

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

**“FACTORES MATERNOS ASOCIADOS AL PARTO PRETERMINO
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
DURANTE EL 2006”**

TESIS

Presentada por:

Bach. Luis Alberto Vicente Quispe

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

TACNA - PERÚ

2007

UNIVERSIDAD NACIONAL "JORGE BASADRE GROHMANN"

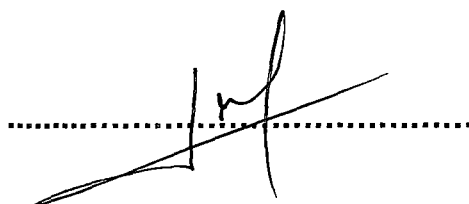
Facultad de Ciencia Médicas

ESCUELA DE MEDICINA HUMANA

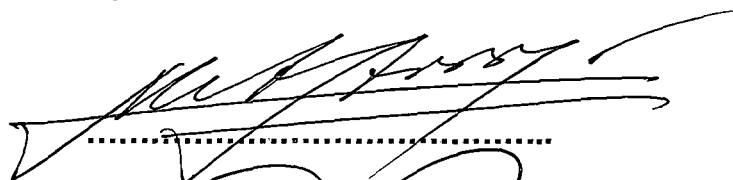
**"FACTORES MATERNOS ASOCIADOS AL PARTO PRETERMINO EN
EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
DURANTE EL 2006"**

TESIS APROBADA POR EL JURADO INTEGRADO POR:

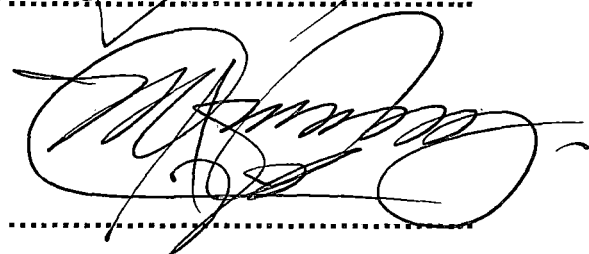
**DR. GUILLERMO BORNAZ ACOSTA
PRESIDENTE DEL JURADO**



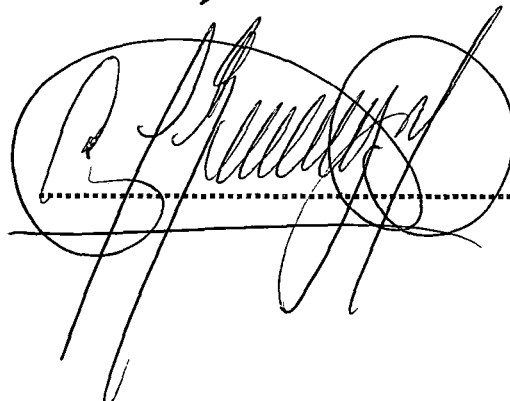
**MGR. MIGUEL ARROYO PANCLAS
PRIMER MIEMBRO DEL JURADO**



**MED. MAURO ROBLES MEJIA
SEGUNDO MIEMBRO DEL JURADO**



**MGR. CLAUDIO RAMÍREZ ATENCIO
ASESOR**



Registro N° 031-2007-FACM Escuela: Medicina Humana

Bachiller: LUIS ALBERTO VICENTE GUISPE

Fecha de Sustentación: 09 de marzo del 2007

Aprobado por: UNANIMIDAD Nota: 15 (QUINCE)


Calificativo: BUENO

Jurado: - Dr. Guillermo Eornaz Acosta

- Mq. Miguel Amoy Pandas

- Méd. Mauro Robles Mejía

Observaciones: _____


Secretario Académico
Administrativo

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 el 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 el que estén conmigo a mi lado.

CONTENIDO

	Pág.
CAPITULO I DEL PROBLEMA.....	1
CAPITULO II MARCO TEÓRICO.....	9
CAPITULO III OBJETIVOS E HIPÓTESIS	25
CAPITULO IV METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	27
CAPITULO V RESULTADOS	34
CAPITULO VI DISCUSIÓN	58
CAPITULO VII CONCLUSIONES.....	66
CAPITULO VIII RECOMENDACIONES.....	68
BIBLIOGRAFÍA	70

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: se denomina parto pretermino al nacimiento que ocurre entre la 22 y 37 semana de gestación.

OBJETIVO: Determinar los factores de riesgo maternos asociados al parto pretermino en el hospital Hipólito Unanue de Tacna.

MATERIALES Y METODOS: se realizó un estudio de casos y controles, Durante el 2006. Casos: 298 mujeres que culminaron su embarazo antes de la semana 37. Controles: 3260 pacientes con parto a término. Para el análisis estadístico se empleó la razón de momios (O.R.).

RESULTADOS: En el periodo de estudio se atendieron 3558 eventos obstétricos, de los cuales 298 (8.4 %) fueron pretérmino. No hubo diferencia estadísticamente significativa en la edad, grado de instrucción, vía de interrupción del embarazo, estado civil, y patologías medicas como cardiopatía, diabetes mellitus, tuberculosis pulmonar, hipertensión arterial. Los factores asociados al parto pretérmino con diferencia significativa ($p \leq 0.05$) fueron la ruptura prematura de membranas (O.R.:7.29), tener de 1 a 3 controles prenatales (O.R.:3.27), retardo del crecimiento Intrauterino (O.R.:10.97), preeclampsia severa (O.R.:12.27), antecedente de aborto habitual (O.R.:5.53), embarazo doble (O.R.:8.57).

CONCLUSIÓN: Los factores asociados al parto pretérmino son la ruptura prematura de membranas, tener de 1 a 3 controles prenatales, retardo del crecimiento Intrauterino, preeclampsia severa, antecedente de aborto habitual, embarazo doble.

SUMMARY

Pre-term childbirth is birth that occurs between the 22th and 37th week of pregnancy

OBJECTIVE: To determine the maternal risk factors associated with preterm childbirth in the Hipolito Unanue Hospital of Tacna.

MATERIAL AND METHODS: A study of cases and controls was made from January 1st, 2006, to December 31th, 2006; cases: 298 patients who finished their pregnancy before the 37th week, Controls: 3260 patients whose pregnancy came to term. the momios reason (O.R.) were used for statistical analysis.

RESULTS: 3558 obstetric events were attended in the study period of which 298 patients (6.73 %) were pre-term. There was no significant statistical difference in the age, the pregnancy interruption process, heart disease, diabetes mellitus, tuberculosis, high blood pressure. The factors associated with pre-term childbirth with meaningful difference ($p \leq 0.05$) premature rupture membrane, (O.R.:7.29), the absence or 3 prenatal controls (O.R.:3.27), Intrauterine Growth Restriction (O.R.:10.97), severe preeclampsia (O.R.:12.27), previous habitual abortion (O.R.:5.53), twin pregnancy (O.R.:8.57).

CONCLUSION: The factors associated with pre-term childbirth are, premature rupture membrane, the absence or 3 prenatal controls, Intrauterine Growth Restriction, severe preeclampsia, previous abortus habitual, twin pregnancy.

CAPITULO I

DEL PROBLEMA

1.1.- INTRODUCCIÓN

La prematuridad es la principal causa de mortalidad perinatal en todo el mundo y constituye uno de los problemas más severos de la asistencia perinatal. El riesgo global de un prematuro de morir es 180 veces 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.

Existen factores maternos predisponentes para el parto pretérmino como: la historia y antecedentes personales, complicaciones concomitantes con el embarazo, complicaciones obstétricas, aparato genital y otras (1).

En América latina el bajo peso al nacer, representa aproximadamente el 9% de todos los nacimientos y en promedio el 55% corresponden a gestaciones de pretérminos (1) las cifras se modifican considerablemente en países desarrollados donde la atención perinatal está muy avanzada. La

normatización de la amenaza de parto pretérmino permite disminuir las complicaciones que se desencadena de esta patología obstétrica.

El presente estudio pretende conocer la frecuencia y los factores maternos asociados al parto pre-termino. Creemos que el desarrollo del tema es importante y se justifica ya que servirá como base útil para el conocimiento de este problema en nuestro medio para las futuras promociones en salud, y especialmente nos permitirá conocer y probablemente modificar los factores de riesgo maternos asociados a los parto pre-términos atendidos en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2006.

1.2.- EL PROBLEMA

1.2.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Determinar cuáles son los factores maternos asociados a la presentación de los partos pre-términos atendidos en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2006?

1.2.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

- ÁREA GENERAL: Ciencias de la Salud
- ÁREA ESPECÍFICA Medicina Humana
- ESPECIALIDAD Gineco-Obstetricia
- LÍNEA O TÓPICO Parto pre-termino.

Se denomina parto pretérmino a la interrupción del embarazo antes de la semana 37 de gestación. Los estudios epidemiológicos encaminados a reconocer factores asociados no explican más de 40 % de los nacimientos pretérmino. El parto pretérmino se divide en dos subgrupos: (2) aquellos con edad gestacional entre 28 y 36.6 semanas llamados partos pretérminos, propiamente dichos (80 % de los casos), y aquellos con edad entre 22 y 28 semanas, conocidos como partos inmaduros (20 %). Ambos subgrupos dentro de la denominación de partos pretérminos, el presente trabajo estudiara aquellos partos que se presentaron entre las 22 y 36.6 semanas de gestación.

Esta complicación obstétrica ocurre en 5 a 10 % del total de nacimientos, incidencia que no ha cambiado por décadas. A pesar de la agresiva terapia tocolítica y las múltiples investigaciones en la

etiopatogenia, los programas para prevención han tenido poco impacto institucional. (3)

El parto pretérmino ha sido y continúa siendo uno de los mayores problemas de morbilidad y mortalidad neonatal. Las complicaciones médicas durante la gestación, como las infecciones del tracto genital, de las vías urinarias, la anemia, preeclampsia o la ruptura prematura de membranas, aumentan las probabilidades de terminar el embarazo antes de la semana 37, del nacimiento de un niño prematuro con bajo peso y, consecuentemente, del incremento en la mortalidad neonatal. (4,5)

La incidencia de este problema oscila entre el 5 y 10% en los Estados Unidos de América (4). En los países en vías de desarrollo no hay estadísticas confiables, estimándose en más del 10%³; en el Instituto Materno Perinatal se observó una cifra de 5,02%. El nacimiento de un niño pretérmino es una de las principales causas de morbimortalidad perinatal en el ámbito mundial, constituyéndose de esta manera en un problema de salud pública de suma importancia, especialmente en Latinoamérica. (4,5)

Teniendo en cuenta la importancia de la patología, además la escasez de trabajos como publicaciones nacionales y locales al respecto, es conveniente realizar el presente trabajo, aportando los

conocimientos del tema en relación a nuestra localidad. Así mismo, nos permite evaluar los diferentes factores maternos asociados al parto pretérmino, para poder tenerlos en cuenta cuando la gestante ingresa al control prenatal, y en cada visita, para detectarlos precozmente, de esta manera poder actuar y disminuir en la frecuencia de los mismos, ya que el parto pretérmino sigue siendo una causa de mortalidad perinatal en el mundo y constituye uno de los problemas más severos de la asistencia prenatal. Además del alto costo que representa la manutención de los recién nacidos prematuros para nuestro país.

El presente trabajo aborda un problema de interés, pretende identificar los principales factores de riesgo obstétricos que se relacionan con el parto pretérmino en las pacientes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue De Tacna durante el año 2006.

1.2.3 INTERROGANTES BÁSICAS DEL PROBLEMA

1. ¿Cuál es la frecuencia del parto pretérmino en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2006?

2. ¿Cuáles son los principales factores obstétricos y no obstétricos asociados a la presentación de parto pretérmino en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna?

1.3.- ANTECEDENTES

Son pocos los estudios que han investigado la prevalencia y factores asociados a la presentación de parto prematuro en nuestro medio:

Villamonte y Lam. Factores De Riesgo Del Parto Pretérmino En El Instituto Materno Perinatal Lima 1996.

En el Perú, Villamonte y Lam, estudiaron 165 casos y 330 controles. Y los principales resultados encontrados fueron: La ausencia de control prenatal (OR= 14,4), nacida en la sierra (OR= 2,26) y la selva (OR= 3,33), procedente de distrito de clase social baja (OR= 2.52), antecedente de partos pretérmino (OR= 1, 62), diagnóstico de hemorragia del tercer trimestre (OR= 17,33), ruptura prematura de membranas (OR= 7,29), sufrimiento fetal agudo (OR= 3, 63), presentación podálica (OR= 2,89), preeclampsia (OR= 1,92) y embarazo gemelar (OR= 2,26) mostraron ser factores de riesgo para el parto pretérmino. Concluyendo que la presencia de hemorragia del tercer trimestre, ruptura prematura de membranas, preeclampsia, sufrimiento fetal agudo y embarazo gemelar se relacionaron con el nacimiento de un pretérmino. (6)

Chinchayan García. *Nacimiento pretérmino y a término: Influencia de algunos factores maternos. Hospital Eleazar Guzman Barron. Chimbote 1997.*

Chinchayan García, en otro estudio similar, reportó una incidencia de parto pretérmino del 10.4%, y un 85.6% fueron a término, es decir de cada 10 nacimientos uno fue pretérmino. Los factores maternos que no tuvieron significancia estadística ($p > 0,05$) en la influencia de los nacimientos pretérmino y a término fueron: edad materna, grado de instrucción, paridad, control prenatal, intervalo intergenésico; Pero si se constituyen en factores de riesgo para la madre y el niño. Los factores maternos que tuvieron significancia estadística ($p < 0,05$) en su influencia sobre los nacimientos pretérmino y a término fueron los antecedentes y complicaciones gineco-obstétricas, a su vez se encontró un alto riesgo ($RR=2.92$) de aproximadamente 3 veces más que ocurrieran nacimientos pretérmino en madres que presentaron alguna complicación gineco-obstétrica igualmente, existió un riesgo moderado ($RR=2.47$) de aproximadamente 2 veces más que ocurrieran nacimientos pretérmino en madres que tuvieron antecedente gineco-obstétrico.(7)

Cabezas Elizondo, Sonia. *"Parto pretérmino: Factores De Riesgo Y Mortalidad Neonatal Hospital Bertha Calderon" Nicaragua. 2002.*

En Nicaragua, Cabezas Elizondo en su estudio identificó las primeras causas asociadas como factores de riesgo materno para parto pretérmino: nivel socioeconómico bajo 31%, Periodo intergenésico corto 22%, y Menores de

20 años. Mientras que los factores de riesgo fetales el 87 % no tuvieron causa aparente y la gestación múltiple representó el segundo lugar 12%. Los factores placentarios el 80% no se identificó causa, la RPM con un 15%. Dentro de los factores obstétricos encontrados en el estudio se presentaron: las primigestas, el periodo intergenésico corto, RPM, embarazo múltiple. Los factores no obstétricos: la edad menor de 20 años, el nivel socioeconómico bajo. Las principales causa de muertes neonatales por pretérmino fueron la sepsis y el SDR, el mayor porcentaje de muertes por semanas de gestación correspondió al grupo de 30 a 34 semanas y el peso promedio de los neonatos fallecidos correspondió al grupo de 1000 a 1499 gramos. (8)

Calderón Guillén, y cols. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. Querétaro. México. 2005.

En México, Calderón Guillén y otros, en un trabajo similar, reportaron una tasa de parto pretérmino del 6.73 %. Los autores encontraron que no hubo diferencia estadísticamente significativa en la edad, vía de interrupción del embarazo e incidencia de preeclampsia-eclampsia. Los factores asociados al parto pretérmino con diferencia significativa ($p < 0.05$) fueron el peso y la talla materna, la ruptura prematura de membranas (OR = 4.7), la cervicovaginitis (OR = 3.3), la hiperémesis gravídica (OR = 1.9), la infección de vías urinarias (OR = 1.6) y la anemia (OR = 1.6). (9)

CAPITULO II

MARCO TEORICO

La Organización Mundial de la Salud define como pretérmino a aquel nacimiento de más de 20 semanas y menos de 37. La tasa de prematuridad en los EEUU es de 11 %, mientras que en Europa varía entre 5 a 7 %. A pesar de los avances en la atención obstétrica, estas cifras no han disminuido en los últimos 40 años. De hecho, en algunos países industrializados han aumentado levemente. La prematuridad sigue siendo la principal causa de morbilidad neonatal en los países desarrollados, y es responsable del 60 a 80 % de las muertes neonatales de los recién nacidos sin malformaciones. Como el riesgo de morbilidad en los nacimientos cercanos al término es baja, la mayor atención está focalizada en el parto pretérmino temprano (menor de 32 semanas). Si bien los nacimientos en este grupo representan el 1 al 2 % de todos los partos, ellos son responsables de cerca del 50 % de la morbilidad neurológica a largo plazo y del 60 % de la mortalidad neonatal.(1)

Las tasas de mortalidad neonatal han disminuido en los últimos años debido a la mejoría de los servicios de cuidados intensivos neonatales y a un mejor acceso a los servicios de salud; actualmente sobrevive más del 50 % de los

neonatos de 25 semanas, y más del 90 % de los neonatos por encima de las 28 a 29 semanas. En EEUU, se han reportado tasas de sobrevivencia del 20 al 30% en recién nacidos de 22 a 23 semanas; sin embargo, estos niños presentan a menudo déficit neurológico a largo plazo (11). Ya que a medida que aumenta la edad gestacional desde las 22 a las 28 semanas, existen mejores resultados tanto en la sobrevivencia como en un mejor desarrollo neurológico, los mayores beneficios en retrasar el parto se observan en esta etapa. Las principales complicaciones a corto plazo asociadas a la prematuridad incluyen síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, leucomalacia periventricular, enterocolitis necrotizante, displasia broncopulmonar, sepsis y persistencia del ductus arterioso. En cuanto a la morbilidad a largo plazo se destaca la parálisis cerebral, el retardo mental y la retinopatía del prematuro. El riesgo de estas patologías se relaciona directamente con la edad gestacional y el peso al nacer. Por ejemplo, la parálisis cerebral se presenta en aproximadamente el 2 por mil del total de nacimientos, siendo 40 veces más alta la probabilidad de presentarla en un parto de pretérmino. Aproximadamente el 8 al 10 % de los recién nacidos vivos con peso menor a los 1000 gramos desarrollarán parálisis cerebral. Estos niños además tienen tasas más altas de retardo mental y discapacidad visual, así como alteraciones en el comportamiento neurológico y pobre desarrollo escolar (2,3).

1.- TRABAJO DE PARTO DE PRETERMINO

El trabajo de parto de pretérmino es definido como la presencia de contracciones regulares y modificaciones cervicales antes de las 37 semanas de gestación. El trabajo de parto de pretérmino espontáneo es responsable del 40 al 50 % de los partos de pretérmino aproximadamente, mientras que el resto de estos nacimientos resultan de la Rotura Prematura de Membranas (RPM) (25 a 40 %) y de indicaciones de interrupción del embarazo antes del término (20 a 25 %) (4).

Su patogénesis es aún discutida, y a menudo no está claro si el trabajo de parto pretérmino representa una activación temprana idiopática del trabajo de parto normal o es el resultado de algún mecanismo patológico. Existen algunas teorías acerca de la iniciación del trabajo de parto, como ser: 1) disminución brusca de los niveles de progesterona (demostrada en ovejas), 2) liberación de ocitocina (si bien los niveles de ocitocina y su clearance son estables durante todo el embarazo y no aumentan antes del trabajo de parto) y 3) activación decidual prematura (ocurriría en el contexto de una infección oculta del tracto genital superior). Esta última teoría podría ser la más probable. (5,6,7,)

2.- INFECCION Y NACIMIENTO DE PRETERMINO

Existe cada vez más evidencia que la infección de la decidua, de las membranas ovulares y del líquido amniótico se asocia con el parto de

pretérmino (8). La corioamnionitis clínica complica el 1 al 5 % de los embarazos de término y casi el 25 % de los partos de pretérmino, existiendo varios estudios 5-6 que demostraron mayor incidencia de corioamnionitis histológica y en cultivos de líquido amniótico en partos de pretérmino que en aquellos de término. Los organismos que se han relacionado con la corioamnionitis histológica incluyen: Ureaplasma Urealyticum, Micoplasma Hominis, Gardnerella Vaginalis, Peptoestreptococo y Bacteroides (9,10).

3.- FACTORES DE RIESGO

En EEUU la raza es un factor de riesgo significativo de parto de pretérmino. Las mujeres de raza negra tienen una tasa de prematuridad del 16 al 18 %, comparado con el 7 al 9 % en mujeres blancas. La edad es también otro factor de riesgo, las mujeres menores de 17 y mayores de 35 años, tienen mayor riesgo de presentar parto pretérmino. El bajo nivel cultural así como también el bajo nivel socioeconómico son factores de riesgo, aunque éstos son dependientes el uno del otro.(11)

La contribución relativa de las diferentes causas de parto de pretérmino, varía según la raza. Por ejemplo, el trabajo de parto pretérmino espontáneo conduce comúnmente al parto pretérmino en las mujeres blancas, mientras que la RPM pretérmino es más frecuente en las mujeres negras (12,13).

También varios factores conductuales aumentan el riesgo de parto de pretérmino. Tanto la ganancia de peso escasa como la excesiva, y el bajo índice de masa corporal (menos de 19.8 kg/m²) aumentan el riesgo de parto de pretérmino (13).

El hábito de fumar juega un papel mucho más significativo en el retardo del crecimiento intrauterino que en el parto pretérmino. Sin embargo, las mujeres fumadoras tienen 20 a 30 % más probabilidad de tener un parto de pretérmino (14,15).

La historia de un parto pretérmino previo sigue siendo uno de los factores de riesgo más importantes. El riesgo de recurrencia de un parto pretérmino en mujeres con antecedentes de prematuridad, oscila entre 17% y 40 % y parece depender de la cantidad de partos pretérminos previos. La literatura (16) ha reportado que una mujer con parto pretérmino previo, tiene 2.5 veces más riesgo de presentar un parto pretérmino espontáneo en su próximo embarazo. Cuanto más temprana es la edad gestacional en que se produjo el parto pretérmino anterior, mayor el riesgo de un nuevo parto de pretérmino espontáneo y precoz.(17,18)

El embarazo múltiple constituye uno de los riesgos más altos de prematuridad. Casi el 50 % de los embarazos dobles y prácticamente todos los embarazos múltiples con más de dos fetos, terminan antes de completar las 37 semanas , siendo su duración promedio, más corta cuanto mayor es el número de

fetos que crecen in útero en forma simultánea (36 semanas para los gemelares, 33 para los triples y 31 para los cuádruples) (19,20).

La metrorragia de la segunda mitad del embarazo, sea por desprendimiento de placenta marginal o por placenta previa, es un factor de riesgo tan importante como el embarazo múltiple. El sangrado del segundo trimestre no asociado con placenta previa o desprendimiento, también se ha asociado en forma significativa al parto pretérmino.(19)

Otros factores de riesgo que se han asociado con prematuridad han sido: oligo y polihidramnios, cirugía abdominal materna en el segundo y tercer trimestre (por aumento de la actividad uterina) y otras condiciones médicas maternas como diabetes pre existente o diabetes gestacional e hipertensión (esencial o inducida por el embarazo). Sin embargo, los nacimientos de pretérmino en estos casos, se debieron a interrupciones programadas por complicaciones maternas más que a partos de pretérmino espontáneos. La bacteriuria asintomática y otras infecciones sistémicas como neumonía bacteriana, pielonefritis y apendicitis aguda, provocan un aumento de las contracciones uterinas por lo que se asocian con la prematuridad. (19)

4.- PREVENCIÓN

Conceptualmente, la prevención del parto pretérmino se ha enfocado en dos áreas: 1. reduciendo los factores de riesgo descritos anteriormente, y 2.mejorando la calidad de vida, aumentando el aporte nutricional y de los

ingresos y reduciendo el estrés físico y emocional. Aunque no existen revisiones de estos temas, puede decirse que estos programas no han sido efectivos en los países desarrollados para reducir la incidencia de parto pretérmino. (16)

Otros programas dirigidos a disminuir la incidencia de parto pretérmino se han focalizado en el tamizaje para la detección de contracciones uterinas prematuras y cambios cervicales antes del inicio del verdadero trabajo de parto. Estos programas incluyen: 1) educación de las pacientes para reconocer las contracciones prematuras, 2) la vigilancia continua por el profesional, de los cambios cervicales, y 3) el monitoreo domiciliario de la actividad uterina. Los programas educativos generalmente entrenan a las mujeres para reconocer los síntomas del trabajo de parto pretérmino, como ser las contracciones uterinas, la presión pélvica y la pérdida vaginal. Además se han implementado los exámenes vaginales semanales con el fin de detectar cambios cervicales tempranos. (17)

Existen algunas explicaciones acerca de por qué estas intervenciones no han disminuido la tasa de parto pretérmino. Por ejemplo, el nivel de educación y supervisión puede ser inadecuado. Uno de los motivos más importantes puede ser que los síntomas tempranos de trabajo de parto pretérmino son subestimados y las mujeres no perciben las contracciones hasta que el trabajo de parto está relativamente avanzado. Para evitar esto, se ha propuesto el monitoreo domiciliario de la actividad uterina. Si bien estudios

pequeños han demostrado una disminución significativa en el parto pretérmino utilizando esta práctica, los estudios de mayor tamaño muestral mostraron que esta intervención era poco beneficiosa para reducir la frecuencia de parto pretérmino. Una causa para este fracaso es que las intervenciones disponibles para tratar el trabajo de parto pretérmino temprano una vez que éste es detectado, no son en su mayoría efectivas. (15,16,17)

5.- TRATAMIENTO

Todas las intervenciones consideradas tienen los siguientes objetivos: 1) inhibir o reducir la fuerza y la frecuencia de las contracciones, retrasando el momento del parto, y 2) mejorar el estado fetal antes del parto pretérmino.

5.1. REPOSO EN CAMA

Es la más común de todas las intervenciones orientadas a disminuir el parto de pretérmino. A pesar de ello, no existe ningún trabajo prospectivo randomizado que haya evaluado en forma independiente la efectividad del reposo en cama para la prevención del trabajo de parto pretérmino o su tratamiento en embarazos de fetos únicos. (18)

Existen cuatro investigaciones clínicas aleatorizadas que evaluaron el reposo hospitalario para la prevención y/o tratamiento del parto pretérmino en el embarazo gemelar; dos estudios no encontraron beneficios y dos mostraron un aumento en el parto pretérmino. Por lo tanto si bien parecería razonable indicar la reducción de la actividad física en pacientes con riesgo de prematurez, no existe evidencia de que esta intervención, especialmente cuando se extiende a reposo en cama absoluto, reduzca el parto pretérmino. De hecho en el embarazo gemelar puede ser perjudicial. (19)

Por lo tanto no existe evidencia que respalde la indicación del reposo en cama para prevenir o tratar el parto pretérmino.

5.2. HIDRATACIÓN / SEDACIÓN

La hidratación oral o endovenosa es otra de las intervenciones más comunes. Algunos profesionales la utilizan para diferenciar el falso del verdadero parto de pretérmino. Existen pocos estudios aleatorizados que evalúen esta intervención y ninguno de ellos demostró que la hidratación fuera efectiva. Por otra parte, esta práctica puede asociarse con una mayor incidencia de edema agudo de pulmón por sobrehidratación. La sedación es otra estrategia utilizada frecuentemente para diferenciar el verdadero trabajo de parto pretérmino de las contracciones uterinas prematuras. No existe evidencia científica que documente la efectividad de esta intervención. (17,18)

5.3. PROGESTERONA

Basado en la teoría de la disminución brusca de progesterona en el inicio del trabajo de parto, el uso de progesterona y otras progestinas despertó interés en el tratamiento del parto de pretérmino. Existe una revisión sistemática que incluye seis investigaciones clínicas aleatorizadas que demostró que el caproato de hidroxiprogesterona es efectivo usadas en forma profiláctica para prevenir el trabajo de parto pretérmino (Odds Ratio de 0.50). (17)

5.4. TOCOLÍTICOS

A. Drogas Beta simpaticomiméticas:

De los tres tipos de receptores β adrenérgicos, los β_2 son los que se encuentran en el útero, y su estimulación provoca la relajación de la fibra muscular lisa uterina. Si bien se han descrito agentes β_2 selectivos, (ritodrina, terbutalina, en algunos países fenoterol) todos en alguna medida estimulan los otros receptores Beta, de allí los efectos secundarios. Las drogas β_2 selectivas son las de primera elección en el tratamiento del trabajo de parto pretérmino.

Los efectos secundarios más comunes se asocian al efecto beta estimulante de los otros receptores beta. Los efectos secundarios

graves cardiorrespiratorios son edema pulmonar, arritmias cardíacas, isquemia miocárdica e incluso la muerte materna. Si bien el uso de los esteroides se ha asociado a un incremento del edema pulmonar, los más comúnmente usados (betametasona y dexametasona) tienen apenas efecto mineralocorticoide por lo que su contribución a un cuadro de edema pulmonar puede ser muy escasa. Uno de los efectos metabólicos de la ritodrina es la hipocalcemia la que lleva a un aumento de las concentraciones de insulina y glucosa. (14,18,19)

B. Sulfato de Magnesio

El uso del sulfato de magnesio ($MgSO_4$) como agente tocolítico fue descrito por primera vez por Steer y Petrie. El resultado fue la ausencia de contracciones por 24 horas. La tasa de éxito fue de 77 % para el grupo que recibió sulfato, 45 % para el grupo que recibió etanol, y 44 % para el grupo placebo. Estudios que compararon el sulfato con la Terbutalina demostraron que el $MgSO_4$, tenía efectos similares que la terbutalina y menos efectos secundarios. El $MgSO_4$, administrado por vía oral no es efectivo, para revertir el trabajo de parto de pretérmino ni prevenir su recurrencia. (21,22,23,24)

C. Inhibidores de la Síntesis de Prostaglandinas

Están disponibles actualmente una cantidad de drogas que inhiben la síntesis de prostaglandinas como son: aspirina, ibuprofeno,

indometacina, sulindac. De todas ellas la más estudiada es la indometacina.(21)

D. Bloqueadores de los Canales de Calcio

Son agentes que bloquean el flujo de calcio a través de la membrana, por lo que reducen la contractilidad a nivel muscular, cardíaco, vascular, y uterino. Por el momento, existe poca evidencia que muestre que las drogas bloqueantes del calcio sean más efectivas que el sulfato de magnesio para tratar el trabajo de parto pretérmino.(25)

E. Antagonistas de la Ocitocina

A pesar de que no están disponibles en los EEUU, serán discutidos en este artículo debido a que son utilizados en el resto del mundo. Estas drogas han demostrado su utilidad tanto in vivo como in vitro, siendo los primeros estudios realizados a inicios de la década del 80 (26).

Por lo tanto, como regla general, si se administran tocolíticos éstos deben usarse concomitantemente con los corticoides. Está discutido cuál es la edad gestacional en que deben usarse los tocolíticos, pero como los corticoides no se utilizan después de las 34 semanas, y los resultados perinatales en los niños pretérmino luego de esa edad gestacional son

generalmente buena, no se recomienda el uso de tocolíticos luego de las 34 semanas de edad gestacional. No existe consenso acerca de cuál es la menor edad gestacional límite para su administración.

5.5. ANTIBIOTICOS

El parto de pretérmino, en especial el que ocurre antes de las 30 semanas, ha sido relacionado con la infección del tracto genital superior. La mayoría de las bacterias involucradas en estas infecciones subclínicas son capaces de crear una reacción inflamatoria que pueden terminar en un parto pretérmino. Los antibióticos por lo tanto pueden ser útiles para prevenir y/o tratar el trabajo de parto pretérmino espontáneo. Sin embargo, los antibióticos se asociaron con un riesgo significativamente menor de infección materna y enterocolitis necrotizante neonatal. Por otro lado, dos investigaciones clínicas aleatorizadas sugieren que una combinación de metronidazol y ampicilina administrada precozmente a mujeres con trabajo de parto pretérmino durante 6-8 días, puede retrasar el parto en forma significativa, aumentar el peso al nacer y mejorar los resultados neonatales como la sepsis y la enterocolitis necrotizante. (17)

5.6. CORTICOIDES

El uso de los corticoides para prevenir el síndrome de distress respiratorio por membrana hialina, data de 1960 con los trabajos en animales de Liggins y Howie (27). Ellos observaron que las ovejas embarazadas que habían

recibido glucocorticoides para inducir el trabajo de parto pretérmino, habían tenido corderos con una maduración pulmonar fetal acelerada y disminución de problemas respiratorios al nacer. Luego de esta observación, esos investigadores condujeron la primera investigación clínica aleatorizada sobre glucocorticoides antenatales en humanos y encontraron que administrando 2 mg de betametasona en 2 ocasiones durante 24 horas, había una disminución significativa en la incidencia de síndrome de dificultad respiratoria (SDR) asociado con una reducción de la mortalidad perinatal en recién nacidos menores de 34 semanas. El efecto beneficioso se observó solamente si el parto se producía luego de las 24 horas de la primera dosis y antes de los 7 días. En los casos con rotura prematura de membranas de pretérmino los corticoides se deben administrar a las mujeres de menos de 30 a 32 semanas debido al riesgo de hemorragia intraventricular.(26,27)

Los corticoides más comúnmente utilizados son la betametasona (12 mg intramusculares cada 24 horas, 2 dosis) y la dexametasona (6 mg intramuscular cada 6 horas, 4 dosis). Ambas drogas atraviesan la placenta, tienen vida media larga y poca actividad mineralocorticoidea. Un estudio⁸⁴ sin embargo, sugiere que la betametasona es más efectiva que la dexametasona en la reducción de hemorragia intraventricular y la leucomalacia periventricular. Por lo tanto, en ausencia de más datos, la betametasona administrada en dosis única parece ser la mejor elección.(27)

5.7. PARTO

La reducción marcada en la morbilidad neonatal de los últimos años se ha debido sin duda a las mejoras en los cuidados intensivos neonatales. Nacer cerca de una unidad de cuidados intensivos con un equipo profesional experimentado en resucitación es uno de los mejores predictores de supervivencia neonatal. Los obstetras y todo aquel que atiende partos deben poner todos sus esfuerzos en que cada niño pretérmino pueda beneficiarse de la mejor tecnología. (16)

Las mujeres con trabajo de parto pretérmino tienen mayor probabilidad de tener fetos en presentación podálica que aquéllas de término, y cuanto más temprano sea el trabajo de parto, mayor la probabilidad de presentar distocias de la presentación. Los fetos en presentación podálica, sobretodo los menores a 32 semanas, cuando tienen un parto vaginal están más predispuestos a tener prolapso del cordón, traumatismos musculares y retención de cabeza última. Parecería que es menos probable que presenten injurias traumáticas y asfixia si nacen por cesárea. Los fetos pretérmino en podálica que tienen un parto vaginal cerca del término, parece que tienen resultados comparables a los fetos con presentación cefálica de vertex de la misma edad gestacional, sin embargo existen pocas investigaciones clínicas aleatorizadas, como para recomendar una vía del parto.

Un tema de discusión es como seleccionar la edad gestacional más temprana en la cual se debe ofrecer una cesárea. Sin embargo, los factores

que deben ser considerados deben incluir la sobrevida específica por edad gestacional y las tasas de morbilidad neonatal a corto y largo plazo en cada institución. En casos específicos, luego de un consejo adecuado, los deseos de los padres deben ser fuertemente considerados como una guía de manejo.

Los niños pretérmino, y especialmente los muy pretérminos son más vulnerables a presentar traumatismos durante el parto que los fetos de término. Tienen mucha más probabilidad de sufrir daño en los tejidos blandos, daño neurológico y hemorragia intracraneal traumática, que los niños de término. Por este motivo se debe tomar especial cuidado en no traumatizar estos niños, especialmente durante la cesárea o cuando se usa el fórceps. La extracción por vacuum en los partos pretérmino, puede agregar un riesgo extra y está contraindicada. Aunque no existen investigaciones clínicas aleatorizadas que confirmen esto, parece que se produce menos trauma durante el trabajo de parto y parto cuando el trabajo de parto se conduce con membranas íntegras. Por esta razón, especialmente en partos de niños muy pretérmino, la ruptura artificial de las membranas debe realizarse solamente si existe una clara indicación. Para los niños muy pretérmino en presentación podálica que presentan una viabilidad que está en el límite, por lo cual no se realiza una cesárea, un parto vaginal parece provocar el menor trauma (28).

CAPITULO III

OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.- OBJETIVO GENERAL

- Identificar los factores de riesgo maternos asociados con el parto pretérmino en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unanue De Tacna durante el año 2006.

3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la frecuencia del parto pretérmino en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2006.
- Identificar los principales factores maternos obstétricos y no obstétricos asociados con el parto pretérmino en las pacientes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

3.3.- HIPÓTESIS

Existen factores maternos como la edad, hábitos maternos, control prenatal inadecuado y otros, que aumentan el riesgo de presentación de parto pretérmino en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

CAPITULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.- DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente Estudio es de tipo Retrospectivo, Analítico de casos y controles no pareado.

- Retrospectivo: la base de datos se obtuvo del Sistema Informático Perinatal (SIP) del Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2006.
- Analítico de Casos y Controles: se analizó la información obtenida de las pacientes con recién nacidos vivos atendidas en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, el estudio dividió a las pacientes en dos grupos: un **grupo de casos** conformado por las aquellas cuyos neonatos nacieran entre las 22 y 37 semanas de gestación, siendo considerados como preterminos, y el **grupo control** conformado por las demás pacientes cuyos neonatos sean a termino o post-termino, edad gestacional entre 37 y 45 semanas.

4.2.- RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Se procedió a realizar las coordinaciones necesarias con la Dirección de Hospital y Jefatura del Servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, para obtener el acceso a la información del Sistema Informático Perinatal (S.I.P.), de la Unidad de Estadística del mencionado servicio y posteriormente se procedió a recolectar la información necesaria para el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Las pacientes consideradas para el estudio fueron todas las gestantes hospitalizadas en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unanue y cuyo parto fuera atendido durante el año 2006. La información requerida se obtuvo de la base de datos del Sistema Informático Perinatal (S.I.P.), esta base de datos considera información general de las pacientes, antecedentes obstétricos, patologías asociadas, controles prenatales e información del parto, vía final del parto e información del recién nacido.

La base de datos nos permitió manejar la información de 3558 pacientes que conformaron el estudio. Se dividieron a las pacientes en dos grupos: de casos y controles. Con las pacientes identificadas, se procedió a recabar la información requerida de la base de datos del Sistema Informático Perinatal (S.I.P.) del año 2006 del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

4.3.- ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

La datos obtenidos del Sistema Informático Perinatal (S.I.P nos permitió construir una base de datos usando el programa Excel XP de Windows edición 2003. Para el análisis de la información de los casos y controles se utilizó el Software estadístico SPSS v. 13.0 en español, y se procedió a realizar el análisis estadístico respectivo utilizando pruebas como el Odds Ratio para determinar el grado de protección o riesgo de muerte neonatal precoz que presentaba cada variable de estudio al comparar los casos y controles, el Intervalo de confianza contratado fue del 95%, la prueba estadística χ^2 para comprobar la relación entre dos variables de estudio y finalmente el índice de confiabilidad considerado para nuestra investigación fue $>95\%$ ($p < 0.05$).

4.4.- POBLACIÓN, CASOS Y CONTROLES

Los casos consideraron a todas las pacientes cuyos neonatos nacieron con edad gestacional entre 22 y 36.7 semanas de gestación, y cuyo parto haya sido atendido en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2006.

Los controles fueron todas las pacientes con recién nacidos entre 37 y 45 semanas gestación, es decir los nacidos a término y posttérmino.

La población total quedó conformada por 3558 pacientes y todas formaron parte del estudio. Del total de 3558 pacientes, se dividieron en dos grupos: el Grupo de Casos quedó conformado por 298 partos pretérminos, cuyo recién nacido tuviera entre 22 y 36.7 semanas de gestación, y el grupo Control quedó conformado por 3260 pacientes cuyo neonato tenía entre 37 y 45 semanas de gestación. Finalmente la relación de casos y controles fue de 01 caso por cada 11 controles (298 casos / 3260 controles)

4.5.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron en este estudio a todas las pacientes que cumplieron con los siguientes criterios:

1. Pacientes cuyo embarazo termine en parto con recién nacido vivo, y cuyo parto se fuera atendido durante el periodo de estudio, sin considerar la vía del parto.
2. **El grupo de casos** quedó conformado por todas las pacientes cuyo neonato naciera con una edad gestacional comprendida entre las 22 y 36.7 semanas de gestación, confirmado por

examen físico según el Test de Capurro. En total fueron 298 pacientes quienes conformaron el grupo de casos.

3. **Grupo Control:** conformado por 3260 pacientes que fueran atendidas para asistencia del parto, con recién nacido vivo, y edad gestacional entre 37 y 45 semanas de gestación.

4.6.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Partos atendidos fuera del tiempo de estudio.
2. Paciente cuyo neonato presente menos de 22 semanas de gestación.
3. Pacientes cuyo embarazo termine con muerte fetal intrauterina.
4. Pacientes cuya información solicitada no se encuentre en la base de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) o esté incompleta.

4.7.- VARIABLES DEL ESTUDIO

- Variable independiente: Factores Maternos Obstétricos (paridad, edad gestacional, abortos previos, etc.) y no Obstétricos (edad, peso, nivel educativo, etc.), son todos aquellos factores que podrían incrementar directa e indirectamente la probabilidad de presentar un parto pretérmino, es el fin del estudio.

- Variable dependiente: Parto pretérmino: Es aquel que genera un recién nacido con más de 22 semanas y menor de 37 semanas de gestación, confirmada por Fecha de última regla o examen físico.

4.8.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del parto.	Años	- < de 15 años - 15 a 19 años - 20 a 29 años - 30 a 39 años - > de 40 años
Escolaridad	Nivel educativo alcanzado hasta el momento de la visita al hospital.	Baja Adecuada	- Analfabeta o Primaria - Secundaria o Universitaria
Estado Civil	Situación o condición conyugal de las adolescentes	Inestable Estable	- Soltera - Conviviente o Casada
Hábitos Maternos	Utilización de sustancias tóxicas dañinas para la madre e hijo	Fumar Licor Drogas	- Si - No
Antecedentes patológicos personales	Condición o estado mórbido de la paciente presente antes del embarazo actual y que tiene rasgos de cronicidad.	Diabetes M. HTA. Enf. Pulmonar crónica Anemia Tuberculosis Nefropatías Enf. Tiroides Cardiopatías Otras	- Si - No
Gestas Anteriores	Número de embarazos que la paciente ha tenido incluido el embarazo actual.	La que la paciente refiera	- Primigesta - Bigesta - Trigesta - Multigesta
Patologías obstétricas previas	Condición o evento mórbido de la paciente presente en embarazos anteriores.	Abortos Embarazos preterminos Gemelares Otro	- Si - No
Período intergenésico	El tiempo transcurrido entre la fecha del último parto, aborto ó cesárea, y la fecha de última menstruación.	Meses	- No tiene - De 24 o menos - Mayor de 24

Edad gestacional	Tiempo medido en semanas desde la última menstruación y/o valorado por ultrasonido hasta el momento de la interrupción del embarazo expresado en semanas.	Semanas.	- De 28-36.6/7 - 37-41.6/7 - Mayor de 42
Control prenatal	Número de controles prenatales que se realizó en el actual embarazo	Controles	- Ninguno - 1 a 3 - 4 ó más
Factores de riesgo en el embarazo	Son factores que pueden incidir negativamente en la evolución de su embarazo y que se presentan en el transcurso de este.	Anemia Hemorragias RCIU Emb. Múltiple Pre-eclampsia RPM ITU Placenta previa DPPNI Poca o excesiva ganancia de peso.	- Si - No
Vía final del parto	Vía final del parto	- Vaginal - Cesárea	- Si - No
Peso del Recién Nacido.	Medida expresada en gramos del neonato al momento de nacer.	Gramos	- Menor de 1500 - 1500 - 2499 - 2500-3999 - 4000 ó más

S.I.P.: Sistema Informático Perinatal del Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unanue De Tacna

CAPITULO V

RESULTADOS

CUADRO 01

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2006

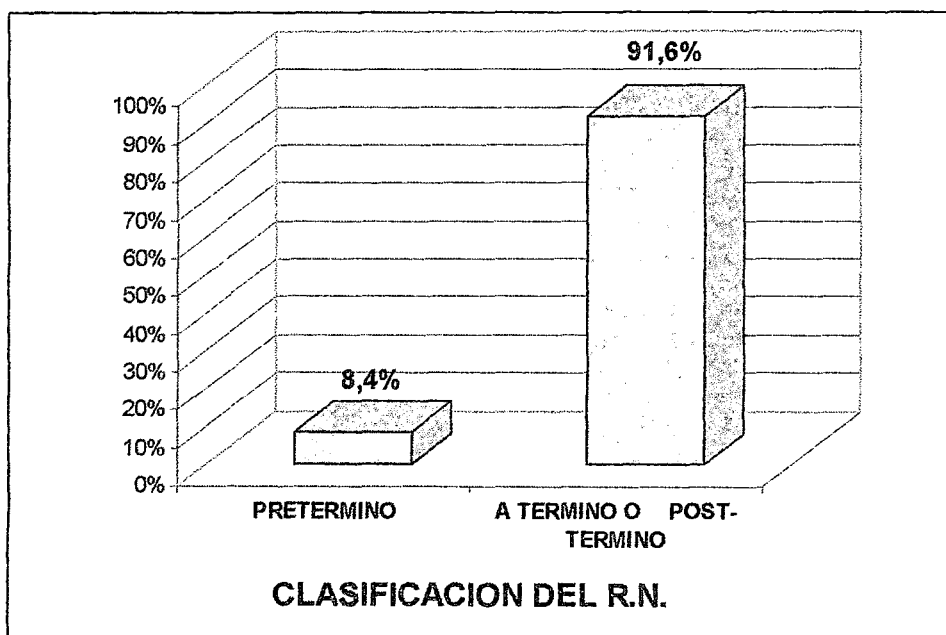
PACIENTES SEGÚN EL PARTO	FRECUENCIA	
	Nº	%
PARTO PRETERMINO (edad gestacional: 22-36)	298	8,4%
PARTO A TERMINO O POST-TERMINO (edad gestacional: 37-45)	3260	91,6%
TOTAL	3558	100.0%

FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal del año 2006 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

El cuadro 01 nos presenta la frecuencia de las pacientes cuyo parto fue atendido en el Servicio de gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2006. Observamos que 298 pacientes presentaron parto pre-termino (edad gestacional entre 22 y 36.6 semanas), correspondiendo al 8.4% del total de partos atendidos, mientras que los partos a termino y pos-termino (edad gestacional entre 37 y 45 semanas) representaron el 91.6%. Haciendo un total de 3558 partos atendidos durante el año 2006.

GRAFICO 01

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2006



FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal del año 2006 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

CUADRO 02

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN LA EDAD MATERNA Y EL RIESGO DE PARTO PRE-TERMINO EN EL SEVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2006

EDAD MATERNA	CASOS		CONTROLES		O.R.	I.C. 95%	P
	Nº	%	Nº	%			
10-14	3	1,0%	22	0,7%	1,50	0,45-5,03	>0,05
15-19	48	16,1%	557	17,1%	0,93	0,68-1,29	>0,05
20-29	161	54,0%	1793	55,0%	0,96	0,76-1,22	>0,05
30-39	79	26,5%	819	25,1%	1,08	0,82-1,41	>0,05
>49	7	2,3%	69	2,1%	1,11	0,51-2,44	>0,05
TOTAL	298	100,0%	3260	100,0%			

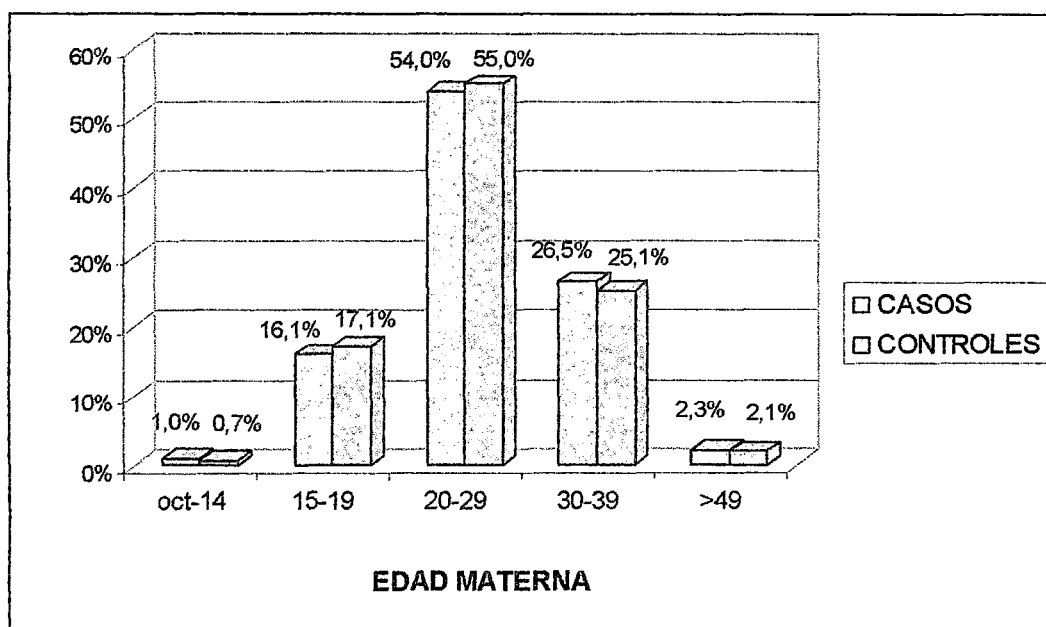
O.R. = Odds Ratio
 I.C. = Intervalo De Confianza
 p = Nivel De Significancia

FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal del año 2006 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

El cuadro 02 nos presenta los resultados obtenidos al asociar la edad materna como factor de riesgo para parto pre-termino. Las pacientes entre 20 y 29 años fueron las numerosas correspondiendo al 54.0% de los casos y 55.0% de los controles, observamos que las edades de las pacientes fueron similares en todos los grupos etáreos. Sin embargo la edad materna no esta asociada a un mayor riesgo de parto pre-termino, debido a que el O.R. no resulto estadísticamente significativo ($p > 0.05$ para todos los grupos etareos)

GRAFICO 02

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN LA EDAD MATERNA Y EL RIESGO DE PARTO PRE-TERMINO EN EL SEVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2006



FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal del año 2006 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

CUADRO 03

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCION Y EL RIESGO DE PARTO PRE-TERMINO EN EL SEVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2006

GRADO DE INSTRUCCION	CASOS		CONTROLES		O.R.	I.C. 95%	P
	Nº	%	Nº	%			
ANALFABETA	1	0,3%	9	0,3%	1,22	0,15-9,63	>0,05
PRIMARIA	25	8,4%	432	13,3%	0,60	0,39-0,91	<0,05
SECUNDARIA	193	64,8%	2128	65,3%	0,98	0,76-1,25	>0,05
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA	55	18,5%	562	17,2%	1,09	0,80-1,48	>0,05
SUPERIOR UNIVERSITARIA	14	4,7%	129	4,0%	1,20	0,68-2,10	>0,05
TOTAL	298	100.0%	3260	100,0%			

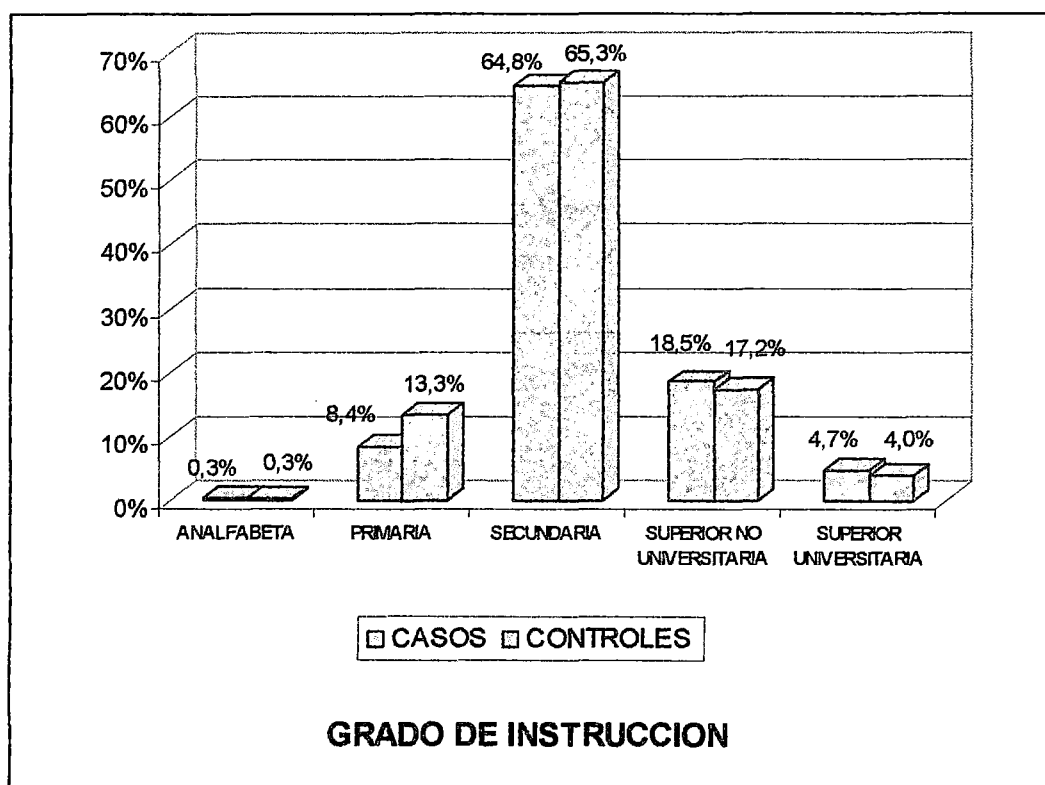
O.R. = Odds Ratio
 I.C. = Intervalo De Confianza
 p = Nivel De Significancia

FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal del año 2006 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

El cuadro 03 nos muestra el riesgo de parto pre-termino según el grado de instrucción en las pacientes de nuestro estudio. Observamos que la mayoría de pacientes (64.8% para los casos y 65.3% para los controles) solo tenían educación secundaria. Seguida de educación superior con el 23.2% y 21.2% respectivamente. Según los resultados obtenidos: tener educación primaria seria un factor de protección (O.R.= 0.60 , $p < 0.05$), mientras que los demás niveles de instrucción no ofrecen resultados significativos ($p > 0.05$).

GRAFICO 03

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCION Y EL RIESGO DE PARTO PRE-TERMINO EN EL SEVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2006



FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal del año 2006 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

CUADRO 04

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN EL ESTADO CIVIL Y EL RIESGO DE PARTO PRE-TERMINO EN EL SEVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2006

ESTADO CIVIL	CASOS		CONTROLES		O.R.	I.C. 95%	p
	Nº	%	Nº	%			
CASADA	58	19,5%	598	18,3%	1,08	0,80-1,45	>0,05
CONVIVIENTE	178	59,7%	2083	63,9%	0,84	0,66-1,07	>0,05
SOLTERA	62	20,8%	577	17,7%	1,22	0,91-1,64	>0,05
TOTAL	298	100.0%	3260	100,0%			

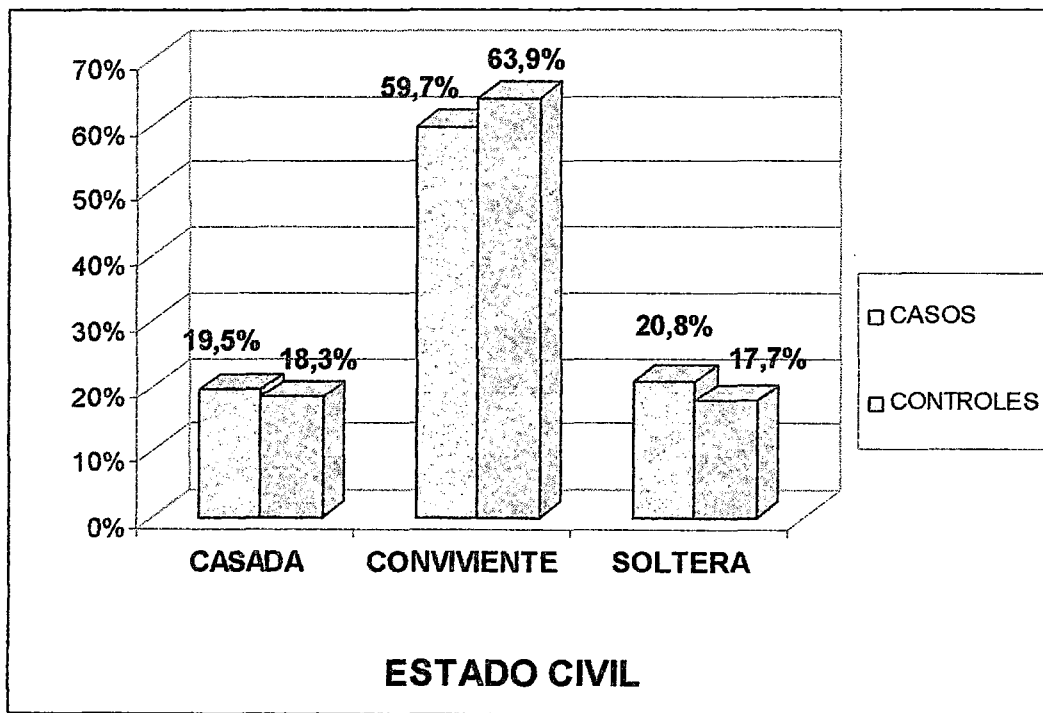
O.R. = Odds Ratio
 I.C. = Intervalo De Confianza
 p = Nivel De Significancia

FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal del año 2006 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

En el cuadro 04, se observa datos el estado civil de las pacientes y su relación con el parto pretermino. La mayoría de pacientes eran convivientes, representado el 59.7% para los casos y el 63.9% de los controles. Como se puede observar, los resultados encontrados no permiten conclusiones estadísticamente significativas. Tanto el ser casada, conviviente u soltera no representa un riesgo significativo para presentar un parto pretérmino (O.R. no significativo y valor $p > 0.05$).

GRAFICO 04

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN EL ESTADO CIVIL Y EL RIESGO DE PARTO PRE-TERMINO EN EL SEVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2006



FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal del año 2006 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

CUADRO 05

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN HABITO DE FUMAR Y EL RIESGO DE PARTO PRE-TERMINO EN EL SEVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2006

FUMAR (nºcigarrillos/día)	CASOS		CONTROLES		O.R.	I.C. 95%	p
	Nº	%	Nº	%			
1-20	0	0,0%	1	0,0%	**	**	**
>20	0	0,0%	0	0,0%	**	**	**
TOTAL	298	100.0%	3260	100,0%			

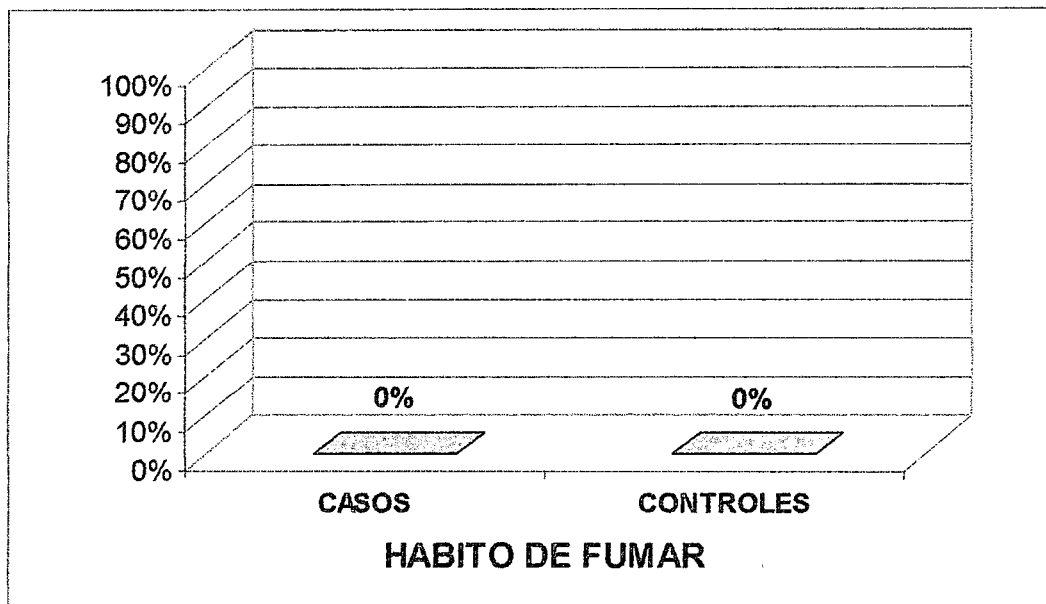
O.R. = Odds Ratio
 I.C. = Intervalo De Confianza
 p = Nivel De Significancia

FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal del año 2006 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

El presente cuadro nos muestra la relación entre el hábito de fumar y el parto pre-termino en las pacientes de nuestro estudio. Según los datos obtenidos del Sistema Informático perinatal (S.I.P.) el 0.0% del grupo de casos y el 0.0% del grupo control, refieren consumir habitualmente cigarrillos. Debido a estos resultados no se puede calcular el riesgo que representan para el parto pretérmino.

GRAFICO 05

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN HABITO DE FUMAR Y EL RIESGO DE PARTO PRE-TERMINO EN EL SEVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2006



FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal del año 2006 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

CUADRO 06

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN LAS GESTACIONES PREVIAS Y EL RIESGO DE PARTO PRE-TERMINO EN EL SEVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2006

GESTACIONES PREVIAS	CASOS		CONTROLES		O.R.	I.C. 95%	p
	Nº	%	Nº	%			
0	110	36,9%	1302	39,9%	0,88	0,69-1,12	>0,05
1	87	29,2%	954	29,3%	1,00	0,77-1,29	>0,05
2	48	16,1%	535	16,4%	0,98	0,71-1,35	>0,05
3 o más	53	17,8%	469	14,4%	1,29	0,94-1,76	>0,05
TOTAL	298	100.0%	3260	100,0%			

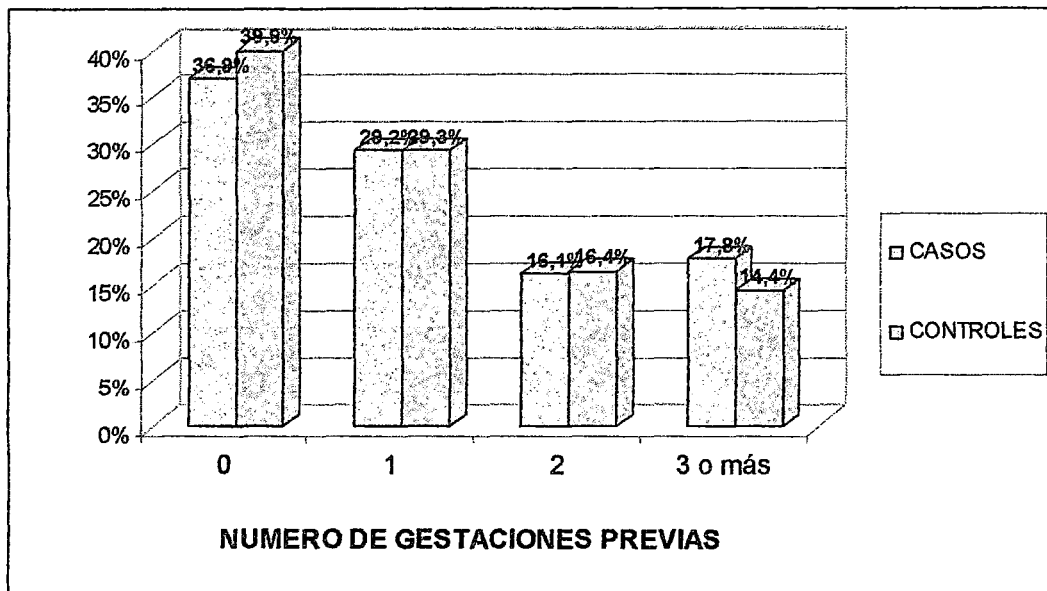
O.R. = Odds Ratio
 I.C. = Intervalo De Confianza
 p = Nivel De Significancia

FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal del año 2006 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

El cuadro 06 nos presenta la distribución de las pacientes según el antecedente de gestaciones previas y su relación con el parto pe-termino. La mayoría de las pacientes no tenían antecedentes de gestaciones anteriores, tanto el 36.9% de los casos como el 39.9% de los controles eran nuligestas. Ambos grupos presentaron frecuencias similares en cuanto a 1, 2 o más gestaciones previas. En ningún caso se pudo demostrar estadísticamente una asociación existente entre el número de embarazos anteriores y el riesgo de presentar parto pre-termino ($p > 0.05$).

GRAFICO 06

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN LAS GESTACIONES PREVIAS Y EL RIESGO DE PARTO PRE-TERMINO EN EL SEVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2006



FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal del año 2006 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

CUADRO 07

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN LOS CONTROLES PRE-NATALES Y EL RIESGO DE PARTO PRE-TERMINO EN EL SEVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2006

CONTROLES PRENATALES	CASOS		CONTROLES		O.R.	I.C. 95%	p
	Nº	%	Nº	%			
0	57	19,1%	328	10,1%	2,11	1,55-2,88	<0,00001
1-3	69	23,2%	275	8,4%	3,27	2,43-4,40	<0,00001
4 a más	172	57,7%	2657	81,5%	0,31	0,24-0,40	<0,00001
TOTAL	298	100.0%	3260	100,0%			

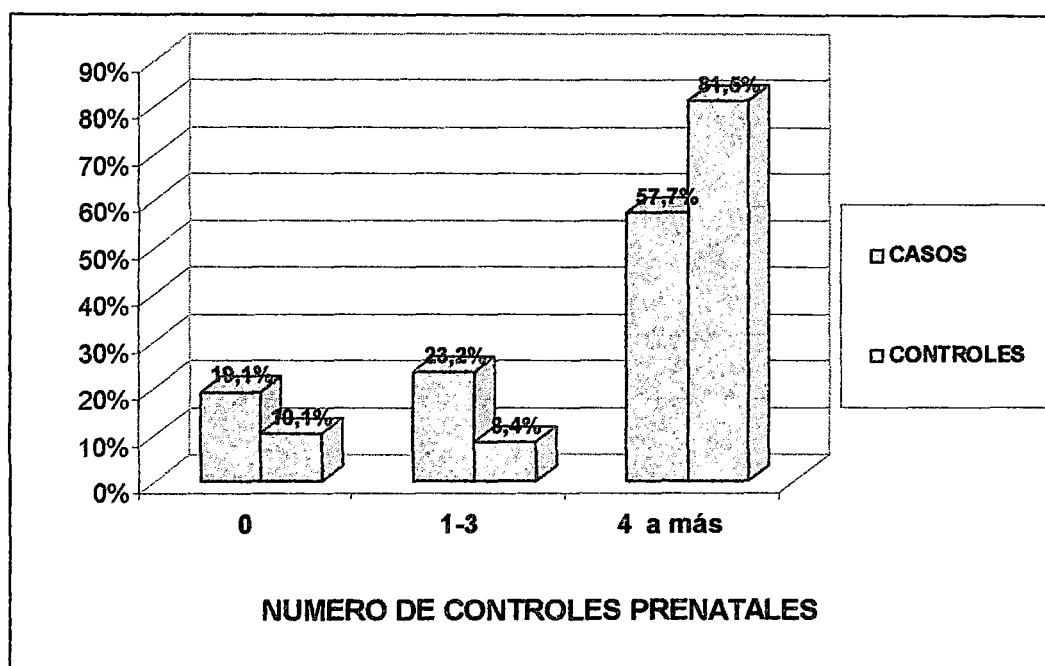
O.R. = Odds Ratio
 I.C. = Intervalo De Confianza
 p = Nivel De Significancia

FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal del año 2006 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

El cuadro 07 nos presenta la distribución de las pacientes según el número de controles prenatales recibidos y su relación con el parto pe-termino. Observamos que el 57.7% de nuestros casos y el 81.5% de los controles tuvieron 4 a más controles prenatales, significando un factor de protección que disminuyó el riesgo de presentar parto pre-termino (O.R.=0.31, $p<0.00001$). Tener ningún control prenatal o tener entre 1 y 3 controles, incrementa el riesgo de parto pre-termino (O.R.=2.11, $p<0.00001$ y O.R.=3.27, $p<0.00001$ respectivamente). Todos estos resultados fueron altamente significativos.

GRAFICO 07

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN LOS CONTROLES PRE-NATALES Y EL RIESGO DE PARTO PRE-TERMINO EN EL SEVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2006



FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal del año 2006 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

CUADRO 08

**DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN LAS PATOLOGÍAS MATERNAS NO
OBSTÉTRICAS ASOCIADAS Y EL RIESGO DE PARTO PRE-TERMINO EN EL
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2006**

PATOLOGÍAS MATERNAS ASOCIADAS	CASOS		CONTROLES		O.R.	I.C. 95%	p
	Nº	%	Nº	%			
CARDIOPATIA	0	0,0%	5	0,2%	0,00	**	**
DIABETES MELLITUS II	0	0,0%	1	0,0%	0,00	**	**
HIPERTENSION ARTERIAL	0	0,0%	7	0,2%	0,00	**	**
TUBERCULOSIS PULMONAR	3	1,0%	40	1,2%	0,82	0,25-2,66	>0,05
TOTAL	298	100,0%	3260	100,0%			

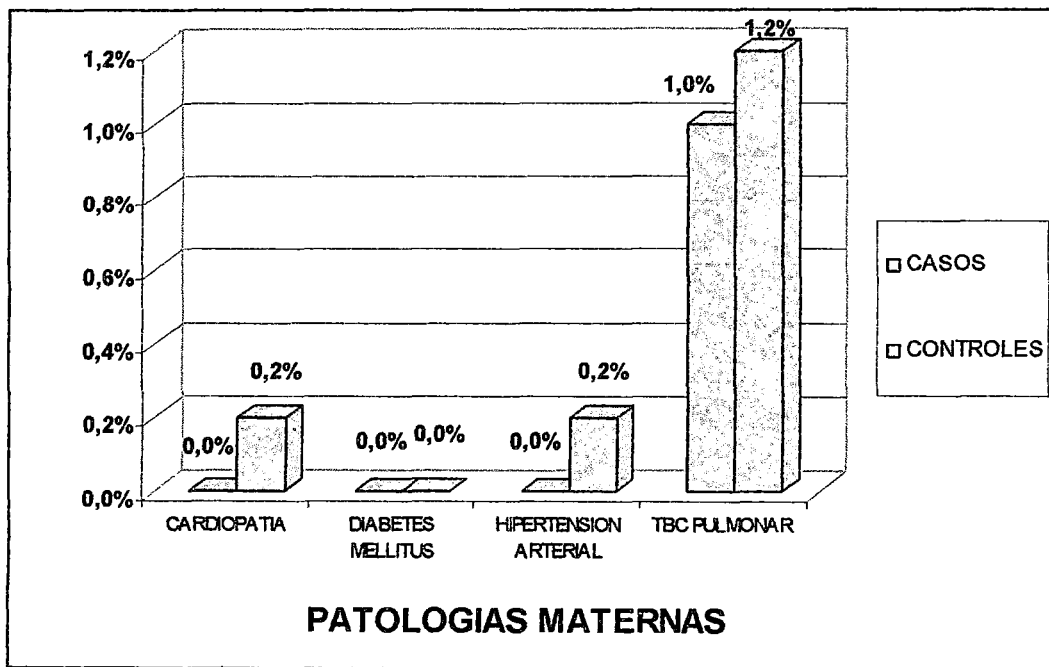
O.R. = Odds Ratio
I.C. = Intervalo De Confianza
p = Nivel De Significancia

FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal del año 2006 del
Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

El cuadro 08 nos presenta la distribución de las pacientes según los antecedentes patológicos y su relación con el parto pre-termino. La incidencia de patologías maternas no obstétricas es mínima, solo se encontró tres casos de tuberculosis pulmonar en el grupo de casos, equivalente al 1%. El cuadro también nos presenta que ninguna de estas patologías médicas se asocia estadísticamente a un mayor o menor riesgo de presentar un parto pre-termino.

GRAFICO 08

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN LAS PATOLOGIAS MATERNAS ASOCIADAS Y EL RIESGO DE PARTO PRE-TERMINO EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2006



FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal del año 2006 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

CUADRO 09

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN LOS ANTECEDENTES OBSTETRICOS Y EL RIESGO DE PARTO PRE-TERMINO EN EL SEVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2006

ANTECEDENTES OBSTETRICOS	CASOS		CONTROLES		O.R.	I.C. 95%	p
	Nº	%	Nº	%			
ABORTO HABITUAL	4	1,3%	8	0,2%	5,53	1,66-18,48	<0,005
PREMATURIDAD	2	0,7%	9	0,3%	2,44	0,52-11,35	>0,05
TOTAL	298	100.0%	3260	100,0%			

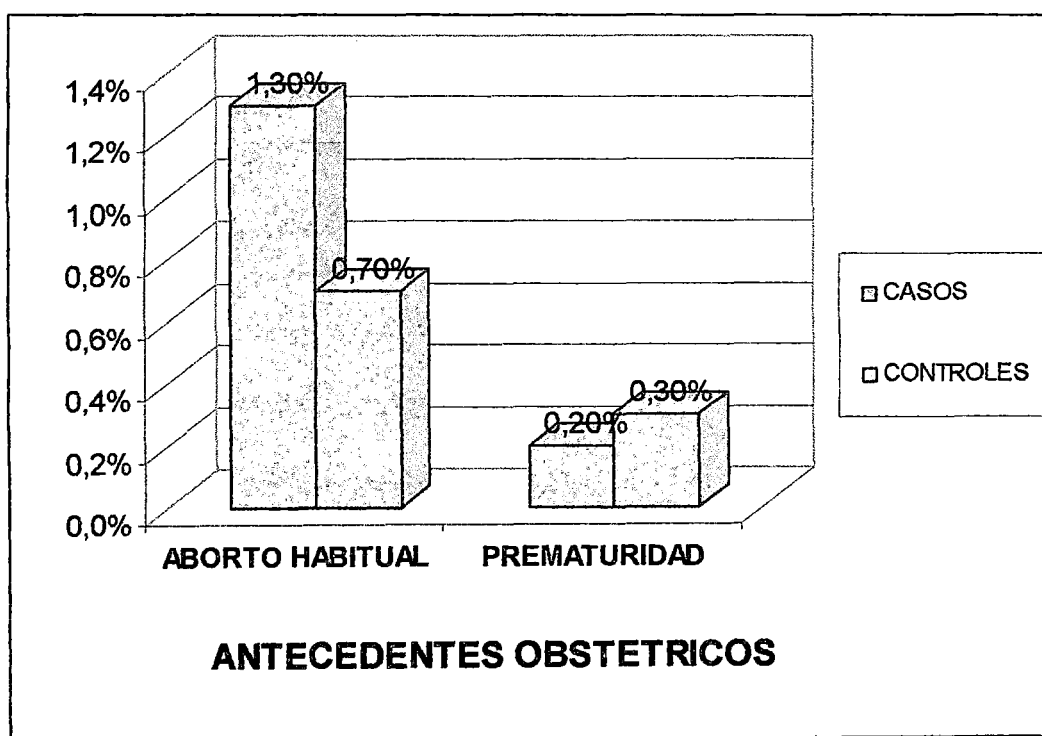
O.R. = Odds Ratio
I.C. = Intervalo De Confianza
p = Nivel De Significancia

FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal del año 2006 del
Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

El cuadro 09 nos presenta la distribución de las pacientes según los antecedentes obstétricos de embarazos anteriores y su relación con el parto pre-termino. Observamos que el 1.3% de los casos tienen el antecedente de abortos habituales (más de 2 abortos), presentando un mayor riesgo para parto pre-termino (O.R.=5.53, $p<0.005$). Y el antecedente de prematuridad también incrementaría el riesgo, sin embargo este resultado no es estadísticamente significativo (O.R.=2.44, $p>0.5$).

GRAFICO 09

**DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN LOS ANTECEDENTES OBSTETRICOS
Y EL RIESGO DE PARTO PRE-TERMINO EN EL SEVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2006**



FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal del año 2006 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

CUADRO 10

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN LAS PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS ASOCIADAS Y EL RIESGO DE PARTO PRE-TERMINO HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2006

PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS ASOCIADAS	CASOS		CONTROLES		O.R.	I.C. 95%	p
	Nº	%	Nº	%			
ANEMIA	111	37,2%	1380	42,3%	0,81	0,63-1,03	>0,05
RCIU	1	0,3%	1	0,0%	10,97	1,68-175,89	>0,05
EMBARAZO DOBLE	24	8,1%	33	1,0%	8,57	4,99-14,70	<0,00001
PREECLAMPSIA LEVE	1	0,3%	11	0,3%	0,99	0,13-7,73	>0,05
PREECLAMPSIA SEVERA	17	5,7%	16	0,5%	12,27	6,13-24,54	<0,00001
RPM	7	2,3%	8	0,2%	9,78	3,52-27,16	<0,00001
ITU	42	14,1%	688	21,1%	0,61	0,44-0,86	<0,005
DPP	1	0,3%	2	0,1%	5,48	0,50-60,67	>0,05
TOTAL	298	100,0%	3260	100,0%			

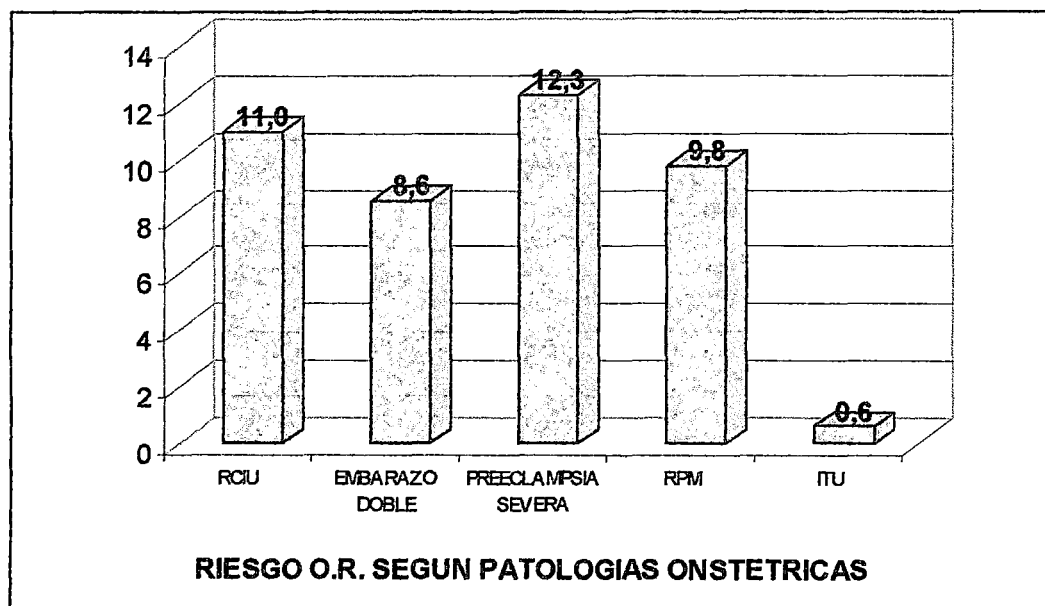
O.R. = Odds Ratio
 I.C. = Intervalo De Confianza
 p = Nivel De Significancia

FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal del año 2006 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Entre las patologías obstétricas que se asocian a un mayor riesgo de presentar parto pre-termino encontramos los siguientes: Retardo de crecimiento intrauterino (O.R.=10.9), Embarazo doble (O.R.=8.5), Preeclampsia severa (O.R.=12.2) y la Ruptura prematura de membranas (O.R.=9.7) todos estos resultados estadísticamente muy significativos. Otro hallazgo, según nuestros resultados, es que la infección urinaria se comportó como un factor de protección de los partos pretérminos (O.R.=10.9 , p<0.005).

CUADRO 10

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN LAS PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS ASOCIADAS Y EL RIESGO DE PARTO PRE-TERMINO EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2006



FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal del año 2006 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

CUADRO 11

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN EL TIPO DE PARTO Y EL RIESGO DE PARTO PRE-TERMINO EN EL SEVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2006

TIPO DEL PARTO	CASOS (Pre-termino)		CONTROLES (No Pre-termino)		CHI ²	p
	Nº	%	Nº	%		
VAGINAL	162	54,4%	2260	69,3%	28.12	<0,00001
CESAREA	136	45,6%	1000	30,7%		
TOTAL	298	100.0%	3260	100,0%		

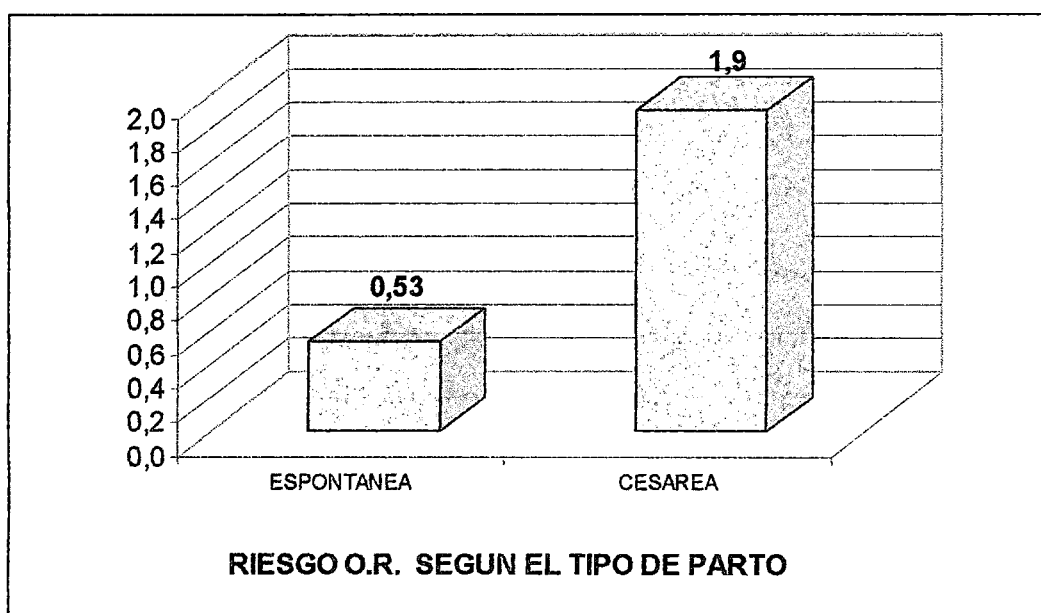
O.R. = Odds Ratio
 I.C. = Intervalo De Confianza
 p = Nivel De Significancia

FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal del año 2006 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

La mayoría de nuestras pacientes presentaron el parto de forma espontánea y por vía vaginal, el 54.4% de los casos y el 69.3% de los controles. Y el parto por cesárea en menor frecuencia, el 45.6% de los casos y 30.7% de los controles. Se utilizó la prueba Chi² para determinar si existe asociación entre el parto pre-termino y la vía final del parto, resultando una asociación estadísticamente muy significativa ($p < 0.00001$).

GRAFICO 11

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN EL TIPO DE PARTO Y EL RIESGO DE PARTO PRE-TERMINO EN EL SEVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2006



FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal del año 2006 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

CUADRO 12

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN EL PESO DEL RECIEN NACIDO Y EL RIESGO DE PARTO PRE-TERMINO EN EL SEVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2006

PESO DEL R.N.	CASOS		CONTROLES		O.R.	I.C. 95%	p
	Nº	%	Nº	%			
500-1499	36	12,10%	2	0,10%	223,83	53,5-934,8	<0,00001
1500-2499	103	34,60%	41	1,30%	41,47	28,0-61,2	<0,00001
2500-3999	152	51,00%	2788	85,50%	0,18	0,14-0,23	<0,00001
4000 a más	7	2,30%	429	13,20%	0,16	0,07-0,34	<0,00001
TOTAL	298	100.0%	3260	100,00%			

O.R. = Odds Ratio

I.C. = Intervalo De Confianza

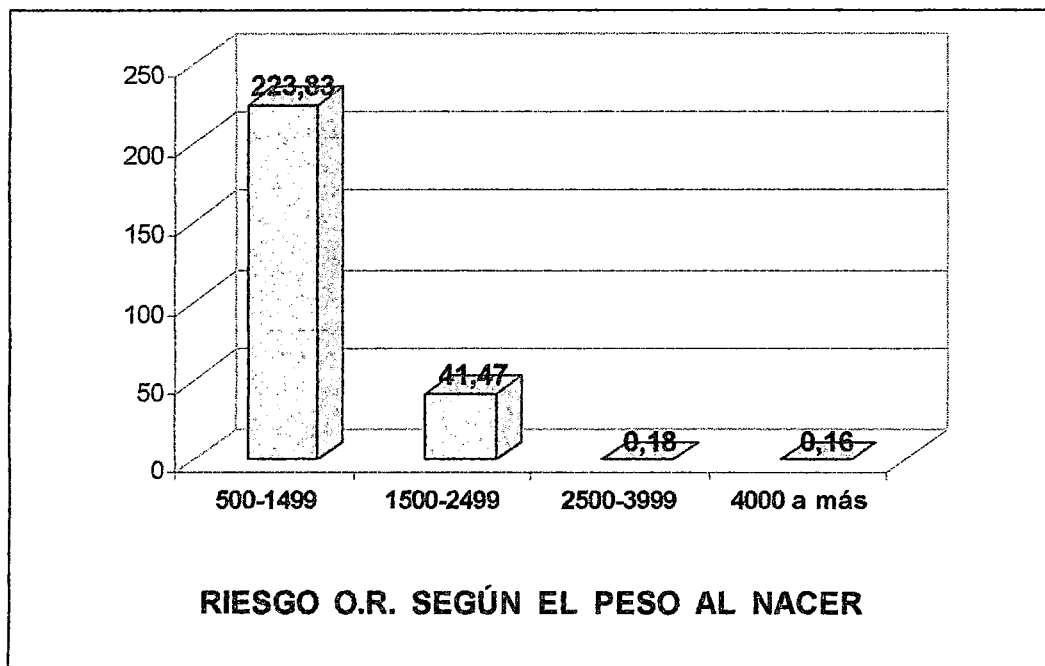
p = Nivel De Significancia

FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal del año 2006 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

El último cuadro nos muestra la frecuencia de las pacientes según el parto pretérmino y el peso de los recién nacidos. Observamos que la mayoría tuvieron pesos entre 2500 y 3999 gramos, el 51.0% para los casos y el 85.5% para los controles, el 46.7% de los casos nacieron con un peso menor de 2500 gramos comparado con el 1.4% de los controles. Tener peso al nacer menor de 1499 gramos incrementa el riesgo de parto pretérmino (O.R.=223.8), al igual que tener peso entre 1500-2499 gramos (O.R.=41.4). Mientras que tener peso mayor de 2500 gramos representó un factor de protección para el parto pretérmino. (O.R.=0.18), todos estos resultados fueron muy significativos.

GRAFICO 12

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN EL PESO DEL RECIEN NACIDO Y EL RIESGO DE PARTO PRE-TERMINO EN EL SEVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL 2006



O.R. = Odds Ratio
I.C. = Intervalo De Confianza
p = Nivel De Significancia

FUENTE. Base de Datos del Sistema Informático Perinatal del año 2006 del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

CAPITULO VI

DISCUSIÓN

Durante el año 2006 se atendieron un total de 3558 partos. De este total, 298 fueron partos cuyos neonatos tuvieron entre 22 y 36.6 semanas de gestación, conformando nuestro grupo de casos. El resto de los partos, 3260, presentaron un neonato mayor de 37 semanas de gestación. Para la realización del presente estudio se utilizó la base de datos del Sistema Informático Perinatal, esto nos permitió manejar las diferentes variables de estudio de las gestantes que se atendieron en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2006. Debido a la facilidad en el manejo de información, se consideró a todas las pacientes, obteniendo 11 controles por cada caso.

El cuadro 01 nos presenta la frecuencia de los partos atendidos en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el 2006. En total se atendieron 3558 partos de los cuales 3260 fueron partos a termino y post-termino (edad gestacional entre 37 y 45 semanas de gestación) representaron el 91.6%. 298 partos fueron parto pretérminos (es decir con edad gestacional entre 22 y 36.6 semanas), y representaron el 8.4% del total de partos atendidos, es decir 1 de cada 12 partos fue parto pretérmino. Estos datos caen dentro del marco teórico que nos dice que el parto pretérmino se mantiene entre el 5 y 10%.

De acuerdo a nuestro resultados, la tasa de incidencia de recién nacido pretérmino en nuestro hospital fue de 84 por cada 1000 N.V. , frecuencia del 8.4% del total de partos. La incidencia encontrada se encuentra dentro del rango reportado por otros investigadores como Calderón Guillén y cols, en un trabajo similar reportaron una tasa de parto pretérmino del 6.73 % (9). Y Chinchayan García, en su estudio "Nacimiento pretérmino y a término: Influencia de algunos factores maternos" en el Hospital Eleazar Guzman Barron de Chimbote -1997 reportó una incidencia del 10.4% (7).

El cuadro 02 nos presenta el riesgo de presentar parto pretérmino (O.R.) según la edad materna. Encontramos que el grupo etareo de entre 20 y 29 años fue el más numeroso, representando el 54.0% de los partos pretérminos y 55.0% de los controles. Observamos que las edades de las pacientes fueron similares para ambos grupos de casos y controles. Al analizar el riesgo que representa la edad materna para el parto pretérmino comprobamos que la edad materna no esta asociada a un mayor riesgo de parto pretérmino (O.R. no significativo y valor $p > 0.05$ para todos los grupos etareos). Similar conclusión que Villamonte y Lam, en su estudio "Factores de Riesgo del Parto Pretérmino en el Instituto Materno Perinatal", Lima-1996 (6), donde estudiaron 165 casos y 330 controles, y no encontraron diferencia estadísticamente significativa ($P = 0,925$) en la edad materna, pues la mayoría se hallaba entre los 20 y 34 años (66,6% para los

casos y 68% para los controles). Por lo tanto la edad materna no fue un factor de riesgo asociado al parto pretérmino en nuestro estudio.

El cuadro 03 nos muestra el riesgo de parto pre-termino según el grado de instrucción en las pacientes de nuestro estudio. Observamos que la mayoría de pacientes (64.8% para los casos y 65.3% para los controles) solo tenían educación secundaria. Seguida de educación superior con el 23.2% y 21.2% respectivamente para los casos y controles. Según los resultados obtenidos: tener educación primaria sería un factor de protección, que disminuiría el riesgo de presentar un parto pre-termino (O.R.= 0.60 , $p < 0.05$), mientras que los demás niveles de instrucción no ofrecen resultados significativos ($p > 0.05$). De igual manera Villamonte y Lam (6), concluyen que no hubo diferencia estadística en el grado de instrucción (predominantemente secundario igual que nuestro estudio). Chinchayan García (7), asegura también que el grado de instrucción no tuvo significancia estadística ($p > 0.05$) en la influencia de los partos pretérminos.

El cuadro 04 nos presenta el estado civil de las pacientes y su relación con el parto pretérmino. La mayoría de pacientes eran convivientes, representado el 59.7% para los casos y el 63.9% de los controles. Como se pudo observar, los resultados encontrados no permiten conclusiones estadísticamente significativas. Tanto el ser casada, conviviente u soltera no representaron un riesgo significativo para presentar un parto pretérmino (O.R. no significativo y valor

$p>0.05$). Villamonte y Lam (6), concluyen también que el estado civil no es un factor de riesgo asociado al parto pretérmino.

El cuadro 05 nos presenta la relación entre el hábito de fumar y el parto pretérmino en las pacientes de nuestro estudio. Según los datos obtenidos del Sistema Informático perinatal (S.I.P.) el 0.0% de los casos y controles, refieren consumir habitualmente cigarrillos. Sin embargo no se puede calcular el riesgo que representa para un parto pretérmino (O.R. no calculable). Otros estudios tampoco mencionan si el hábito de fumar estaría asociado a un mayor de riesgo de parto pretérmino.

El cuadro 06 nos presenta la distribución de las pacientes según el antecedente de gestaciones previas y su asociación con el parto pretérmino. La mayoría de las pacientes no tenían antecedentes de gestaciones anteriores, tanto el 36.9% de los casos como el 39.9% de los controles eran nuligestas. Ambos grupos presentaron frecuencias similares en cuanto a 1, 2 o más gestaciones previas. En ningún caso se pudo demostrar estadísticamente una asociación existente entre el número de embarazos anteriores y el riesgo de presentar parto pretérmino (O.R. no significativo y valor $p>0.05$). Según Villamonte y Lam (6), concluyen que tanto el número de embarazos, abortos y partos anteriores no están asociados al parto pretérmino.

El cuadro 07 nos presenta la distribución de las pacientes según el número de controles prenatales recibidos y su relación con el parto pe-termino. Encontramos que tener 4 a más controles prenatales, significa un factor de protección que disminuyó el riesgo de presentar parto pretermino (O.R.=0.31, $p<0.00001$). Tener entre 1 y 3 controles, incrementó el riesgo de parto pretérmino (O.R.=3.27, valor $p<0.00001$). Asimismo tener ningún control también aumentó el riesgo (O.R.=2.11, $p<0.00001$). Estos resultados fueron altamente significativos. Villamonte y Lam (6) también encontraron resultados similares, concluyendo que la ausencia de control prenatal aumenta el riesgo de parto pretérmino (OR= 14,4).

El cuadro 08 nos presentó la distribución de las pacientes según los antecedentes patológicos y su relación con el parto pretérmino. La incidencia de patologías maternas no obstétricas fue mínima en el grupo de casos, solo se encontró tres pacientes con Tuberculosis pulmonar equivalente al 1%. El cuadro también nos presentó que ninguna de estas patologías médicas se asoció estadísticamente a un mayor o menor riesgo de presentar un parto pretérmino. Otros autores solo se refieren a la asociación de las patologías obstétricas con el parto pretérmino, mas no con patologías medicas concomitantes.

El cuadro 09 nos presentaba la distribución de las pacientes según los antecedentes obstétricos de embarazos anteriores y su relación con el parto pretérmino. El 1.3% de los casos tenían el antecedente de abortos habituales,

presentando un riesgo incrementado para parto pretérmino (O.R.=5.53, $p<0.005$). Además el antecedente de prematuridad en embarazos anteriores incrementaría también el riesgo de otro parto pretérmino, sin embargo este resultado no fue estadísticamente significativo (O.R.=2.44, $p>0.5$). Otros autores como Villamonte y Lam (6) también reportan resultados similares, asegurando que el antecedente de partos pretérminos aumentarían el riesgo un nuevo evento (OR= 1.62).

El cuadro N° 10 nos presenta el riesgo de parto pretérmino asociado a algunas patologías obstétricas presentes que estuvieron presentes durante el embarazo. Entre las patologías obstétricas que se asocian a un mayor riesgo de presentar parto pre-termino encontramos los siguientes: Retardo de crecimiento intrauterino (O.R.=10.9), Embarazo doble (O.R.=8.5), Preeclampsia severa (O.R.=12.2) y la Ruptura prematura de membranas (O.R.=9.7) todos estos resultados estadísticamente muy significativos. Contrariamente a lo reportado por la literatura, en nuestro estudio la infección urinaria se comportó como un factor de protección frente a los partos preterminos (O.R.=10.9 , $p<0.005$),.

Las patologías obstétricas antes mencionadas, también son reportadas como factores de riesgo para parto pretérmino en otros trabajos de investigación. Por ejemplo, Chinchayan García (7), en otro estudio similar reportó un alto riesgo (RR=2.92) de aproximadamente 3 veces más que ocurrieran nacimientos pretérmino en madres que presentaron alguna complicación gineco-obstétrica.

Villamonte y Lam (6) encontraron que la hemorragia del tercer trimestre (OR= 17,33), ruptura prematura de membranas (OR= 7,29), embarazo doble (OR= 2,26), preeclampsia (OR= 1,92), sufrimiento fetal agudo (OD= 3,63), y presentación podálica (OR= 2,89) mostraron ser factores de riesgo para el parto pretérmino. Calderón Guillén y cols (9). Encontraron asociación entre el parto pretérmino y la ruptura prematura de membranas (OR = 4.7), además de la cervicovaginitis (OR=3.3), la hiperémesis gravídica (OR = 1.9), la infección de vías urinarias (OR=1.6) y la anemia (OR = 1.6).

En el cuadro N° 11, muestra que la mayoría de nuestras pacientes presentaron el parto de forma espontánea y por vía vaginal, el 54.4% de los casos y el 69.3% de los controles. Y el parto por cesárea en menor frecuencia, el 45.6% de los casos y 30.7% de los controles. Se utilizó la prueba χ^2 para determinar si existe asociación entre el parto pre-termino y la vía final del parto, resultando una asociación estadísticamente muy significativa ($p < 0.00001$).

El cuadro 12 nos muestra la frecuencia de las pacientes según el parto pretérmino y el peso de los recién nacidos. Observamos que la mayoría tuvieron pesos entre 2500 y 3999 gramos, el 51.0% para los casos y el 85.5% para los controles, el 46.7% de los controles nacieron con un peso menor de 2500 gramos comparado con el 1.4% de los casos. Tener peso al nacer menor de 1499 gramos incrementa el riesgo de parto pretérmino (O.R.=223.8), al igual que tener peso entre 1500-2499 gramos (O.R.=41.4). Mientras que tener peso mayor

de 2500 gramos representó un factor de protección para el parto pretérmino.
(O.R.=0.18), todos estos resultados fueron muy significativos ($p<0.0001$).

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

PRIMERA

Durante el año 2006 se atendieron 298 partos pretérminos de un total de 3558 partos. La incidencia del parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2006 fue el 8.4% del total de partos.

SEGUNDA

De todas las pacientes que presentaron parto pretérmino, el 54.0% tenían edades entre 20 y 29 años, el 64.8% tenían educación secundaria y el 59.7% eran convivientes. La edad materna, el estado civil y el grado de instrucción no estuvieron asociados a un mayor riesgo de parto pretérmino.

TERCERA

No se pudo demostrar asociación entre el número de gestaciones previas, patologías médicas como: Cardiopatía materna, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Tuberculosis Pulmonar y el riesgo de parto pretérmino.

CUARTA

Tener entre 1 y 3 controles prenatales incrementó el riesgo de presentar un parto pretérmino. Y tener 4 o más controles prenatales representó un factor de protección que disminuyó el riesgo de parto pretérmino.

QUINTA

El antecedente de prematuridad en embarazos anteriores incrementaría el riesgo de otro parto pretérmino, sin embargo este resultado no fue estadísticamente significativo.

SEXTA

Las patologías obstétricas que se asociaron a un mayor riesgo de parto pretérmino fueron: Retardo de crecimiento intrauterino, Embarazo doble, Preeclampsia severa, Ruptura prematura de membranas y el antecedente de aborto habitual.

CAPITULO VIII

RECOMENDACIONES

PRIMERA

Realzar la importancia en el personal de salud, la atención de las gestantes con alto riesgo de parto pretérmino, como son aquellas con antecedente de partos pretérmino, antecedente de aborto habitual, que tenga menos de 3 controles prenatales, con sospecha del Retardo de Crecimiento Intrauterino, Pre-eclampsia Severa, Embarazo Doble y Ruptura prematura de membranas, entre otros. Promoviendo además la realización de campañas y charlas que sirvan para la captación de gestantes, identificando los factores de alto riesgo para la presentación del parto pretermino.

SEGUNDA

Plantear estrategias y campañas, como también promoviendo la realización de charlas en los centros educativos e institutos superiores, para aumentar el número de controles prenatales de las pacientes durante el embarazo, resaltando su importancia debido a que son factores de riesgo modificables y dependientes de un adecuado seguimiento del embarazo de riesgo, de esta manera podríamos disminuir y/o evitar el parto pretérmino.

TERCERA

Brindar una atención especializada a las gestantes adolescentes y orientada a evitar la amenaza de parto prematuro, implementando un tercer consultorio especializado para la atención de gestantes de alto riesgo en el Hospital Hipólito Unanue, sobretodo para atención a aquellas gestantes que presenten algunos factores de riesgo para parto pretérmino.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alegria Paredes. Situación actual de los Derechos del Niño, Niña y Adolescente. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Perú. 2005. Disponible en la World Wide Web: [http:// www.mimdes.gob.pe/dgna/pnaia/situac_actual.htm#punto43](http://www.mimdes.gob.pe/dgna/pnaia/situac_actual.htm#punto43)
2. Oficina de Estadísticas E Indicadores De Salud de Tacna. Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística. Dirección Regional de salud Tacna. Perú. 2002-2005. Disponible en la World Wide Web: <http://www.tacna.minsa.gob.pe/estadisticas/Indicadores2005.htm>
3. Maddaleno, Matilde. La Salud del Adolescente y del Joven. Publicación científica N° 525. Washington OPS- OMS 1995..
4. Pérez Sánchez Alfredo. Obstetricia. Segunda Edición 1996. Editorial el Ateneo. Chile. 1996.
5. Murillo Torres. ENDES IV, Encuesta demográfica INEI, 2001. Lima, Perú. 2001
6. Cervantes, Watanabe y cols. Materna y Muerte Perinatal en los Hospitales del Perú. Ministerio de Salud, Soc. Per. de Obstetricia y Ginecología, OPS. Lima 1988.
7. Oliveros, M. Análisis de la mortalidad perinatal durante dos décadas en el Hospital Nac. Edgardo Rebagliati Martins (1970-1990). Revista Diagnóstico. Lima 1993.

8. Kizer. Mortalidad perinatal institucional de los recién nacidos con bajo peso. Revista Obstetricia y ginecología. Venezuela 1995.
9. Ticona Rendón. Riesgos En El Recién Nacido De Madre Adolescente En El Hospital Hipólito Unanue De Tacna. Revista Diagnostico. Vol.39- número 1. Perú. 2000. Disponible en la World Wide Web: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2000/enefeb00/35-40.html>
10. Neyra, Tay y cols Embarazo En Adolescentes: Complicaciones Obstétricas. Revista Ginecología y Obstetricia - Vol. 45 N°3 Julio 1999. Perú. Disponible en la World Wide Web: http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/ginecologia/Vol_45N3/embarazo.htm
11. Ticona Rendón, Gonzáles y Cols. Mortalidad Perinatal: Estudio Colaborativo Institucional Hospitales del Sur del Perú 2000. Revista Diagnostico. Vol.43-N° 1. Perú. 2004. Disponible en la World Wide Web: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2004/enefeb04/16-21.html>
12. Uribe Ortiz. Actividad sexual y la maternidad entre las adolescentes en América Latina y el Caribe; riesgos y consecuencias. International Program Population Reference Bureau, INC November Paraguay. 1992.

13. Silber. Tomás J. Manual de Medicina de la adolescencia. Publicación de la Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS Washington. 1992.
14. Céspedes Palacio, José. PROFAMILIA CDC. Encuesta sobre salud familiar en Perú 1992- 1993.
15. McAnarney et al. Medicina del adolescente. Editorial Panamericana. 1994.
16. Belitzky, R et al. Resultados Perinatales En Madres Jóvenes Estudio Comparativo En Maternidades Latinoamericanas. La salud del adolescente y el joven en las Américas. Publicación. OPS, OMS 1985.
17. Cruz Serrano. Enfoque de Riesgo. Manual de auto instrucción. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. OPS / OMS. Publicación Científica CLAP N° 1321.02
18. Schwarcz – Sala - Duverges: Obstetricia, Librería editorial El Ateneo 5ª edición, 1995.
19. Cabero Roura Lluís. Riesgo elevado obstétrico. Masson SA. 1a edición. 1996.
20. Lambrou y Morse. Manual of Gynecology and Obstetrics. Marbán Libros, S.L. Edición en Español 2001.
21. Gonzáles - Menéndez. La Influencia De La Maternidad Precoz En El Nivel Y La Estructura De La Mortalidad Perinatal. Revista Cubana Abril-Junio, 1995.

22. Arias Fernando. Guía Práctica Para El Embarazo Y Parto De Alto Riesgo. Harcourt Brace de España. S.A. Segunda Edición 1995.
23. Palomino, Wilder y Murillo, Juan. Incidencia de Mortalidad Perinatal y Factores Asociados a Mortalidad Neonatal Precoz en el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao Octubre 1994 - Julio 1995. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Peru 1997.