos placentarios y las diferentes propuestas aparecidas en la literatura (2).

Se encontraron los siguientes factores asociados con parto prematuro:

2.2.3.1 FACTORES MATERNOS

A. ANTECEDENTE DE PARTO PRETERMINO

Algunos factores de riesgo de parto prematuro probablemente persisten de un embarazo a otro. El antecedente de parto pretérmino es el factor de riesgo más importante para futuros partos pretérminos, y las recurrencias ocurren a menudo a la misma edad gestacional.

Sin embargo, la mayoría de las mujeres que han tenido un parto prematuro tendrán los siguientes embarazos de duración normal (11).

El riesgo de parto pretermino es mayor cuando:

- El parto pretérmino anterior estaba en el penúltimo embarazo
- Hay antecedentes de múltiples partos pretérmino.

En grandes series, la frecuencia de parto prematuro recurrente fue de 14 a 22 por ciento después de un parto prematuro, del 28

al 42 por ciento después de dos partos pretérmino y 67 por ciento después de tres partos pretérmino (10).

El riesgo de parto pretermino recurrente temprano es especialmente preocupante, dada su alta morbilidad y mortalidad.

Los datos de dos series mostraron que aproximadamente un 5 a 7 por ciento de las mujeres que tuvieron un parto prematuro temprano en su primer embarazo tuvieron un nuevo parto a la misma edad gestacional en el segundo embarazo.

En comparación, si no había historia previa de parto pretérmino temprano, entonces el riesgo de parto prematuro temprano era sólo del 0,2 al 0,8 por ciento (2).

B. INFECCIÓN

Múltiples estudios no relacionados de diversas disciplinas (epidemiología, histopatología, microbiología, bioquímica y medicina materno-fetal) han reportado una asociación entre la infección/inflamación y parto pretérmino. Las observaciones más consistentes provienen de los patólogos que han descrito pruebas histológicas de corioamnionitis en las placentas de 20 a 75 por ciento de partos pretérmino y cultivos positivos de membranas en el 30 a 60 por ciento de estos pacientes (12).

I. INFECCIÓN BACTERIANA ASCENDENTE.

Embarazo con algunas de las siguientes condiciones clínicas presentes sugerentes de infección intrauterina: RPM, corioamnionitis clínica, sangrado vaginal con desprendimiento amniocorial, infección cérvicovaginal (ICV) especialmente por *Streptococcus* Grupo B (SGB), infección del tracto urinario (ITU), dispositivo intrauterino (DIU) no extraído, placenta previa con sangrado vaginal, cérvix menor de 15 mm medido por ultrasonografía, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI), membranas prolapsadas bajo el orificio cervical externo (MPr) y asociado con los siguientes marcadores histopatológicos placentarios específicos: corioamnionitis aguda, funisitis aguda, factores asociados con parto prematuro (2).

II. INFECCIONES TRANSPLACENTARIAS

✓ Sífilis:

Infección materna confirmada con pruebas treponémicas, con o sin infección congénita, asociada con hallazgos histopatológicos placentarios específicos: aumento del tamaño y volumen placentario, vellositis crónica, eritroblastosis de vasos fetales y arteritis obliterante.

✓ Enfermedades virales:

Infección viral materna diagnosticada por serología (inmuno globulina M positiva), con o sin RCIU y asociada con hallazgos histopatológicos placentarios inespecíficos: vellositis, intervallositis, perivellositis crónica, corioamnionitis crónica y con o sin hidrops fetal (12).

2.2.3.2 FACTORES FETALES

A. GESTACIÓN MÚLTIPLE

Las gestaciones múltiples representan del 2 al 3 por ciento de todos los nacimientos, pero el 17 por ciento de los nacimientos de menos de 37 semanas de gestación y el 23 por ciento de los nacimientos de menos de 32 semanas (ACOG, 2004) (13). La disponibilidad generalizada de reproducción asistida se ha traducido en un gran aumento en la incidencia de embarazo múltiple y de este aumento, a su vez, ha llevado a un aumento en la tasa de parto pretérmino en los países desarrollados (14).

El mecanismo de trabajo de parto prematuro en gestaciones múltiples, y particularmente mayores gestaciones múltiples de orden, puede estar relacionado con la distensión uterina, aumento del volumen intrauterino, o complicaciones relacionadas tales

como la incompetencia cervical (13). Sin embargo, también pueden ser causas específicas relacionadas con el medio ambiente endocrino producido por el embarazo múltiple. Como ejemplo, durante las gestaciones múltiples se suelen producir una cantidad proporcionalmente mayor de estrógeno, progesterona, y esteroides sexuales en comparación con embarazos únicos. Aumento de la producción de esteroides en embarazos múltiples pueden desempeñar un papel en la iniciación del parto prematuro (15).

B. ANOMALÍAS CONGÉNITAS

De causa multifactorial, producto de factores ambientales, enfermedades maternas, agentes infecciosos, físicos, químicos, uso de medicamentos o de factores mecánicos durante el primer trimestre de la gestación, sin estudio cromosómico y asociadas con lesiones vellositarias sugerentes: inclusiones del trofoblasto, estroma inmaduro, trofoblasto hipoplásico, edema vellositario o calcificaciones. Habitualmente son malformaciones de un órgano o sistema: del tubo neural, cardiacos, del riñón y vía urinaria, displasias musculoesqueléticas y otros (2).

CAPITULO III.

METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Estudio de tipo retrospectivo de casos y controles, se realizó mediante el análisis de la información obtenida de las historias clínicas de pacientes cuya gestación culminó en parto pretérmino que fueron atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de la ciudad de Tacna durante el año 2013.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

- Población: Todas las pacientes cuya gestación culminó en parto de recién nacido vivo pretérmino, en el Hospital Regional Hipolito Unanue durante el año 2013. Durante el período de estudio se registraron un total de 3617 partos, de los cuales 178 fueron partos pretérminos, los cuales fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.
- Muestra: Se registraron 178 casos de parto pretérmino, tras la revisión de los datos consignados en las historias clínicas y el Sistema Informático Perinatal (SIP 2000) de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, se excluyeron 71 por no contar con

historias clínicas completas, obteniéndose 107 casos aptos para el estudio. Para determinar el grado de asociación estadística y tomando en cuenta la viabilidad del estudio se escogió una relación 1:2 respecto a los controles, seleccionándose 214 controles de partos a término los cuales fueron seleccionados de forma aleatoria simple.

3.2.1 GRUPO DE CASOS

Criterios de inclusión:

- Mujeres cuya gestación haya concluido antes de las 37 semanas completas de gestación o menos de 259 días desde la fecha de última regla.
- Recién nacido vivo.

Criterios de exclusión:

- Muerte fetal intrauterina.
- Historia clínica incompleta.

3.2.2 GRUPO DE CONTROLES

Criterios de inclusión:

- Mujeres de cualquier edad cuya gestación haya concluido entre las 37 y 41 semanas con 6 días desde la última fecha de menstruación.
- Recién nacido vivo.

Criterios de exclusión:

- Muerte fetal intrauterina.
- Historia clínica incompleta.

3.3 MÉTODO Y TÉCNICA 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.

3.4 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

El procesamiento de los datos recolectados se realizó mediante un software estadístico donde las diferentes variables fueron tabuladas, resumidas y representadas en cuadros de distribución de frecuencia, procediéndose al análisis estadístico, comparándose los partos de recién nacidos pretérmino (107 casos) y a término (214 controles), determinándose el odds ratio para cada factor en estudio, con su respectivo intervalo de confianza al 95%.

3.5 VARIABLES

Independientes

- Factores de riesgo maternos: edad materna, paridad, antecedente de parto pretérmino, antecedente de Aborto, periodo Intergenésico, número de controles prenatales, Nivel de hemoglobina, patología Obstétrica (Vaginosis, Infección del tracto urinario, Preclampsia, Ruptura prematura de membrana), Patología Médica (Tuberculosis, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus), ganancia de peso materno.
- Factor fetal: embarazo gemelar, sexo.

- Factores socio demográficos: nivel de instrucción, ocupación.

Dependientes

- Parto pretérmino: Parto producido entre las 22 a 36 semanas con 6 días de edad gestacional.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Grupo de variables	Denominación	Tipo de variable	Escala	Descripción	Nivel de medición
Dependiente					
	Parto pretérmino: Parto producido entre las 22 a 36 semanas con 6 días de edad gestacional.	Cualitativa	22-36 semanas, 6 días	Edad gestacional determinada por fecha de última regla	Nominal
Independiente					
Factores Maternos	Edad materna: Número de años cumplidos por la madre, de acuerdo a D.N.I. o Historia clínica.	Cuantitativa Continua	15 A 24 25 A 34 35 A 44	Altura medida en metros	De intervalo
	Paridad: Número de partos previos al estudio.	Cualitativa Dicotómica	0 1-2 3 a más	Número de partos previos al estudio registrados en historia clínica	Razón
	Antecedente de parto prematuro: Antecedente de parto antes de la semana 37 de gestación	Cualitativa dicotómica	Si - NO	Parto previo al estudio, producido antes de la semana 37 de gestación	Nominal
	Periodo intergenésico: Periodo comprendido entre la culminación de la gestación anterior y el inicio de la actual.	Cuantitativa discreta	≤ 2 años 2-4 años ≥ 4 años	Número de Años	Razón
	Ganancia de Peso	Cuantitativa Politómica	<8 Kg. 8-11 Kg. 12-16 Kg. >16 Kg.	Diferencia entre el peso pre concepcional y al culminar la gestación.	De intervalo

	Numero de Controles Prenatales	Cuantitativa Ordinal	<6 6 – 8 ≥9	Controles prenatales al culminar la gestación consignado en la historia clínica	Nominal
	Nivel de Hemoglobina	Cuantitativa Continua	<9,0 mg/dl 9,0-10,9 mg/dl ≥11,0 mg/dl	Consignado en la historia clínica	De intervalo
	Antecedente de Aborto	Cualitativa dicotómica	Si - NO	Abortos previos al estudio.	Nominal
	Ruptura prematura de membranas: Pérdida de integridad de las membranas ovulares antes del inicio del parto.	Cualitativa Dicotómica	SI- NO	Diagnóstico clínico consignado en la historia clínica durante hospitalización de la paciente.	Nominal
	Vaginosis: Infección vaginal por desequilibrio de la flora bacteriana.	Cualitativa dicotómica	SI- NO	Diagnóstico clínico consignado en la historia clínica durante hospitalización de la paciente.	Nominal
	Infección del tracto urinario	Cualitativa dicotómica	SI- NO	Urocultivo positivo.	Nominal
	Preclampsia	Cualitativa dicotómica	SI- NO	Diagnóstico clínico consignado en la historia clínica durante hospitalización de la paciente.	Nominal
	Tuberculosis	Cualitativa dicotómica	SI- NO	Diagnóstico clínico consignado en la historia clínica durante hospitalización de la paciente.	Nominal
	Hipertensión Arterial	Cualitativa dicotómica	SI- NO	Diagnóstico clínico consignado en la historia clínica durante hospitalización de la paciente.	Nominal
	Diabetes Mellitus	Cualitativa dicotómica	SI- NO	Diagnóstico clínico consignado en la historia clínica durante hospitalización de la paciente.	Nominal
Factores Fetales	Embarazo gemelar: Embarazo en el que se desarrollan simultáneamente dos o más fetos.	Cualitativa Dicotómica	SI- NO	Diagnóstico clínico consignado en la historia clínica durante hospitalización de la paciente.	Nominal

	Sexo	Cualitativa dicotómica	Femenino Masculino	Consignado en la historia clínica durante hospitalización de la paciente.	Nominal
Factores Socio Demográficos	Nivel de instrucción: Grado más elevado de estudios realizados o en curso.	Cualitativa Politémica	Primaria Secundaria Superior	Grado más elevado de estudios realizados o en curso.	Nominal
	Ocupación: Trabajo realizado en virtud de un acuerdo formal o de hecho.	Cualitativa Politémica	Ama de Casa Comerciant e Estudiante Profesionales Otro	Ocupación indicada por paciente y consignada en historia clínica	Nominal

CAPITULO IV.

RESULTADOS

TABLA 1

INCIDENCIA DE PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL AÑO 2013

RECIENTE NACIDO PRETERMINO	N	%	INCIDENCIA DE RN PRETERMINO
SI	178	4,9%	49 POR CADA MIL
NO	3439	95,1%	NACIDOS VIVOS
TOTAL	3617	100,0%	

Interpretación: en la Tabla 1 se encontró que del 100% (3617) partos acontecidos en el años 2013 en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, el 4,9% (178) fueron partos pretérmino. De los resultados obtenidos se concluyó que existe una incidencia de 49 pretérmino por cada mil nacidos vivos.

TABLA 2

**EDAD GESTACIONAL DE LOS RECIEN NACIDOS PRETERMINO EN
EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL AÑO
2013**

EDAD GESTACIONAL	N	%
32 A 33	17	15,9
34 A 35	39	36,4
36 A 37	51	47,7
TOTAL	107	100,0%

Interpretación: en la Tabla se encontró que el 15,9% de los recién nacidos presentaron una edad gestacional de 32 a 33 semanas; 36,4% nacieron con 34 a 35 semanas; presentando mayor porcentaje (47,7%) aquellos nacidos con 36 a 37 semanas en el años 2013 en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

TABLA 3

**EDAD MATERNA COMO FACTOR ASOCIADO AL PARTO
PRETERMINO EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA
DURANTE EL AÑO 2013**

EDAD MATERNA	PRE TERMINO		A TERMINO		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
15 A 24	34	31,8%	89	41,6%	0,65	0,40	1,07
25 A 34	51	47,7%	92	43,0%	1,21	0,76	1,92
35 A 44	22	20,6%	33	15,4%	1,42	0,78	2,58
TOTAL	107	100%	214	100%			

Interpretación: En la presente Tabla se observa que el 31,8% de los casos tuvieron edad de 15 a 24 años; lo que difiere ligeramente del grupo control en el que este grupo etáreo representa el 41,6%; asimismo se observa una distribución similar en el grupo de 25 a 34 años en que el grupo control presenta una diferencia de 4,7%; Tras el análisis estadístico se determinó que no existe asociación estadística en ningún grupo etáreo.

TABLA 4

**NIVEL EDUCATIVO COMO FACTOR ASOCIADO AL PARTO
PRETERMINO EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA
DURANTE EL AÑO 2013**

NIVEL EDUCATIVO	PRE TERMINO		A TERMINO		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
PRIMARIA	6	5,6%	24	11,2%	0,47	0,19	1,19
SECUNDARIA	76	71,0%	155	72,4%	0,93	0,56	1,56
SUPERIOR	25	23,4%	35	16,4%	1,56	0,88	2,77
TOTAL	107	100%	214	100%			

Interpretación: En la Tabla se observa que los grupos con mayor porcentaje se registró en el nivel de instrucción secundaria, representando 71,0% de los casos y 72,4% de los controles, seguido del nivel de instrucción superior representando 23,4% de los casos y 16,4% de los controles con una diferencia de 7,0%. Luego del análisis estadístico se demuestra que no existe asociación estadística en ningún nivel de educación.

TABLA 5**OCUPACION MATERNA COMO FACTOR ASOCIADO AL PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL AÑO 2013**

OCUPACIÓN MATERNA	PRE TERMINO		A TERMINO		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
AMA DE CASA	57	53,3%	151	70,6%	0,48	0,29	0,77
COMERCIANTE	21	19,6%	29	13,6%	1,56	0,84	2,89
ESTUDIANTE	15	14,0%	18	8,4%	1,78	0,86	3,68
PROFESIONAL	9	8,4%	8	3,7%	2,36	0,89	6,32
OTRO	5	4,7%	8	3,7%	1,26	0,40	3,96
TOTAL	107	100%	214	100%			

Interpretación: En la presente Tabla se observa que el 53,3% de los casos y un 70,6% de los controles tuvieron como ocupación ama de casa. El 19,6% de los casos tuvieron una ocupación como comerciante. El 14,0% de los casos fueron estudiantes y 8,4% fueron profesionales. Luego del análisis estadístico se demuestra que ninguna de las categorías presenta asociación significativa con la ocurrencia de parto pretérmino.

TABLA 6

**PARIDAD COMO FACTOR ASOCIADO AL PARTO PRETERMINO EN
EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL AÑO
2013**

PARIDAD	PRE TERMINO		A TERMINO		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
0	39	36,4%	93	43,5%	0,75	0,46	1,20
1	38	35,5%	63	29,4%	1,32	0,81	2,16
2	19	17,8%	35	16,4%	1,10	0,60	2,04
>2	11	10,3%	23	10,7%	0,95	0,45	2,03
TOTAL	107	100%	214	100%			

Interpretación: En la presente Tabla se observa la distribución por antecedente de paridad materna, encontrándose el 36,4% en los casos y 43,5% en los controles fueron nulíparas, las pacientes con 1 parto no difiere significativamente tanto en el grupo de casos, asimismo se observa una diferencia de 1,1% en aquellas con antecedente de 2 partos. Las pacientes con antecedente de más de 2 partos, representan el 10,3 % y 10,7% 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 7

**PERIODO INTERGENESICO COMO FACTOR ASOCIADO AL PARTO
PRETERMINO EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA
DURANTE EL AÑO 2013**

PERIODO INTERGENESICO	PRE TERMINO		A TERMINO		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
<2	48	44,9%	24	11,2%	6,44	3,64	11,39
2 A 4	24	22,4%	31	14,5%	1,71	0,94	3,09
>4	35	32,7%	159	74,3%	0,17	0,10	0,28
TOTAL	107	100%	214	100%			

Interpretación: En la presente Tabla se observa que el 44,9% de los casos tuvieron un período intergenésico corto, es decir menor de dos años, a diferencia de sólo un 11,2 % de los controles. En ambos grupos, el período intergenésico adecuado, entre 2 y 4 años, no supera el 30 %. Además se observa que el 32,7% de los casos tuvieron más de 4 años; lo que difiere sustancialmente del grupo control que representa sólo el 74,3%; Luego del análisis estadístico se determinó que el período intergenésico menor de 2 años presenta asociación significativa con la ocurrencia de parto pretérmino OR: 6,44, IC (0,10– 11,39), asimismo el

periodo intergenésico mayor de cuatro años presenta asociación significativa como factor de protección con OR: 0,17 (3,64 – 0,28).

TABLA 8**GANANCIA DE PESO EN EL EMBARAZO COMO FACTOR ASOCIADO AL PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL AÑO 2013**

GANANCIA DE PESO	PRE TERMINO		A TERMINO		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
<8	26	24,3%	50	23,4%	1,05	0,61	1,81
8-11	40	37,4%	66	30,8%	1,34	0,82	2,18
12-16	29	27,1%	75	35,0%	0,69	0,41	1,15
>16	12	11,2%	23	10,7%	1,05	0,50	2,20
TOTAL	107	100%	214	100%			

Interpretación: En la Tabla se observa la distribución por ganancia de peso materno, donde evidenciamos que 24,3% de los casos presentan ganancia de peso deficiente, es decir, menor de 8 Kg, a diferencia de un 23,4% del grupo control. En ambos grupos la ganancia de peso de 8 a 11 Kg. no difiere sustancialmente. Respecto a la ganancia de peso de 12 a 16 Kg, es de 27,1% y 35,0% en casos y controles, respectivamente. Finalmente la ganancia de peso mayor de 16Kg. en ambos grupos no llegó a superar el 12%. Luego del análisis estadístico no se determinó asociación significativa entre el número de partos previos y la ocurrencia de parto pretérmino.

TABLA 9

**CONTROLES PRENATALES COMO FACTOR ASOCIADO AL PARTO
PRETERMINO EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA
DURANTE EL AÑO 2013**

CONTROLES PRENATALES	PRE TERMINO		A TERMINO		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
<6	35	32,7%	34	15,9%	2,57	1,49	4,44
6 A 8	64	59,8%	162	75,7%	0,48	0,29	0,79
≥9	8	7,5%	18	8,4%	0,88	0,37	2,09
TOTAL	107	100%	214	100%			

Interpretación: En la Tabla se observa que el 32,7% de los casos tuvieron menos de 6 controles prenatales lo que difiere sustancialmente del grupo control representándose solo el 15,9%; asimismo encontramos el 59,8% en los casos y el 75,7% en los controles en aquellas que tuvieron 6 a 8 controles prenatales. Las pacientes con más de 9 controles prenatales, representan el 7,5 % y 8,4% en el grupo de casos y controles, respectivamente; Tras el análisis estadístico se determinó asociación estadística en el grupo con menos de 6 controles prenatales, con un OR: 2,75; IC(1,49 – 4,44), asimismo se encontró asociación estadística como

factor de protección a las pacientes que tuvieron 6 a 8 controles con OR:
0,48 (0,29 - 0,79).

TABLA 10

NIVEL DE HEMOGLOBINA COMO FACTOR ASOCIADO AL PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL AÑO 2013

NIVEL DE HEMOGLOBINA	PRE TERMINO		A TERMINO		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
<9,0	11	10,3%	13	6,1%	1,77	0,77	4,10
9,0-10,9	24	22,4%	67	31,3%	0,63	0,37	1,09
≥11,0	72	67,3%	134	62,6%	1,23	0,75	2,00
TOTAL	107	100%	214	100%			

Interpretación: En la Tabla se observa que el 10,3% de los casos tuvieron hemoglobina menor de 9,0 mg/dl; lo que no difiere sustancialmente del grupo control, este grupo que representa 6,1%; las pacientes con hemoglobina entre 9,0 – 10,9 mg/dl representan el 22,4% y 31,3% en el grupo de casos y controles, respectivamente. Finalmente se presenta el mayor porcentaje de pacientes con más de 11 mg/dl que representan el 67,3 % y 62,6% 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 11

**ANTECEDENTE DE PARTO PRETERMINO COMO FACTOR
ASOCIADO AL PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL HIPOLITO
UNANUE DE TACNA DURANTE EL AÑO 2013**

ANTECEDENTE DE PARTO PRE TERMINO	PRE TERMINO		A TERMINO		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
SI	5	4,7%	3	1,4%	3,45	0,81	14,71
NO	102	95,3%	211	98,6%	0,29	0,07	1,24
TOTAL	107	100%	214	100%			

Interpretación: En la presente Tabla se observa que un 4,7% de los casos presentaron antecedente de parto pretérmino, a diferencia de sólo un 1,4 % de los controles. Tras el análisis estadístico se evidencia que el antecedente de parto pretérmino no presenta asociación significativa con la ocurrencia de un nuevo parto pretérmino.

TABLA 12

**ANTECEDENTE DE ABORTO COMO FACTOR ASOCIADO AL PARTO
PRETERMINO EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA
DURANTE EL AÑO 2013**

ANTECEDENTE DE ABORTO	PRE TERMINO		A TERMINO		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
SI	31	29,0%	46	21,5%	1,49	0,88	2,53
NO	76	71,0%	168	78,5%	0,67	0,40	1,14
TOTAL	107	100%	214	100%			

Interpretación: En la presente Tabla se observa que un 29,0% de los casos presentaron antecedente de aborto, a diferencia de un 21,5 % de los controles. Tras el análisis estadístico se evidencia que el antecedente de aborto no presenta asociación significativa con la ocurrencia de parto pretérmino.

TABLA 13

**PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS COMO FACTOR ASOCIADO AL PARTO
PRETERMINO EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA
DURANTE EL AÑO 2013**

PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS ASOCIADAS	PRE TERMINO		A TERMINO		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
ITU	31	29,0%	65	30,4%	0,94	0,56	1,56
RPM	4	3,7%	5	2,3%	1,62	0,43	6,17
PREECLAMPSIA	3	2,8%	2	0,9%	3,06	0,50	18,58
OTRAS	3	2,8%	3	1,4%	2,03	0,40	10,23
NINGUNA	53	49,6%	133	62,2%	0,60	0,37	0,96
TOTAL	107	100%	214	100%			

Interpretación: En la presente Tabla se observa que el diagnóstico de Infección del Tracto Urinario estuvo presente en el 29,0% de los casos y 30,4% de los controles, en comparación con el grupo de casos y controles sin este diagnóstico. Asimismo la distribución por diagnóstico de ruptura prematura de membranas, el cual estuvo presente en el 3,7% de los casos no presenta asociación significativa con parto pretérmino; las pacientes que presentaron preeclampsia durante el embarazo fue del 2,8% de los casos y 0,9 % de los controles; luego del análisis de los datos

se muestra que las complicaciones obstétricas no presentan asociación estadística con la ocurrencia de parto pretérmino.

GRAFICO 2

**PATOLOGIAS OBSTETRICAS COMO FACTOR ASOCIADO AL PARTO
PRETERMINO EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA
DURANTE EL AÑO 2013**

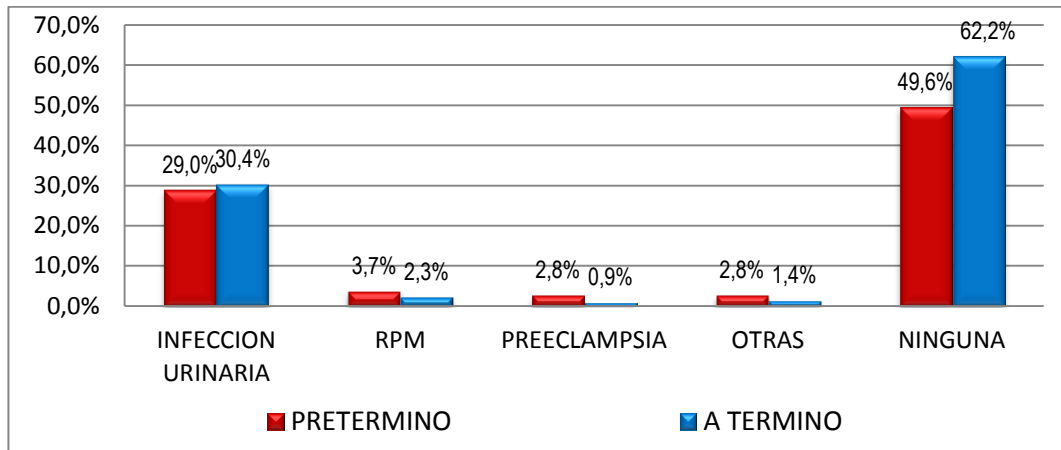


TABLA 14

**EMBARAZO GEMELAR COMO FACTOR ASOCIADO AL PARTO
PRETERMINO EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA
DURANTE EL AÑO 2013**

EMBARAZO GEMELAR	PRE TERMINO		A TERMINO		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
SI	13	12,1%	6	2,8%	4,79	1,77	13,00
NO	96	87,9%	208	97,2%	0,25	0,09	0,70
TOTAL	107	100%	214	100%			

Interpretación: La distribución de pacientes de acuerdo a la presencia de embarazo gemelar durante la gestación en estudio, observándose que éste se presentó en el 12,1% de los casos y 2,8% de los controles. Luego del análisis de los datos se muestra que el embarazo gemelar presenta asociación estadística con la ocurrencia de parto pretérmino, con un OR: 4,79; (IC: 1,77- 13,00).

GRAFICO 3

**EMBARAZO GEMELAR COMO FACTOR ASOCIADO AL PARTO
PRETERMINO EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA
DURANTE EL AÑO 2013**

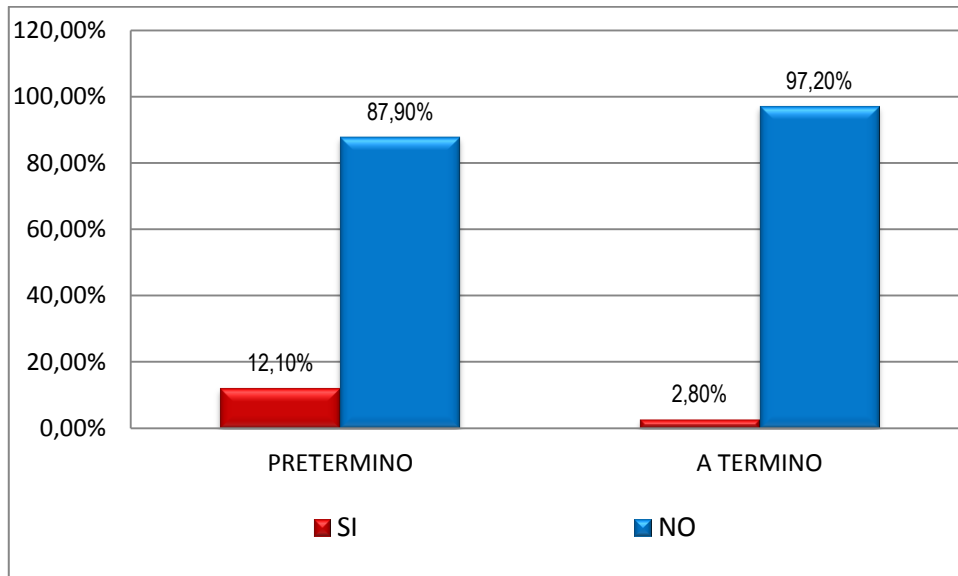


TABLA 15

**PATOLOGÍAS MEDICAS COMO FACTOR ASOCIADO AL PARTO
PRETERMINO EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA
DURANTE EL AÑO 2013**

PATOLOGÍAS MEDICAS ASOCIADAS	PRE TERMINO		A TERMINO		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
TUBERCULOSIS	1	0,9%	2	0,9%	1,00	0,09	11,15
HIPERTENSION ARTERIAL	1	0,9%	1	0,5%	2,01	0,12	32,44
NINGUNA	105	98,2%	211	98,6%	0,95	0,96	1,90
TOTAL	107	100%	214	100%			

Interpretación: En la presente Tabla se observa que el diagnóstico de Tuberculosis estuvo presente en el 0,9% de los casos y 0,9% de los controles, las pacientes que presentaron Hipertensión Arterial en estudio se presentó en el 0,9% de los casos y 0,5% de los controles. Tras el análisis de los datos se evidencia que estas variables no presentan asociación significativa con el parto pretérmino.

GRAFICO 4

PATOLOGIAS MEDICAS COMO FACTOR ASOCIADO AL PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL AÑO 2013

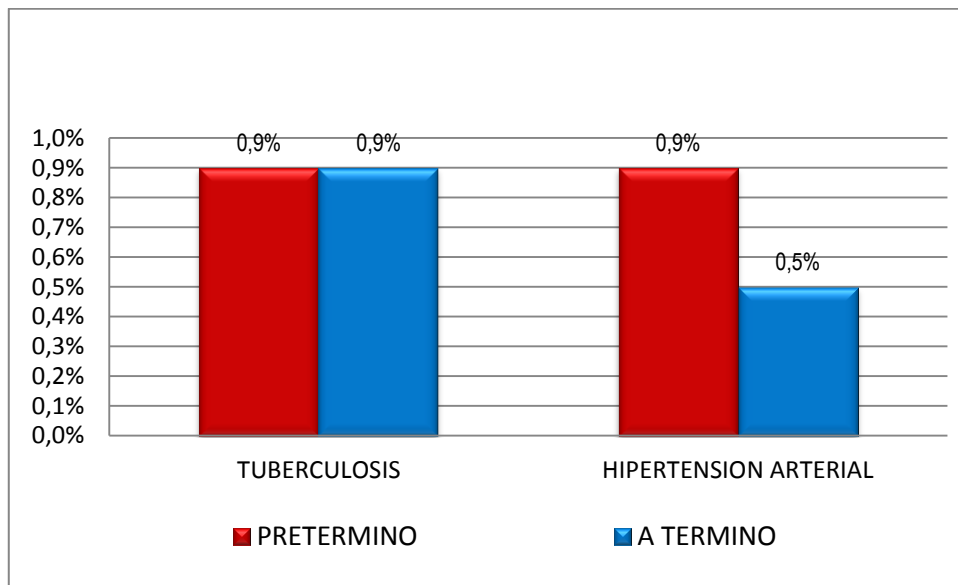


TABLA 16

**SEXO DEL RECIEN NACIDO COMO FACTOR ASOCIADO AL PARTO
PRETERMINO EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA
DURANTE EL AÑO 2013**

SEXO DEL RECIÉN NACIDO	PRE TERMINO		A TERMINO		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
FEMENINO	51	47,7%	116	54,2%	0,77	0,48	1,22
MASCULINO	56	52,3%	98	45,8%	1,30	0,82	2,07
TOTAL	107	100%	214	100%			

Interpretación: En la presente Tabla se observa que el sexo femenino en el recién nacido estuvo presente en el 47,7% de los casos y 54,2% de los controles, Asimismo los recién nacidos de sexo masculino fueron de 52,3% de los casos y 45,8% de los controles. Se demuestra que esta variable no presenta asociación estadística con la ocurrencia de parto pretérmino.

TABLA 17

**TIPO DE PARTO COMO FACTOR ASOCIADO AL PARTO
PRETERMINO EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA
DURANTE EL AÑO 2013**

TIPO DE PARTO	PRE TERMINO		A TERMINO		OR	I.C. 95%	
	N	%	N	%			
PARTO	27	25,2%	121	56,5%	0,26	0,16	0,43
CESÁREA	80	74,8%	93	43,5%	3,86	2,31	6,44
TOTAL	107	100%	214	100%			

Interpretación: En la presente Tabla se observa que el 74,8% nacieron por cesárea en el grupo de los casos frente a 43,5% de los casos y un 25,2% de los casos y 56,5% de los controles nacieron por parto. Después del análisis de los datos se encontró asociación estadística como factor de Riesgo de los nacidos por cesárea con OR: 3,86 (2,31 – 6,44), asimismo como factor de protección a los nacidos por parto con OR: 0,26 (0,10 – 0,43)

CAPITULO V.

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, de enero a diciembre de 2013, para determinar los factores asociados al parto pretérmino.

Los factores asociados con parto pretérmino determinados en el presente estudio fueron el periodo intergenesico <2 años (OR=6,44), controles prenatales <6 (OR=2,57), y embarazo gemelar (OR=4,79) En nuestra investigación se hallaron factores protectores como son: periodo intergenésico >4 años (OR=0,17) y controles prenatales ≥9 (OR=0,88).

Durante el período de estudio se registraron 3617 partos, de los cuales 178 fueron pretérminos lo que revela que la incidencia de parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período en estudio fue de 4,9%, cifra inferior a la reportada en estudios de otros países, donde este porcentaje varía entre 6 a 10% (24,27); siendo la frecuencia del parto prematuro en Estados Unidos de Norteamérica (USA) es entre 12 y 13% y en los países europeos entre 5 y 9% (2). Del mismo modo sucede con estudios nacionales. (1,4,5,6). Este hecho podría estar relacionado con la calidad de la salud en Tacna.

Nuestro estudio no mostro asociación significativa con ningún grupo etáreo y parto pretérmino; de acuerdo la literatura se reporta un estudio realizado por Parra (6) Este hallazgo concuerda a su vez con Huaroto, Riva, Challis, cuyos estudios demuestran una clara asociación entre el embarazo en adolescentes y la ocurrencia de parto pretérmino (5, 20, 25). La razón postulada para explicar esta asociación está relacionada con la inmadurez biológica de las mujeres en este grupo etáreo. Las adolescentes frecuentemente son de menor peso y estatura que las mujeres adultas. Como el crecimiento en la adolescencia no se detiene, las adolescentes requieren más nutrientes durante el embarazo. Tales factores antropométricos reflejarían la inmadurez biológica materna, y también están asociados con parto pretérmino (41).

El antecedente de paridad materna no demostró tener asociación significativa con el parto pretérmino en nuestro estudio. Encontramos que más del 90% de los las pacientes en ambos grupos presentaron dos partos o menos; este hecho puede deberse a las características de la población estudiada. Es de destacar que la falta de asociación determinada, difiere de lo hallado por Trelles (31), quien determinó que las pacientes con más de 4 partos previos tienen un riesgo de 2 a 3 veces mayor de presentar prematuridad.

Un gran número de estudios sobre factores de riesgo de prematuridad evidencian una clara relación con el antecedente de prematuridad. En nuestros hallazgos no evidenciamos asociación, lo que difiere de Parra (6); Genes (3). Se señala incluso que la presencia de este antecedente constituye el mejor predictor de un nuevo parto prematuro (25, 33).

Respecto al período intergenésico, encontramos que menos de la cuarta parte 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 largo en el grupo de controles duplica aproximadamente la del grupo de casos, sin embargo en el período intergenésico corto se encontró el 44,9% en los casos y 11,2% en el grupo de control. Tras el análisis estadístico determinamos que el período intergenésico corto, demostró asociación estadística en nuestro estudio, con un OR: 6,44; lo que concuerda con un estudio realizado por Parra (6) que determinó que el período intergenésico corto, demostró asociación estadística con un OR: 2.25; 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, además encontramos asociación estadística como factor de protección al periodo intergenésico largo con OR: 0,17 (0,10 – 0,28).

Con respecto a 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. Sin embargo pese a esta condición no demostró tener asociación significativa con parto pretérmino en el presente estudio; resultado que difiere con lo publicado por Parra (6) y parcialmente con Siega (46); quienes reportan que los extremos de peso preconcepcionales están asociados con mayores tasas de 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 (29). 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.

Nuestro estudio, al igual que la literatura nacional y extranjera, muestra que el número de Controles prenatales está asociada con parto pretérmino (OR: 2,57 para pacientes con menos de 6 controles prenatales). Este hallazgo concuerda a su vez con Arango (23), cuyo estudio demuestra una clara asociación entre el número de controles prenatales como predictor importante en la ocurrencia de parto pretérmino (23).

En nuestro estudio se valoro el nivel de hemoglobina, se determino que el 32,7% de la población estudiada presento menos de 10,9 mg/dl, sin embargo pese a esta condición no demostró tener asociación significativa con parto pretérmino, resultado que difiere con publicaciones de Huaroto (5), Arango (23), Romero (43), en las que se encontró asociación significativa con niveles inferiores de 10,9 mg/dl durante el embarazo fue uno de los factores más relacionados con el parto pretermino (OR: 16,3) (23).

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 4 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 no presenta asociación significativa,

lo que difiere con Parra (6), que concluye que dicho antecedente presenta asociación significativa, con un OR: 4,41. 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.

Respecto al antecedente de Aborto, encontramos que más de un tercera parte de las pacientes estudiadas presentaron como antecedente de aborto. Tras el análisis estadístico determinamos que el antecedente de Aborto, no demostró asociación estadística en nuestro estudio, lo que difiere con el estudio realizado por Loza (4), Riva (20); quienes identificaron al antecedente de aborto como factor predisponente para parto pretérmino.

Se encontró que el embarazo gemelar está asociado con parto pretérmino (OR = 4,79), lo cual coincide con Parra (6) y Arango (23) y Díaz (45). 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

superovulación 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 super-ovulación puede causar insuficiencia cervical, con posterior parto prematuro (45).

El diagnóstico de ruptura prematura de membranas en nuestro estudio, demostró no estar asociado al parto pretérmino, resultado que difiere con lo descrito en la literatura por Ekwo (46), Es también conocido que generalmente en un tercio de las pacientes con RPM se produce el parto, dentro de la primera semana (46). 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.

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 proinflamatorias 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 el diagnóstico de Infección del tracto urinario no demostró asociación significativa en nuestro estudio, así como en el estudio de Díaz (45). Este hallazgo puede deberse a la falta de un diagnóstico preciso de ITU, dada la variación en la presentación clínica en la paciente gestante y que para su definición en estudio se requiere un urocultivo positivo o examen completo de orina patológico, lo que no puede explicarse por falta de laboratorio, ni de recursos económicos, ya que casi todas las pacientes cuentan con algún tipo de seguro; más bien sí podría deberse a que estos exámenes no se solicitan adecuadamente y que se suele catalogar a una paciente con infección urinaria, con otros exámenes cuya especificidad es baja.

Con respecto al diagnóstico de preeclampsia presenta no asociación significativa con el parto pretérmino, lo que difiere de lo observado por Trelles (31) en su estudio el Hospital Cayetano Heredia en el que respecto a esta patología encontró una asociación significativa. Si bien es conocido que la preclampsia afecta del 3 al 5% de todas las gestaciones (45), no se conoce que se hayan realizado muchos estudios sobre la incidencia de la preclampsia en el parto pretérmino.

Con respecto de la Tuberculosis, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus se encontraron porcentajes muy bajos no llegando a superar el 2%, asimismo no se encontró asociación significativa; además no se conoce que se hayan realizado muchos estudios sobre la incidencia de dichas patologías en el parto pre término.

Respecto al nivel de instrucción se encontró que el mayor porcentaje perteneció al grupo de educación secundaria en ambos grupos, seguido del nivel de instrucción Superior llegando casi al 30% en el grupo de los casos; así mismo realizado el análisis estadístico, en nuestro estudio no se encontró asociación significativa entre el nivel de instrucción Superior y el parto pretérmino, lo que concuerda con lo descrito con Villamonte (14) y Díaz (45).

Respecto a la ocupación materna se encontró que, el mayor porcentaje pertenece a la categoría de ama de casa en ambos grupos, seguido distancialmente por las madres que son Comerciantes. Pese a dicho hallazgo no se encontró asociación significativa entre la ocupación y el parto pretermino.

El sexo del producto durante el embarazo en estudio no demostró tener asociación significativa estadística, ya que porcentaje de ambos sexos no difiere sustancialmente entre ambos grupos (casos y controles). Asimismo no se encontró asociación significativa; además no se conoce que se

hayán realizado muchos estudios sobre la incidencia del sexo en el parto pre término.

CONCLUSIONES

- Los factores maternos que se asocian significativamente al parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2013 son: controles prenatales <6 (OR=2,57), periodo intergenésico corto < 2 años (OR=6,44).
- El factor fetal que demostró asociación significativamente al parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2013 fue el embarazo gemelar (OR=4,79).
- Los factores maternos que se asociaron significativamente como factor de protección al parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2013 son: periodo intergenésico >4 años (OR=0,17) y controles prenatales ≥ 9 (OR=0,88).
- Los factores sociodemográficos no están asociados significativamente al parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de la ciudad de Tacna durante el año 2013.

RECOMENDACIONES

1. Reforzar nuestro sistema de salud en la atención primaria para mejorar la calidad de los controles prenatales y así lograr una detección precoz del parto pretérmino.
2. Debemos Identificar a las pacientes con factores de riesgo como son: controles prenatales <6, periodo intergenésico corto < 2 años y hacer un seguimiento con el fin de prevenir la posibilidad de presentarse un parto pretermino.
3. Las pacientes que presentan embarazos gemelares deben ser captadas y concientizadas de realizarse controles semanales en el último trimestre ya que dicho evento se a demostrados claramente que es un factor de Riesgo para la ocurrencia del parto pretermino.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jorge Luis Salvador, Jorge Diaz. Factores de riesgo del parto pretermino: Hospital Nacional Cayetano Heredia 2003.
2. Alfredo Ovalle, Elena Kakarieka, Gustavo Rencoret¹, Ariel Fuentes, María José del Río, Carla Morong, Pablo Beníteza. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. Rev Med Chile 2012; 140: 19-29
3. Viviana Beatriz Genes Barrios. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Universidad Nacional de Asunción. Rev. Nac. (Itauguá). Vol. 4 (2) Dic. 2012, Pág. 8-14
4. E.M. Losa, E. González, G. González. Factores de riesgo del parto pretérmino Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.
5. Karina Huaroto-Palomino, Miguel Angel Paucá-Huamancha, Meliza Polo-Alvarez, Jesus Nicolaza Meza-Leon. FACTORES DE RIESGO MATERNOS, OBSTÉTRICOS Y FETALES ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO, EN PACIENTES DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE ICA, PERÚ 2012.

6. Parra Velarde, Fernando. Factores de Riesgo Asociados A Parto Pretérmino En El Hospital Hipólito Unanue De Tacna Durante El Período enero 2010-diciembre 2012. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna Perú. 2013.
7. Jimmy Espinoza. FISIOPATOLOGÍA DEL SÍNDROME DE PARTO PRETÉRMINO. Rev Per Ginecol Obstet. 2008;54:15-21
8. Fleischman AR, Oinuma M, et al: Rethinking the definition of term pregnancy. Obstet Gynecol 116:136, 2010.
9. A. Ochoa, J. Pérez Dettoma. Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. An. Sist. Sanit. Navar. 2009; 32 (Supl. 1): 105-119.
10. Ananth CV, Getahun D, Peltier MR, et al. Recurrence of spontaneous versus medically indicated preterm birth. Am J Obstet Gynecol 2006; 195:643
11. Chio Naranjo IM, Pouymiro Beltrán MT. Mortalidad perinatal en embarazadas adolescentes. Rev Cub Obst Ginecol. 1998.
12. 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.
13. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Practice Bulletins-Obstetrics, Society for Maternal-Fetal Medicine,

ACOG Joint Editorial Committee. ACOG Practice Bulletin #56: Multiple gestation: complicated twin, triplet, and high-order multifetal pregnancy. *Obstet Gynecol* 2004; 104:869.

14. Villamonte W, Lam N, Ojeda E. Factores de riesgo del parto Pre término. Instituto materno perinatal. *Rev Per Ginecol Obstet* 2001; 47(2); 4-5.
15. TambyRaja RL, Ratnam SS. Plasma steroid changes in twin pregnancies. *Prog Clin Biol Res* 1981; 69A:189.
16. Petraglia F, Hatch MC, Lapinski R, et al. Lack of effect of psychosocial stress on maternal corticotropin-releasing factor and catecholamine levels at 28 weeks' gestation. *J Soc Gynecol Investig* 2001; 8:83.
17. Poma Baca. Proyecto: factores de riesgos maternos perinatales asociados a la gestión en adolescentes y las de edad avanzada en el hospital daniel a. Carrion - HUANCAYO. UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES UPLA; 2007.
18. Hoffman JD WK. Genetic factors in preterm delivery. *Obstet Gynecol Surv.* ; 1999.
19. Coronel Carvajal C, Sánchez Torres. Bajo Peso al nacer. Comportamiento de algunos factores de riesgo. *Rev Española Pediatr.* 2001.

20. Riva Reategui, Norma. Factores de riesgo para parto pretérmino espontáneo en adolescentes gestantes del Hospital de Apoyo Yarinacocha-Pucallpa. Tesis para optar título de especialista Gineco-obstetra. Perú. UNMSM, 2004.
21. Hernández F, López del Castillo J, González J, Acosta N. El recién nacido de bajo peso: comportamiento de algunos factores de riesgo. Rev Cubana Med Gen Integr. 1996.
22. Ananth CV, Getahun D, Peltier MR, et al. (2006) Recurrence of spontaneous versus medically indicated preterm birth. Am J Obstet Gynecol; 195:643.
23. Maria del Pilar Arango M.D. Ana Aroca Gonzales, C Caicedo pastrana. Factores de Riesgo para Parto Pretermino en el departamento de Caldas entre el 2003 al 2006. AARCH.MED. (Manizales); 8(1): 22-31.
24. Oliveros M, Shimabuku R, Chirinos J, Costta R, Ticona M, Mestanza M Barrientos A. El riesgo de muerte del recién nacido de muy bajo peso en el Perú. Proyecto multicéntrico. Rev Soc Per Pediatría. 2002; 55(3):18-24.
25. Challis JRG. Mechanism of parturition and preterm labor. Obstei Gynecol Surv 2000; 55(10): 650-60. Review.

26. Fabián Velásquez, Efraín Gustavo. Factores de riesgo materno asociados a ruptura prematura de membranas pretérmino en pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo enero-diciembre. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad De Medicina Humana Universidad Nacional Mayor De San Marcos Lima-Perú. 2008.
27. Ticona M, Huanco D. Mortalidad Perinatal Hospitalaria en el Perú. Factores de Riesgo. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2005, 70 (5).
28. Honest H, Bachmann LM, Ngai C, et al. (2005); The accuracy of maternal anthropometry measurements as predictor for spontaneous preterm birth--a systematic review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 119:11. 2010.
29. Rojas Vargas, Rafael Alberto. Relación talla materna baja e índice de masa corporal en parto prematuro idiopático. Tesis de grado especialización. Universidad Centroccidental "lisandro alvarado". Venezuela. 1999.
30. Kirsti Mykkestad K., Vatten L, Magnussen E, Salvesen K A, Romundstad . P. Do parental heights influence pregnancy length?: a population-based prospective study, HUNT 2 BMC Pregnancy and Childbirth 13:33 doi:10.1186/1471-2393-13-33. 2013.

31. Trelles I. Nacimiento pretérmino y bajo peso: Epidemiología en el Hospital de Apoyo Cayetano Heredia (Tesis de Doctor en Medicina). Lima (Pe): UPCH: 1990.
32. Loaiza Maya Leidy, Colorado Cruz Elizabeth, Sierra Henao Claudia, Tamayo Rojas Jefferi. Caracterización de las Gestantes Que Presentaron Complicaciones: Ruptura Prematura De Membranas, Amenaza De Parto Pretermino y/o Preeclampsia En La Clínica Villa Pilar E.S.E Rita Arango Álvarez Del Pino Manizales, Caldas Segundo Trimestre Del Año 2006. Universidad De Caldas Manizales-Colombia. 2006
33. Mercer B, Milluzzi C, Collin M. Perivable birth at 20 lo 26 weeks of gestation: proximate causes, previous obsletric history and recurrence risk. Am J Obstet Gynecol; 193:1175. 2005.
34. Palencia C (2009). Parto prematuro. CCAP. Volumen 9 Número 4.
35. Salvador. Jorge Luis Diaz Jorge, Huayanay Leandro (2009) Factores de riesgo Da torto pretérmino: Estudio caso-control
36. Tamby Raja RL, Ratnam SS. Plasma steroid changes in twin pregnancies. Prog Clin Biol Res 69A:189. 1981.
37. Ugalde-Valencia Diana, Hernández-Juárez María Guadalupe, Ruiz-Rodríguez Martha Adriana, Villarreal-Ríos Enrique. Infecciones del

tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes. Queretaro-México. 2012.

38. Vigil-De Gracia Paulino, Savransky Ricardo, Pérez Wuffc Juan Andrés, Delgado Gutierrez Julián, Nunez De Moráis Edson Guía clínica de la Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia FLASOG: GUÍA N° 1. 2011.
39. Wilcox AJ, Skjaerven R, Lie RT. (2008) Familial patterns of preterm delivery: maternal and fetal contributions. *Am J Epidemiol*; 167:474.
40. Williams MC, O'Brien WF, Nelson RN, Spellacy WN. Histologic chorioamnionitis is associated with fetal growth restriction in term and preterm infants. *Am J Obstet Gynecol* 183:1094. 2000.
41. Eifenbein D, Felice M. Adolescent pregnancy. *Pediatrics Clinics of North America* 2003; 50: 65 – 9
42. Siega-Riz AM, Herrmann TS, Savitz DA, Thorp JM. Frequency of eating during pregnancy and its effect on preterm delivery. *Am J Epidemiol* 2001; 153:647.
43. Romero Castellanos Mayda. Factores de Riesgo Asociados al parto pretermino. Hospital Víctor Lazarte Echeagaray 2007 – 2008
44. Fany Patricia García Coto, Fabian Pardo Cruz, Carlos Zuniga Mazier. FACTORES ASOCIADOS AL PARTO PREMATURO EN EL

DEPARTAMENTO DE LEMPIRA, HONDURAS. REV MED
HONDUR, Vol. 80, No. 4, 2012.

45. 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
46. Ekwo EE, Gosselink CA, Moawad A. Unfavorable outcome in penultimate pregnancy and premature rupture of membranes in successive pregnancy. *Obstet Gynecol* 1992; 80:166.