

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Sección de Segunda Especialidad de Obstetricia

INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS MATERNA Y PERINATALES  
DEL PARTO PREMATURO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO  
UNANUE DE TACNA, 2015

TESIS

Presentada por:

Lic. Silvia Victoria Mamani Ramos

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas

TACNA - PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**Sección de Segunda Especialidad de Obstetricia**

**INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS MATERNA Y PERINATALES  
DEL PARTO PRREMATURO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO  
UNANUE DE TACNA. 2015**

**TESIS**

Presentada por:

**LIC. SILVIA VICTORIA MAMANI RAMOS**

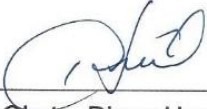
Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

**ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**

Aprobado por Unanimidad, ante el siguiente jurado.



\_\_\_\_\_  
Dra. Obsta. Olga Choque Chura  
**Presidenta**

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Obsta. Iris Paredes Gonzáles  
**Miembro**  
\_\_\_\_\_  
Dra. Obsta. Gloria/Regina Escobar Bermejo  
**Miembro**  
\_\_\_\_\_  
Dra. Obsta. Diana Huanco Apaza  
**Asesora**

## **AGRADECIMIENTO**

*A Dios, por ser nuestro guía, a Jesús por ser nuestra inspiración, modelo, y por el ejemplo más grande de amor en este mundo. Por haberme otorgado una familia maravillosa, quienes han creído en mí siempre, dándome ejemplo de superación, humildad y sacrificio, enseñándome a valorar todo lo que tengo. Lo que ha contribuido en la consecución de este logro.*

*A mi asesora, la Dra. Diana Huanco Apaza, mi eterna gratitud por su apoyo, paciencia, tolerancia, y su gran esfuerzo en llegar a la culminación de la presente tesis.*

## **DEDICATORIA**

A Dios por darme la opción de realizar y concretizar la presente tesis.

A mi madre por ser imagen de luz y fuerza en la concretización de mis metas

A mi esposo Antonio porque me diste tu apoyo, tu tiempo y animo en concretizar con responsabilidad lo mío.

A mis hijos Patricia y Eduardo, quienes fueron la fuerza más poderosa de aliento y ejemplo de su superación diaria

## **INDICE GENERAL**

AGRADECIMIENTO .....	ii
DEDICATORIA .....	iii
INDICE DE TABLAS .....	vii
INDICE DE GRÁFICOS .....	ix
RESUMEN .....	xi
ABSTRACT .....	xii
INTRODUCCION .....	1
CAPITULO I .....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	4
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA .....	4
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	6
1.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA .....	7
1.4 OBJETIVOS .....	9
1.4.1. Objetivo General .....	9
1.4.2. Objetivos Específicos .....	9

CAPITULO II.....	11
MARCO TEÓRICO .....	11
2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	11
2.1.1. A nivel internacional .....	11
2.1.2. A nivel nacional .....	21
2.1.3. A nivel local .....	23
2.2 BASES TEÓRICAS .....	24
2.2.1. Parto Prematuro.....	24
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS .....	32
CAPITULO III.....	33
MARCO METODOLÓGICO.....	33
3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	33
3.1.1. Tipo de Estudio .....	33
3.1.2. Diseño de Investigación .....	33
3.1.3. Hipótesis .....	33
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA .....	33
3.2.1. Población .....	33
3.2.2. Muestra .....	34

Criterios de selección .....	34
3.3 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES .....	34
3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	35
3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	37
3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	37
CAPITULO IV.....	38
RESULTADOS.....	38
DISCUSIÓN .....	75
CONCLUSIONES .....	79
RECOMENDACIONES.....	81
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	83
ANEXOS.....	89

## INDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1.</b> Incidencia del parto prematuro en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, año 2015	39
<b>Tabla 2</b> Edad gestacional del parto prematuro hospital Hipólito Unanue de Tacna 2015	41
<b>Tabla 3</b> Edad de las madres con parto prematuro hospital Hipólito Unanue de Tacna año 2015	43
<b>Tabla 4</b> Estado civil de las madres con parto prematuro hospital Hipólito Unanue de Tacna año 2015	45
<b>Tabla 5</b> Nivel de instrucción de las madres con parto prematuro hospital Hipólito Unanue de Tacna 2015	47
<b>Tabla 6</b> Paridad de las madres con parto prematuro hospital Hipólito Unanue de Tacna 2015	49
<b>Tabla 7</b> Control prenatal de las madres con parto prematuro hospital Hipólito Unanue de Tacna 2015	51
<b>Tabla 8</b> Terminación del parto de las madres con parto prematuro hospital Hipólito Unanue de Tacna 2015	53
<b>Tabla 9</b> Sexo del producto en las madres con parto prematuro hospital Hipólito Unanue de Tacna 2015	55
<b>Tabla 10</b> Peso del recién nacido de las madres con parto prematuro hospital Hipólito Unanue de Tacna 2015	57

<b>Tabla 11</b>	Peso del prematuro según edad gestacional en el hospital Hipólito Unanue de Tacna 2015	59
<b>Tabla 12</b>	Apgar al minuto del recién nacido con parto prematuro hospital Hipólito Unanue de Tacna 2015	61
<b>Tabla 13</b>	Apgar a los 5 minutos del recién nacido de parto prematuro en hospital Hipólito Unanue de Tacna 2015	63
<b>Tabla 14</b>	Morbilidad materna en madres con parto prematuro en hospital Hipólito Unanue de Tacna 2015	65
<b>Tabla 15</b>	Patologías maternas en madres con parto prematuro en hospital Hipólito Unanue de Tacna 2015	67
<b>Tabla 16</b>	Morbilidad neonatal en los prematuros del hospital Hipólito Unanue de Tacna 2015	69
<b>Tabla 17</b>	Patologías neonatales del parto prematuro en hospital Hipólito Unanue de Tacna 2015	71
<b>Tabla 18</b>	Mortalidad fetal en productos de parto prematuro en hospital Hipólito Unanue de Tacna 2015	73

## INDICE DE GRÁFICOS

		Pág.
<b>Gráfico 1</b>	Incidencia del parto prematuro en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, año 2015	40
<b>Gráfico 2</b>	Edad gestacional del parto prematuro hospital Hipólito Unanue de Tacna 2015	42
<b>Gráfico 3</b>	Edad de las madres con parto prematuro hospital Hipólito Unanue de Tacna 2015	44
<b>Gráfico 4</b>	Estado civil de las madres con parto prematuro hospital Hipólito Unanue de Tacna 2015	46
<b>Gráfico 5</b>	Nivel de instrucción de las madres con parto prematuro hospital Hipólito Unanue de Tacna 2015	48
<b>Gráfico 6</b>	Paridad de las madres con parto prematuro hospital Hipólito Unanue de Tacna 2015	50
<b>Gráfico 7</b>	Control prenatal de las madres con parto prematuro hospital Hipólito Unanue de Tacna 2015	52
<b>Gráfico 8</b>	Terminación del parto de las madres con parto prematuro hospital Hipólito Unanue de Tacna 2015	54
<b>Gráfico 9</b>	Sexo del producto en las madres con parto prematuro hospital Hipólito Unanue de Tacna 2015	56
<b>Gráfico 10</b>	Peso del recién nacido en las madres con parto prematuro hospital Hipólito Unanue de Tacna 2015	58

<b>Gráfico 11</b>	Peso del prematuro según edad gestacional en el hospital Hipólito Unanue de Tacna 2015	60
<b>Gráfico 12</b>	Apgar al minuto del recién nacido con parto prematuro hospital Hipólito Unanue de Tacna 2015	62
<b>Gráfico 13</b>	Apgar a los cinco minutos del recién nacido de parto prematuro en hospital Hipólito Unanue de Tacna 2015	64
<b>Gráfico 14</b>	Morbilidad materna en madres con parto prematuro en hospital Hipólito Unanue de Tacna 2015	66
<b>Gráfico 15</b>	Patologías maternas en madres con parto prematuro en hospital Hipólito Unanue de Tacna 2015	68
<b>Gráfico 16</b>	Morbilidad neonatal en madres con parto prematuro en hospital Hipólito Unanue de Tacna 2015	70
<b>Gráfico 17</b>	Patologías neonatales del parto prematuro en hospital Hipólito Unanue de Tacna 2015	72
<b>Gráfico 18</b>	Mortalidad fetal en las madres de parto prematuro en hospital Hipólito Unanue de Tacna 2015	74

## RESUMEN

La presente investigación es un estudio retrospectivo, cuya población lo constituyeron pacientes cuya gestación culminó en parto de recién nacido vivo pretérmino, durante el año 2015, de acuerdo al informe obtenido por el Sistema Informático Perinatal de nuestro Hospital Hipólito Unanue durante el citado año, se atendieron 3510 partos, de los cuales, 224 partos fueron pretérmino, es en base a esta muestra que se inicia la investigación no experimental. Luego del análisis estadístico, se determinó que existe una incidencia de parto prematuro de 6,38%, la edad gestacional pretérmino predominó en un 79,5% estuvo comprendida entre la semana 32 a 36, la edad de las madres en estudio fue de 20 a 24 años en un 71,5% , se dio en multíparas en un 54,5% , presentaron más de 6 controles prenatales en un 44,64%, se realizaron cesáreas en un 77,24%, el sexo femenino predominó en un 51,79%, el peso del prematuro obtenido fue en un 46,4% comprendido entre 1,500 a 2,499 gramos, en un 71,6% el apgar al nacer fue de 7 a 9, como patologías asociadas encontramos a la infección urinaria y la anemia quienes predominaron notablemente en un 21,8% y 16,0% respectivamente, el Síndrome de Dificultad Respiratoria se dio en un 35,58% y la hiperbilirrubinemia en un 27,88% como patología existente.

## **ABSTRACT**

The present investigation is a retrospective study, whose population was constituted by patients whose gestation culminated in the delivery of a preterm newborn, during the year 2015, according to the report obtained by the Perinatal Information System of our Hospital Hipolito Unanue during that year. 3510 deliveries were attended, of which 224 preterm deliveries were, based on this sample that non-experimental research is initiated. After the statistical analysis, it was determined that there is an incidence of premature delivery of 6,38%, preterm gestational age predominated in 79,5% was between week 32 to 36, the age of the mothers in study was 20 to 24 years in 71,5%, 54,5% had multiparas, had 1 to 5 prenatal controls in 39,7%, cesarean sections were performed in 77,24%, the female sex predominated in 51,79%, the weight of the premature baby was in one 46,4% between 1,500 and 2,499 grams, in 71,6% apgar at birth was 7 to 9, as associated pathologies we found urinary infection and anemia wanted predominantly in 21,8% and 16,0% respectively, the Difficulty Syndrome Respiratory occurred in 35,58% and hyperbilirubinemia in 27,88% as existing pathology.

## INTRODUCCION

Los partos prematuros representan cerca del 75% de la mortalidad neonatal y cerca de la mitad de la morbilidad neurológica a largo plazo. La situación es aún más grave en infantes con prematuridad extrema (menos de 32 semanas de embarazo), entre quienes una gran parte no sobrevive el primer año y hasta el 60% de los supervivientes tienen discapacidades neurológicas.

A pesar de la pérdida de la vida, el nacimiento prematuro representa costos económicos y emocionales considerables para las respectivas familias.

En nuestros nosocomios, a pesar del manejo adecuado, oportuno, de nuestros PROTOCOLOS de atención del parto prematuro, y además de aplicar las tecnologías en la detención y tratamiento establecido, su frecuencia aumenta, se asocia al alto índice de morbilidad en el recién nacido a corto y largo plazo.

Actualmente la sobrevivencia de estos neonatos, se ha incrementado por el gran avance tecnológico y manejo especializado de sus tratantes,

lográndose verdaderos milagros de la medicina en las unidades de cuidados intensivos neonatales. (22)(23)

La reducción de sus tasas actuales es un reto y compromiso de los servicios médicos relacionados con la atención y los cuidados a estas madres y sus productos. Las medidas que pueden ayudar en este objetivo son las medidas preventivas de los principales factores de riesgo identificados por la literatura médica, siendo los factores maternos uno de los principales responsables de las elevadas prevalencias.

En diversas partes del mundo, los partos pre términos continúan representando entre el 5 y el 12% de los nacimientos. Todos los años nacen en el mundo alrededor de 13 millones de niños prematuros; la mayor parte de esos nacimientos ocurren en los países en desarrollo, constituyéndose de esta manera en un problema. (21)

Debido a la importancia del tema, se planteó realizar el presente estudio que permite verificar la incidencia y características maternas y neonatales del parto prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, en quienes se puede ofertar medidas preventivo-promocionales.

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

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Más de un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto. Muchos de ellos que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos.

A nivel mundial la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años. En casi todos los países que disponen de datos fiables al respecto, las tasas de nacimientos prematuros están en aumento.

Las tasas de supervivencia presentan notables disparidades entre los distintos países del mundo. En los contextos de ingresos bajos, la mitad de los bebés nacidos a las 32 semanas mueren por no haber recibido cuidados sencillos, eficaces y poco onerosos, como aportar al recién nacido calor suficiente o no haber proporcionado apoyo a la lactancia materna, así como por no haberseles administrado atención básica para

combatir infecciones y problemas respiratorios. En los países de ingresos altos, prácticamente la totalidad de estos bebés sobreviven. (33)

La alta incidencia de mortalidad neonatal y cerca de la mitad de la morbilidad neurológica a largo plazo es ocasionada por la prematuridad.

Constituye un impacto grave en infantes cuando la prematuridad es menor de 32 semanas de gestación, entre quienes una quinta parte no sobrevive el primer año y hasta el 60% de los sobrevivientes tienen discapacidades neurológicas (problemas del lenguaje y aprendizaje, trastornos por déficit de atención, dificultades socioemocionales, deterioro sensorial, visual y auditivo, retraso mental y parálisis cerebral). Por lo anterior, además de la pérdida de vidas, el nacimiento prematuro representa costos económicos y emocionales considerables para las familias y la comunidad.

Además, en la incidencia de parto prematuro influyen factores socioeconómicos, entre los que destaca la frecuencia significativamente mayor en embarazadas jóvenes, de bajo nivel socioeconómico, solteras o sin apoyo social y fumadoras. (31)

Se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros (antes que cumplan las 37 semanas de gestación). Esta cifra está aumentando.

Las complicaciones relacionadas con la prematuridad, principal causa de defunción en los niños menores de cinco años, provocaron en 2015 cerca de un millón de muertes.

Tres cuartas partes de esas muertes podrían evitarse con intervenciones actuales, eficaces y poco onerosas. En 184 países estudiados, la tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 5% y el 18% de los recién nacidos.  
(33)

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

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Lo anteriormente expuesto nos llevó a plantearnos la siguiente interrogante:

¿Cuál es la incidencia, características maternas y perinatales del parto prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2015?

### 1.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

**Conveniencia:** Los resultados permitirán tomar acciones, coordinaciones, referencias oportunas, mejorar protocolos de atención, capacitación de recursos humanos, mejoramiento e implementación de UCIN, medidas oportunas, capacitaciones a la comunidad, que permitan lograr el conocimiento, riesgo, complicaciones, efectos neurológicos del parto prematuro, tales medidas diseñarán nuevas estrategias que contribuirán en disminuir la morbimortalidad del pre término.

**Relevancia Social:** El estudio es fundamental para la sociedad, ya que tratamiento oportuno e integral del prematuro constituirá que el binomio madre niño no tenga efectos adversos a futuro así logrará una proyección social relevante.

**Valor Teórico:** Los resultados de la Investigación contribuirán a aportar conocimientos teóricos sobre la incidencia, características maternas y perinatales que lo condicionan, además de desarrollar acciones estratégicas de mejoramiento en la calidad de atención, prevención, disminución de la ocurrencia.

Sabemos que hay características maternas y perinatales que pueden condicionar un parto prematuro. En nuestro hospital existe una unidad de atención (unidad de cuidados intensivos neonatales) el cual cuenta con

recursos humanos especializados y ambientes equipados en donde a pesar de la prematurez se hace realiza un tratamiento especializado, oportuno, esperando minimizar la incidencia y sus efectos neurológicas.

Es vital la concientización al equipo de salud que asiste al prematuro, sobre todos los factores que podrían condicionar un parto prematuro, así como también que se efectivicen el manejo del protocolo de atención al prematuro, además de las coordinaciones que deben efectuarse en forma oportuna.

La prevención de las complicaciones y las muertes debidas al parto prematuro comienza con un embarazo saludable. La atención de calidad antes del embarazo, durante el embarazo y entre embarazos garantiza que la gestación sea una experiencia positiva para todas las mujeres .Las directrices de la OMS sobre la atención prenatal incluyen intervenciones esenciales que ayudan a prevenir el parto prematuro, como el asesoramiento sobre la dieta saludable, nutrición óptima, o el consumo de tabaco y otras sustancias; las mediciones ecográficas del feto, que ayudan a determinar la edad gestacional y a detectar los embarazos múltiples, y un mínimo de 8 contactos profesionales sanitarios a lo largo del embarazo, a fin de identificar y tratar otros factores de riesgo, como las infecciones. Facilitar el acceso a los anticonceptivos y promover su

empoderamiento también puede contribuir a que disminuya el número de nacimientos prematuros. (33)

Es trascendental conocer cuál es la incidencia, en nuestro hospital, que factores son los que influyen en su ocurrencia, tanto en la madre como en el feto. Es por ello que se decidió la realización del estudio en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, año 2015.

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1. Objetivo General**

Determinar la incidencia y características maternas y perinatales del parto prematuro en mujeres atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2015.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- a) Identificar la incidencia de parto prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2015.
- b) Conocer las características socioeconómicas de la madre con parto prematuro
- c) Conocer las características obstétricas que condicionan a un parto prematuro

- d) Identificar las características del recién nacido de parto prematuro
- e) Conocer la morbilidad materna de los partos prematuros.
- f) Conocer la morbilidad neonatal de los partos prematuros del hospital Hipólito Unanue de Tacna.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO**

##### **2.1.1. A nivel internacional**

Ovalle y cols. (12) realizó un estudio en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Borja Arriarán (2012), se determinó los factores asociados con los nacimientos prematuros, a partir de datos clínicos maternos, resultados de laboratorio y los hallazgos patológicos de la placenta. Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de 642 prematuros nacidos individuales de gestación 22-34 semanas. Se incluyeron cuatro ciento siete casos con estudios patológicos de la placenta. Los nacimientos se subdividieron en los partos prematuros como consecuencia de una indicación médica y partos espontáneos con o sin ruptura prematura de membranas (RPM). Factores de riesgo de nacimientos prematuros se clasificaron como materna, fetal, placenta, indeterminable e inclasificable. Encontró que las proporciones de nacimientos prematuros fueron espontáneos 69% (con PROM 27% y con membranas intactas 42%) y los nacimientos médicos indicadas 31%. Un factor de riesgo asociado con la

prematuridad se identificó en el 98 y el 85% de los partos espontáneos y médicas indicadas, respectivamente. Infección bacteriana ascendente (ABI) fue el factor que más se asocia con frecuencia con el parto espontáneo prematuro en el 51% de las mujeres (142/280,  $p < 0,01$ ) y con los nacimientos prematuros de menos de 30 semanas en el 52% de las mujeres (82/157,  $p < 0,01$ ). Las infecciones vaginales o urinarias con estreptococos del grupo B, era la condición clínica más común asociado con las entregas relacionadas ABI. La hipertensión arterial estuvo presente en 94 de los 127 partos prematuros médicas indicadas (preeclampsia en un 62% y la hipertensión crónica en el 12%), y en el 29% (preeclampsia 24%) de los nacimientos prematuros de más de 30 semanas. Las anomalías congénitas se asocian principalmente con una edad materna mayor de 35 años en el 15% (14/92) de las mujeres. La frecuencia de las enfermedades de la placenta fue mayor en los partos prematuros espontáneos (14%) y en los embarazos de más de 30 semanas en (14%). Conclusiones: ABI fue el factor más común asociado con los nacimientos prematuros espontáneos en 2234 semanas, mientras que la preeclampsia es el factor más común asociado con los nacimientos prematuros médicamente indicados.

Returetay cols. (15) identificó los factores de riesgo asociados al parto prematuro, en el Policlínico universitario Antonio Maceo, Ciego de Ávila, Cuba, en el período **2009-2012**. Encontró que los factores más relacionados con el parto prematuro, fueron los antecedentes de parto prematuro y de aborto de embarazos anteriores, el peso materno bajo a la captación, la talla inferior a 150 cm, las ganancias de peso baja o alta durante el embarazo, hábito fumar en la embarazada, infecciones vaginales y urinarias, el embarazo múltiple y las afecciones del útero. Concluye que la práctica de abortos anteriores y el embarazo múltiple fueron los factores de riesgo que mayormente se asociaron al parto prematuro; sin embargo, puede decirse que su origen es multifactorial, no solo por la existencia de otros factores que también se presentaron de manera considerable, sino por la interrelación entre cada uno de ellos.

García y cols. (9) estudió factores asociados al parto prematuro en el departamento de Lempira, occidente de Honduras, la muestra fue de 367 mujeres embarazadas seleccionadas de un universo de 8,148 reportadas por 87 centros de salud. Se seleccionaron embarazadas con fecha de última menstruación conocida y con fecha de parto en **2010**. 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 y entrevista a las mujeres. Se calculó medidas de tendencia central y de asociación (riesgo relativo RR) con intervalos de confianza al 95% (IC95%), usando Epiinfo versión 3.5.3. encontró que de 367 embarazadas seleccionadas, se conoció el desenlace en 358 (98%). Ocurrieron partos prematuros en 27/358 (7.5%) rango 0-20 en los municipios. 284/358 (80%) fueron partos institucionales, 22/284 (8%) de ellos prematuros. El tener bacteriuria (RR=3.21; 95%CI 1.00- 10,28), < 3 atenciones prenatales (RR=2,59; IC95%=1,20-5,60, p <0,02) y > 4 hijos (RR=2,38; IC95%=1,14-4,97, p <0,02) fue asociado con parto prematuro. Concluye que el parto prematuro en el Departamento de Lempira esta asociado con bacteriuria, pocas atenciones prenatales y multiparidad, observando variaciones entre municipios. Para reducir partos prematuros, se ha monitorizado la cantidad y calidad de atenciones prenatales y focalizando la oferta de métodos de planificación familiar en multíparas. Se recomienda realizar estudios en municipios con altas tasas de parto prematuro.

Faneitte y cols. (4) estudió el parto pretérmino, el estado neonatal y su morbi-mortalidad perinatal. Estudio 199 gestantes y 224

prematuros sucedidos durante el período de **2005-2007** en el Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Puerto Cabello, Estado Carabobo. Hubo 6 988 nacidos vivos en el lapso, lo que significa incidencia de 3,2 por ciento. La patología de ingreso predominante fue el trabajo de parto pretérmino 41,20 por ciento (82/199), amenaza de parto pretérmino 26,13 por ciento (52/199), la rotura prematura de membrana 15,07 por ciento (30/199) e hipertensión inducida por el embarazo (7,53 por ciento) (15/199). El 56,28 por ciento fueron multigestas (112/119) 66,84 por ciento (133/199) con edad de embarazo entre 28 y 36 semanas, y 71,36 por ciento (142/199) tuvieron parto vaginal. Los neonatos fueron masculinos en 54,46 por ciento (122/224), de peso entre 1500 y 2499 g 52,67 por ciento (118/ 224) y talla neonatal 40-44 cm 33,03 por ciento (74/224); hubo índice de Apgar 6 o menos el 84,05 por ciento (137/163). La morbilidad global fue 41,07 por ciento (92/224) y mortalidad neonatal 12,95 por ciento (29/224), en esto fue determinante el síndrome de dificultad respiratoria y la sepsis. Concluye que la prematurez presenta elevada incidencia de morbimortalidad neonatal, sus causas principales son las deficiencias respiratorias y la sepsis. Esto indica que debemos continuar estudiando sus factores

etiogénicos y prestar una atención materno-neonatal de elevada calidad.

Castrillo y cols. (11), descubrió la experiencia en el manejo del parto de pretérmino. Estudio retrospectivo de casos y controles de los datos estadísticos, en forma comparativa de septiembre **2005** a agosto 2006 vs septiembre 2006 a agosto **2007** en mujeres embarazadas que fueron ingresadas a la sala de partos del Hospital La Anexión en Nicoya, Guanacaste. El tamaño de la muestra se determinó con el conteo manual del acta de registros de ingresos de dicha sección, con un nivel de confianza, en el periodo del estudio se atendieron un total de 3583 partos, que se distribuyeron en 1747 que corresponden a la muestra A y 1836 que corresponde a la muestra B. La característica significativa que tuvo el estudio fue el peso del recién nacido, junto a cantones con mayor incidencia de partos de pretérmino como lo fueron Nicoya, Santa Cruz y Nandayure. En la muestra A con 57 partos y la muestra B con 79, ubicándose la gran mayoría entre las semanas 32 a 37 de gestación. Otro aspecto a resaltar es la alta incidencia en pacientes jóvenes, como se registraron en la muestra A 33 entre 15-24 años, 15 entre 25- 34 años y 9 mayores de 35 años; en la

muestra B fueron 52 entre 15-24 años, 21 entre 25-34 años y 6 mayores de 35 años.

EM Losa, E González, G González (14) en el Servicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete en Albacete, España (2006). Objetivo: Determinar cuáles son los factores de riesgo de los partos pretérmino espontáneos y por rotura prematura de membranas. método: estudio retrospectivo, de casos y controles, en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, en el que se comparó a 315 gestantes con partos pretérmino espontáneos o por rotura prematura de membranas y un grupo control de 315 gestantes con partos a término. Las variables se clasificaron en socio biológicas, antecedentes obstétricos y características de la gestación actual. Resultados: El antecedente de parto pretérmino (*odds ratio* [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 (OR = 2,8;

IC del 95%, 0,5-14). Concluye 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 en nuestra población.

John Jairo Jaramillo-Prado, M.D, Irma Rocío López-Giraldo, M.D., Fernando Arango-Gómez, M.D. (13) realizó estudio sobre factores asociados con parto pretérmino en el tercer nivel de atención en salud en Manizales de julio 2004 - junio 2005. Estudio de casos y controles en la Clínica Villapilar de la E.S.E. Rita Arango Álvarez del Pino que incluyó 232 pacientes que tuvieron el parto entre las semanas 24 y 36 de gestación (casos) y 232 pacientes con parto después de la semana 37 (controles), durante el periodo **2004-2005**. En el análisis se determinó la asociación de ciertos factores de riesgo con el parto pretérmino mediante OR y sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Resultados: la no realización de control prenatal (OR 5,1 IC95% 2,41–11,01), preeclampsia durante el embarazo actual (OR 4,15 IC95% 1,70–10,16), ruptura prematura de membranas (OR 3,17 IC95% 1,92–5,23), embarazo múltiple (OR 7,65 IC95% 2,77–21,16) y el antecedente de parto prematuro (OR 5,59 IC95% 2,46–12,73) tuvieron asociación

estadísticamente significativa con la presentación de parto prematuro. No hubo diferencias en las variables de edad, estado civil, procedencia, estado socio-económico, gravidez, paridad, planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual y hábitos nocivos entre los grupos de casos y controles. Conclusiones: los principales factores asociados a parto pretérmino en el tercer nivel de atención en Manizales fueron el antecedente de parto pretérmino, control prenatal inadecuado y la asociación de la gestación actual con ruptura prematura de membranas, preeclampsia y/o gestación múltiple.

Faneitte (4) estudió el parto prematuro, sus condiciones obstétricas, describió el estado neonatal y su morbimortalidad en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Estado Carabobo Venezuela. Estudio descriptivo retrospectivo epidemiológico analítico de 412 prematuros sucedidos durante el período de **2003-2005**. Hubo 7.940 nacidos vivos en el lapso, lo que significa incidencia de 5,18 por ciento. La patología actual predominante fue el trabajo de parto prematuro 32,43 por ciento (131/404). Amenaza de parto prematuro 21,79 por ciento (88/404), la rotura prematura de membrana 15,60 por ciento (63/404), hipertensión inducida por el

embarazo (10,89 por ciento) (44/404). El 59,65 por ciento son multigestas (241/404), con 59,9 por ciento (242/404) edad de embarazo entre 31 y 36 semanas, y 66,09 por ciento (267/404) parto vaginal. Los neonatos fueron femeninos 50,49 por ciento (208/412), de peso entre 2000 y 2499 g 33,01 por ciento (136/412) y tallas 45-49 cm 37,86 por ciento (156/412); tuvieron índice Apgar 6 o menos 84,12 por ciento (265/315). La morbilidad global fue 26,45 por ciento (109/412), y la mortalidad perinatal global 40,05 por ciento (165/412), la mortalidad fetal 23,54 por ciento (97/412), mortalidad neonatal 16,5 por ciento (68/412), fue determinante el síndrome de dificultad respiratoria y sepsis. La prematurez se revela aún con elevadas cifras de morbimortalidad perinatal, aportada principalmente por deficiencias respiratorias y la sepsis. Todo señala a acentuar los programas preventivos y mejorar la atención neonatal. La debemos mantener dentro de nuestras líneas prioritarias de investigación.

Bezerra y cols. (7) identificó la prevalencia de parto prematuro en gestantes sometidas a tratamiento de inhibición de trabajo de parto prematuro y análisis de factores asociados. Se estudió 163 gestantes sometidas a tratamiento de inhibición de trabajo de parto prematuro atendidas en 1995-2000, en el Hospital Universitario de

la Universidad de Sao Paulo, Brasil. Encontró que 66,3% de gestantes con hijos prematuros, 22,7% ocurrió antes de 34 semanas. Tuvo asociación estadísticamente significativa entre parto prematuro con ser nulípara, y presentar número bajo de consultas prenatales. Concluye que la atención especial debe ser dada a las gestantes nulíparas y con número reducido de consulta pré-natales.

### **2.1.2. A nivel nacional**

Cruz T.Mary, (24) en el año **2014**, realizó un estudio titulado: Factores de riesgo maternos preconcepcionales y concepcionales del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa ,con el objetivo de determinar los factores de riesgo maternos asociados al parto pre término. Fue un estudio casos y controles, en 20 casos con parto pretérmino y 20 controles con parto a término. Se revisaron las historias clínicas y se elaboró una hoja de datos de SPSS.21 para el análisis descriptivo con nivel de significancia  $p < 0.05$ . Se consideró como factor de riesgo si OR E IC95% eran  $> 1$ . Se realizó análisis de regresión logística binaria para evaluar la potencia individual de los factores y eliminar los factores confusores. Los resultados de riesgo maternos pre-gestacionales significativos fueron: nivel socio-económico bajo,

antecedentes de parto pretérmino y antecedentes maternos de infección urinaria pre gestacional. Los factores de riesgo maternos gestacionales fueron: control prenatal inadecuado, infección urinaria. Donde se concluyó asociación con el antecedente del parto pretérmino, el antecedente materno de infección urinaria pregestacional y un control prenatal inadecuado.

Salvador y cols. (8) en el hospital Nacional Cayetano Heredia determinó los factores de riesgo maternos y fetales que se asocian al parto prematuro (2004), realizó {o un estudio de casos y controles, basado en las historias clínicas y entrevistas de las pacientes cuyos partos fueron atendidos entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2003.se incluyo todos los casos (106 prematuro) y controles (1325 a término) que ocurrieron en el periodo de estudio. Encontró que los factores de riesgo maternos fueron edad<20 años, antecedente de prematuridad, control prenatal inadecuado, infección urinaria, rotura prematura de membranas, preeclampsia – eclampsia y hemorragia anteparto y los factores de riesgo fetales, muerte intrauterina, embarazo gemelar y mala presentación.

### 2.1.3. A nivel local

CONDE C. MIRELLA (34) en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo **2014 – 2015**, realizó un estudio retrospectivo de casos y controles cuya población se constituyó por todas las pacientes con gestación que culminó en parto de recién nacido vivo pretérmino, durante el periodo planteado tal cifra fue de 425, de acuerdo a criterios de inclusión e exclusión, se obtuvo 370 casos aptos, seleccionando una muestra de 200 por muestreo aleatorio simple; se escogió una relación 1:1 respecto a los controles seleccionándose 200 controles. Luego del análisis estadístico se determinó que los factores asociados al parto pretérmino fueron la talla materna mayor de 1,60cm, periodo intergenésico menor de 2 años, control prenatal inadecuado, antecedentes de parto pretérmino, infección del tracto urinario, embarazo gemelar, diagnóstico de preclamsia, ruptura prematura de membranas y la ocupación de comerciante.

PARRA V. (10) en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período enero **2010** - diciembre **2012** realizó un estudio retrospectivo de casos y controles, cuya población se constituyó por todas las pacientes con gestación que culminó en parto de recién nacido vivo pre término, durante el periodo planteado, tal

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

## **2.2 BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. Parto Prematuro**

#### **a. Definición**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define prematurez como aquel nacimiento de más de 20 semanas y menos de las 37 semanas de gestación. La Academia Americana de Pediatría (AAP) propone el límite de prematurez como aquel recién nacido menos de 38 semanas, por el mayor riesgo de morbilidad que se describe entre las 37 y 38 semanas de gestación.

La Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) definen el parto pretérmino o prematuro al que se produce entre las semanas 22 y 37 de gestación, es decir, entre 154 y 258 días. Las 22 semanas completas de gestación equivalen a fetos con 500 gramos de peso. (27).

#### **b. Incidencia de Parto Prematuro**

Al año, en el mundo, ocurren cerca de 13 millones de partos prematuros. Su frecuencia varía de 5 a 11% en las regiones desarrolladas y hasta 40% en algunas regiones muy pobres (1). En Estados Unidos, en 1981, representó 9.4% de los embarazos y, en 2005, 12.7%, lo que significa un aumento de más de 30% en el periodo.

De 30% en el periodo (2). Sin embargo, en algunos grupos de la población se han reportado cifras aún mayores, como en el de adolescentes, en el que la frecuencia alcanza 21.3% (3).

#### **c. Características maternas del parto prematuro (Factores de riesgo maternos)**

Entre los factores de riesgo de parto prematuro se encuentran: nivel socioeconómico bajo (ingreso familiar, grado educativo, residencia, clase social, ocupación) , la edad materna menor de

16 años o mayor de 35 años, estado civil, actividad laboral materna intensa, paridad, tabaquismo e ingestión de drogas, enfermedad materna crónica ( asma, cardiopatía, diabetes, hipertensión), infección de las vías urinarias, bacteriuria asintomática, vaginosis bacteriana, embarazo múltiple, antecedentes obstétricos desfavorables ( partos prematuros y abortos previos), complicaciones del embarazo (preeclamsia, rotura prematura de membranas, sangrado, oligo o polihidramnios) .(18)

Las infecciones maternas de las vías urinarias o de la vagina se asocian a un incremento de los partos pretérmino, se ha demostrado que, como cualquier infección materna, se producen lisis de lisosomas en la placenta y decidua con liberación de fosfolipasa A2 al cual libera ácidos grasos de los fosfolípidos intracelulares, especialmente el ácido graso incrementa la síntesis de prostaglandina, con el consecuente aumento de la contractilidad uterina en el embarazo pretérmino. (25)

El intervalo entre embarazos hace una diferencia ya que las mujeres con un periodo de seis meses o menor entre un embarazo y el siguiente tienen un aumento del doble en parto

premature. Sin embargo, estudios sobre el tipo de parto y la actividad física han dado resultados contradictorios, pero se consideró que las condiciones estresantes, el trabajo laborioso, largas horas laborales tienen una probable asociación con la prematuridad. Las pacientes que han tenido abortos inducidos en el pasado han demostrado tener un mayor riesgo de nacimientos pretérminos sólo si la terminación se realizó quirúrgicamente, pero no por vías médicas. La adecuada nutrición materna es importante, pues las mujeres con un bajo índice de masa corporal tienen un mayor riesgo de prematuridad. Además, las mujeres con un estado nutricional deficiente también pueden estar deficientes en vitaminas y minerales. Una nutrición adecuada es fundamental para el desarrollo del feto y una dieta baja en grasas saturadas y colesterol pueden ayudar a reducir el riesgo de un parto prematuro. La obesidad no conlleva directamente a prematuridad, pero se asocia con la diabetes y la hipertensión arterial que son factores de riesgo por sí mismos. Las mujeres con antecedentes de partos prematuros están en mayor riesgo de recurrencia a un ritmo de 15 a 50% dependiendo del número de acontecimientos previos. El componente genético

es un factor en la causalidad, no hay un gen identificado aun, y al parecer por la complejidad de la iniciación del trabajo de parto, son numerosas las interacciones genéticas polimórficas las que pueden ser vinculadas con la etiología. Las mujeres celiacas presentan un riesgo aumentado de parto prematuro. La enfermedad celiaca es una enfermedad sistémica autoinmune que suele presentarse sin síntomas digestivos y la mayoría de los casos no se reconocen ni diagnostican. (20)

Los recién nacidos de mujeres con preeclampsia tienen de cuatro a cinco veces más probabilidades de tener problemas poco después del parto que los de mujeres que no presentan esta enfermedad. Los recién nacidos pueden ser pequeños porque la placenta funciona mal o porque son prematuros (25)

Las causas de la ruptura prematura de membranas son multifactorial y ocurre en aproximadamente 1-3% del total de mujeres embarazadas, además se encuentra asociada con aproximadamente el 30-40% de los partos pretérminos, por esta razón podría considerarse como el problema obstétrico de la actualidad debido a que está reportado que el 85% de la morbimortalidad fetal es resultado de la prematurez. (26)

**d. Características del recién nacido de parto prematuro  
(Consecuencia del recién nacido, resultados adversos)**

Existen signos físicos de su nacimiento prematuro y también pueden desarrollar otros problemas como: ictericia, hipoglicemia, hipocalcemia, síndrome de distrés respiratorio, displasia broncopulmonar, hemorragia intracraneal, retinopatía prematura, enterocolitis necrosante y raquitismo. Como las unidades neonatológicas de cuidado intensivo han mejorado con los años, la etapa de gestación menor ha bajado alrededor de 25 semanas (400 a 500 gramos). Como el riesgo de daño cerebral y desarrollo tardío es alto si es que un bebé sobrevive en este periodo, existe una controversia ética en cuanto a la agresividad de los cuidados de dichos bebés. (20)

**e. Morbimortalidad Materna asociada a parto prematuro**

Los síntomas de un parto prematuro espontáneo inminente señalan a un probable parto prematuro; tales signos se componen de cuatro o más contracciones uterinas en una hora desde la semana 21 y antes de las 37 semanas de gestación. En contraste con las falsas alarmas, los partos verdaderos se acompañan de acortamiento del cuello del útero y borramiento

del mismo. Además, se caracteriza por sangrado vaginal en el tercer trimestre, una fuerte presión en la pelvis, y/o dolor abdominal o de espalda los cuales pueden ser indicadores de que un parto prematuro está a punto de ocurrir.

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

Los embarazos múltiples, el 60% de embarazos gemelares nacen pretérmino, dobles 50%, triples 76%, cuádruples 90%. 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 una súper ovulación o el embarazo múltiple (26).

**f. Morbimortalidad neonatal asociada a parto prematuro**

De acuerdo al diagnóstico clínico se encuentra:

Síndrome de Insuficiencia respiratoria (SIR). Se evidencia la dificultad respiratoria con hallazgos en la radiografía de tórax compatibles con la enfermedad de membrana hialina, taquipnea transitoria del recién nacido o bronconeumonía.

Sepsis Neonatal. Presentan signos y síntomas sugestivos de sepsis con más de dos criterios de sepsis en el hemograma y/o hemocultivo positivo, fue definida como temprana cuando se documenta en los primeros tres días de vida y la tardía si se presenta después del cuarto día. (19)

Displasia broncopulmonar.

Ictericia neonatal.

Hemorragia interventricular.

Enterocolitis necrotizante.

Hipotermia.

### 2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

**Parto Prematuro:** Parto ocurrido entre las 22 a 36 semanas de gestación.

**Incidencia:** Es la cantidad de casos nuevos de una enfermedad, un síntoma, muerte o lesión que se presenta durante un periodo de tiempo, específico como un año. La incidencia muestra la probabilidad de que una persona de una población resulte afectada por dicha enfermedad. (17)

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **3.1.1. Tipo de Estudio**

Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y retrospectivo.

##### **3.1.2. Diseño de Investigación**

Se trata de una investigación no experimental, de corte transversal.

##### **3.1.3. Hipótesis**

Existe una alta incidencia de parto prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2015.

#### **3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA**

##### **3.2.1. Población**

La población estuvo comprendida por todas las mujeres cuyo parto haya sido atendido en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2015, teniendo una población total de 3510 partos.

### **3.2.2. Muestra**

Está constituido por el total de 224 gestantes con parto pretérmino, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2015.

#### **Criterios de selección**

##### **a) Criterios de inclusión:**

- Historia clínica ingresada al Sistema Informático Perinatal (SIP2000), de mujeres que hayan cursado con parto prematuro durante el año 2015.
- Parto atendido en el hospital Hipólito Unanue de Tacna
- Edad gestacional de 22 a 36 semanas por examen físico del recién nacido.

##### **b) Criterios de exclusión:**

- Historias clínicas con información incompleta de edad gestacional por examen físico.

### **3.3 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES**

**Variable independiente:** Características maternas y perinatales

**Variable dependiente:** Parto prematuro

### 3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Indicadores	Unidad/Categorías	Escala de medición
<b>Parto prematuro</b>	Edad gestacional < 37 semanas	SI NO	Nominal
<b>Edad</b>	Años	10 a 19 años 20 a 34 años 35 a más	Cuantitativa De razón
<b>Estado civil</b>	Estado conyugal de la gestante	Casada Conviviente soltera	Nominal
<b>Grado de instrucción</b>	Ultimo año escolar aprobado	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	Ordinal
<b>Antecedente de parto prematuro</b>	Cesáreas previas a este embarazo	SI NO	Nominal
<b>Paridad</b>	Partos anteriores incluyendo el actual	Primípara (1) Multípara (2-3) Gran Multípara (4 a +)	Ordinal
<b>Control prenatal</b>	Número de controles prenatales	Sin control prenatal CPN inadecuado (1-5) CPN adecuado (6 a +)	Ordinal
<b>Edad gestacional</b>	Edad del RN en semanas cumplidas	Menor de 37 De 37 a 41 De 42 a más	Ordinal
<b>Terminación del parto</b>	Forma determinación del parto	Espontanea Cesárea	Nominal

<b>Morbilidad materna</b>	Ninguna	SI – NO	Nominal
	Anemia	SI – NO	Nominal
	Infección urinaria	SI – NO	Nominal
	RPM	SI – NO	Nominal
	Infecciones vaginales	SI – NO	Nominal
	Enf. Hipertensiva emb.	SI – NO	Nominal
	Hemorragias del 3er. Trim	SI – NO	Nominal
<b>Peso al nacer</b>	Peso en gramos al nacimiento	<2500 2500 a 3999 4000 a más	Cuantitativa De Razón
<b>Sexo RN</b>	Sexo del producto	Masculino Femenino	Nominal
<b>Apgar al minuto</b>	Test que mide la vitalidad al minuto de nacer	0 a 3 4 a 6 7 a 10	Ordinal
<b>Apgar a los 5 minutos</b>	Test que mide la vitalidad a los 5 minutos de nacer	0 a 3 4 a 6 7 a 10	Ordinal
<b>Relación peso/EG</b>	Relación entre el peso del recién nacido y la edad gestacional por examen físico	PEG AEG GEG	Ordinal
<b>Morbilidad neonatal</b>	Dificultad respiratoria	SI – NO	Nominal
	Asfixia perinatal	SI – NO	Nominal
	Hiperbilirrubinemia	SI – NO	Nominal
	Alteraciones hidroelect.	SI – NO	Nominal
	Septicemia	SI – NO	Nominal
	Malformac. Congénitas	SI – NO	Nominal
<b>Mortalidad Materna</b>	Deceso de la madre durante los 45 días post parto	SI NO	Nominal
<b>Mortalidad Perinatal</b>	Muerte del feto o del recién nacido hasta los 28 días después del nacimiento	Muerte fetal Muerte neonatal	Nominal Nominal

### **3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS**

La técnica que se utilizó fue el análisis documental y la revisión y análisis de base de datos. El instrumento que se utilizó fue la historia clínica perinatal informatizada.

Se revisó la base de datos del Sistema Informático Perinatal del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna y se exportar los registros de las mujeres que reúnan los criterios de selección en una nueva base de datos en el Software de Excel.

Se realizó el análisis de datos, y finalmente se elaboró el informe final.

### **3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

La principal metodología estadística que se utilizó fue la descriptiva, haciendo uso de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Además, se utilizó las medidas de tendencia central como promedio y desviación estándar en las variables cuantitativas.

La discusión de los resultados se realizó mediante la comparación de nuestros resultados con los hallazgos de otros estudios y se planteó conclusiones en base a los objetivos propuestos.

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS**

**TABLA 1.**  
**INCIDENCIA DEL PARTO PREMATURO EN EL HOSPITAL**  
**HIPOLITO UNANUE DE TACNA, AÑO 2015**

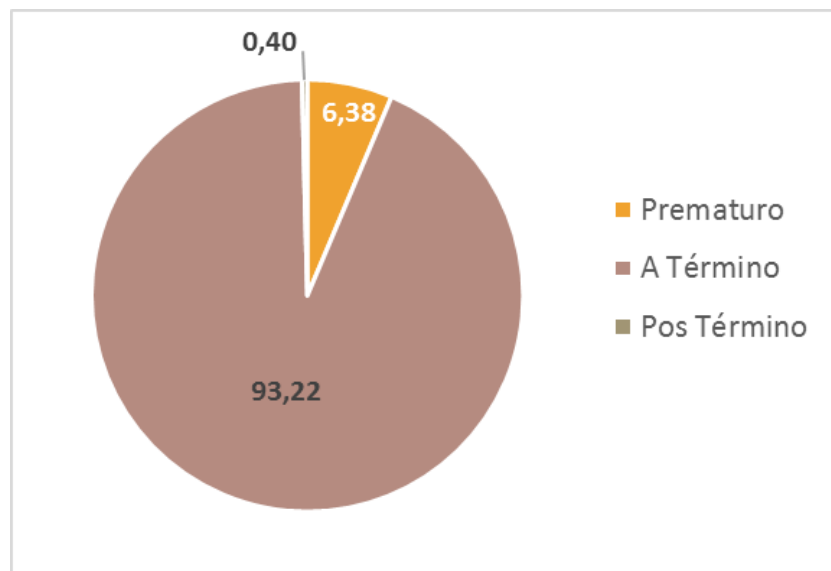
<b>PARTOS SEGÚN EDAD GESTACIONAL</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Prematuro	224	6,38
A Término	3272	93,22
Pos Término	14	0,40
<b>TOTAL</b>	<b>3510</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Registro de datos del Sistema Informático Perinatal

**Interpretación:**

En la Tabla 1, muestra la incidencia de parto prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, año 2015, fueron 224 casos prematuros que representaban el 6,38%, mientras que el 93,22% correspondió a los partos a término.

**GRÁFICO 1**  
**INCIDENCIA DEL PARTO PREMATURO EN EL HOSPITAL HIPOLITO**  
**UNANUE DE TACNA, AÑO 2015**



**TABLA 2**  
**EDAD GESTACIONAL DEL PARTO PREMATURO**  
**HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2015**

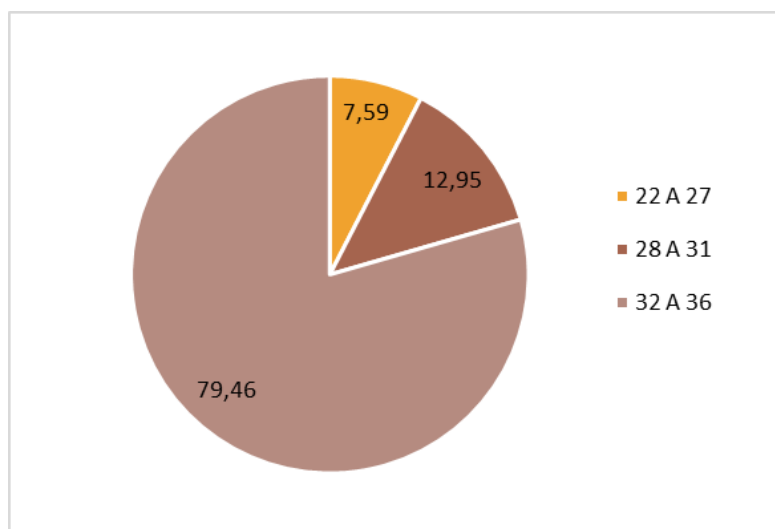
EDAD GESTACIONAL	N°	%
22 A 27	17	7,59
28 A 31	29	12,95
32 A 36	178	79,46
<b>TOTAL</b>	<b>224</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Registro de datos del Sistema Informático Perinatal

**Interpretación:**

En la Tabla 2, observamos que fue el 79,46% el cual comprende los prematuros oscilan entre 32 a 36 semanas, mientras que 12,95% corresponde a los prematuros entre las 28 a 31 semanas.

**GRÁFICO 2**  
**EDAD GESTACIONAL DEL PARTO PREMATURO**  
**HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2015**



**TABLA 3**  
**EDAD DE LAS MADRES CON PARTO PREMATURO**  
**HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA AÑO 2015**

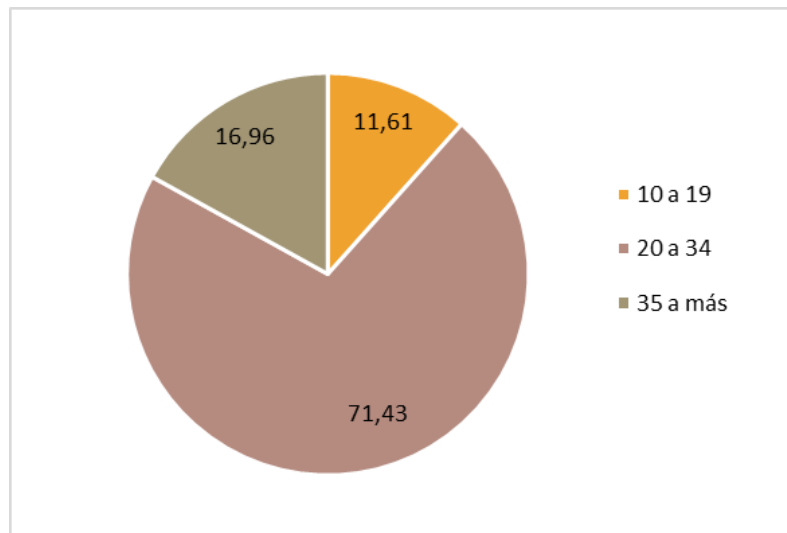
EDAD MATERNA	N°	%
10 a 19	26	11,61
20 a 34	160	71,43
35 a más	38	16,96
<b>TOTAL</b>	<b>224</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Registro de datos del Sistema Informático Perinatal

**Interpretación:**

En la Tabla 3, se observa 71,43% fue el mayor porcentaje se presentó entre las edades de 20 a 34 años de las madres que presentaron parto prematuro, y un 16,96% para las madres cuya edad comprende de 35 años a más.

**GRÁFICO 3**  
**EDAD DE LAS MADRES CON PARTO PREMATURO**  
**HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2015**



**TABLA 4**  
**ESTADO CIVIL DE LAS MADRES CON PARTO PREMATURO**  
**HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA AÑO 2015**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Casada	24	10,71
Conviviente	164	73,21
Soltera	36	16,07
<b>TOTAL</b>	<b>224</b>	<b>100,00</b>

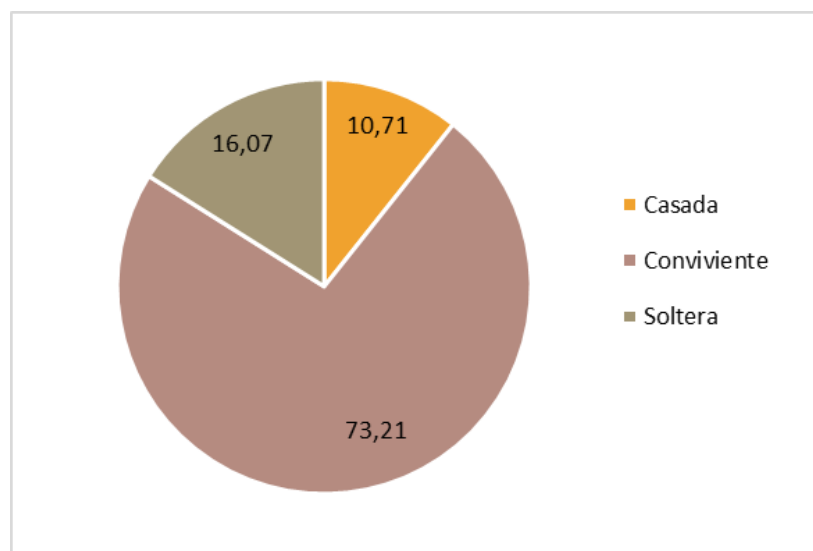
Fuente: Registro de datos del Sistema Informático Perinatal

**Interpretación:**

En la Tabla 4, acerca del estado civil de las madres que presentaron parto prematuro, el mayor porcentaje fue del 73,21% el cual representa a las madres convivientes, y un 16,07% para las madres solteras.

Esto demuestra que el estado civil conviviente predomina en la población femenina.

**GRÁFICO 4**  
**ESTADO CIVIL DE LAS MADRES CON PARTO PREMATURO**  
**HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2015**



**TABLA 5**  
**NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES CON PARTO**  
**PREMATURO HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2015**

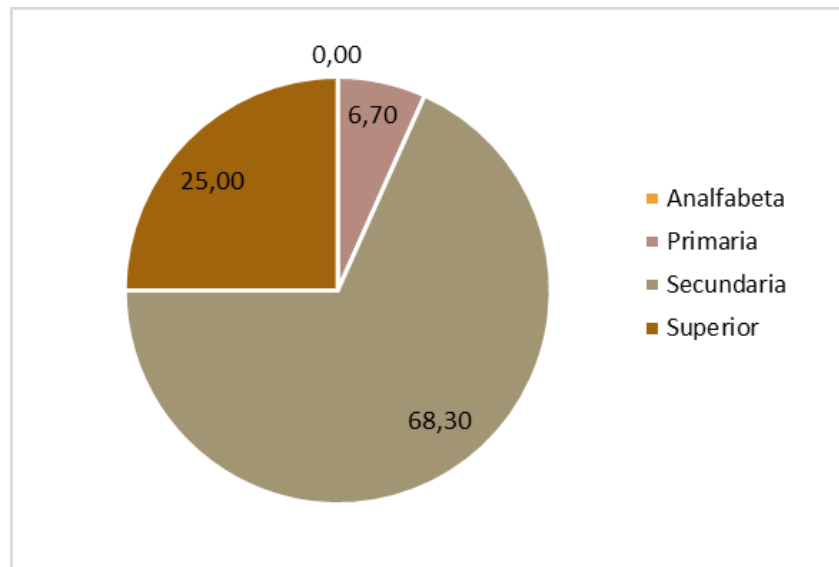
<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Analfabeta	0	0,00
Primaria	15	6,70
Secundaria	153	68,30
Superior	56	25,00
<b>TOTAL</b>	<b>224</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Registro de datos del Sistema Informático Perinatal

**Interpretación:**

En la Tabla 5, sobre el nivel de instrucción de las madres con parto prematuro, el mayor porcentaje es de 68,30% para el grado de instrucción secundaria, y el 25% para el grado de instrucción superior.

**GRÁFICO 5**  
**NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES CON PARTO**  
**PREMATURO HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2015**



**TABLA 6**  
**PARIDAD DE LAS MADRES CON PARTO PREMATURO HOSPITAL**  
**HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2015**

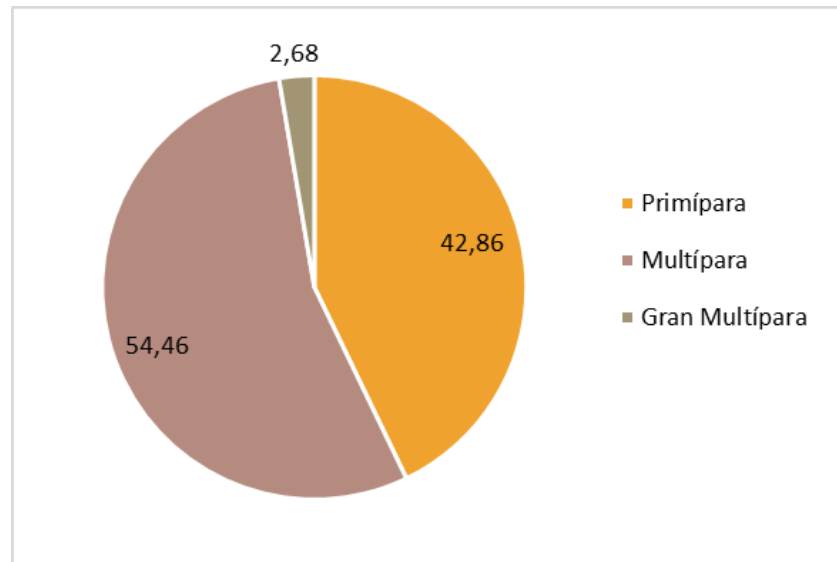
<b>PARIDAD</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Primípara	96	42,86
Múltipara	122	54,46
Gran Múltipara	6	2,68
<b>TOTAL</b>	<b>224</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Registro de datos del Sistema Informático Perinatal

**Interpretación:**

En la Tabla 6, acerca de la paridad de las madres con parto prematuro, el mayor porcentaje se dio en las múltiparas en un 54,46%, y un 42,86% a primíparas.

**GRÁFICO 6**  
**PARIDAD DE LAS MADRES CON PARTO PREMATURO HOSPITAL**  
**HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2015**



**TABLA 7**  
**CONTROL PRENATAL DE LAS MADRES CON PARTO PREMATURO**  
**HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2015**

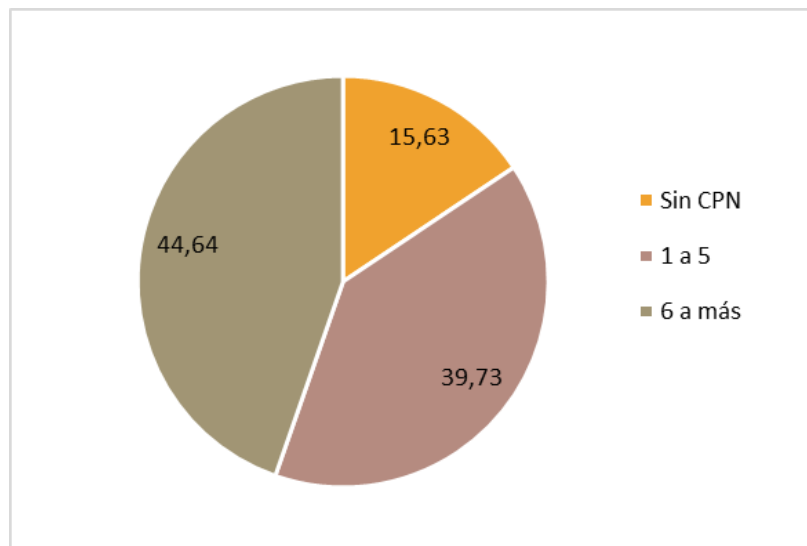
CONTROL PRENATAL	N°	%
Sin CPN	35	15,63
1 a 5	89	39,73
6 a más	100	44,64
<b>TOTAL</b>	<b>224</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Registro de datos del Sistema Informático Perinatal

**Interpretación:**

En la Tabla 7, acerca del control prenatal de las madres con parto prematuro, observamos que el 44,64% fueron madres con controles prenatales, y el 39,73% para las madres que tuvieron de 1 a 5 controles prenatales.

**GRÁFICO 7**  
**CONTROL PRENATAL DE LAS MADRES CON PARTO PREMATURO**  
**HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2015**



**TABLA 8**  
**TERMINACION DEL PARTO DE LAS MADRES CON PARTO**  
**PREMATURO HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2015**

<b>TERMINACION</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Esponáneo	51	22,77
Cesárea Emergencia	155	69,20
Cesárea Electiva	18	8,04
<b>TOTAL</b>	<b>224</b>	<b>100,00</b>

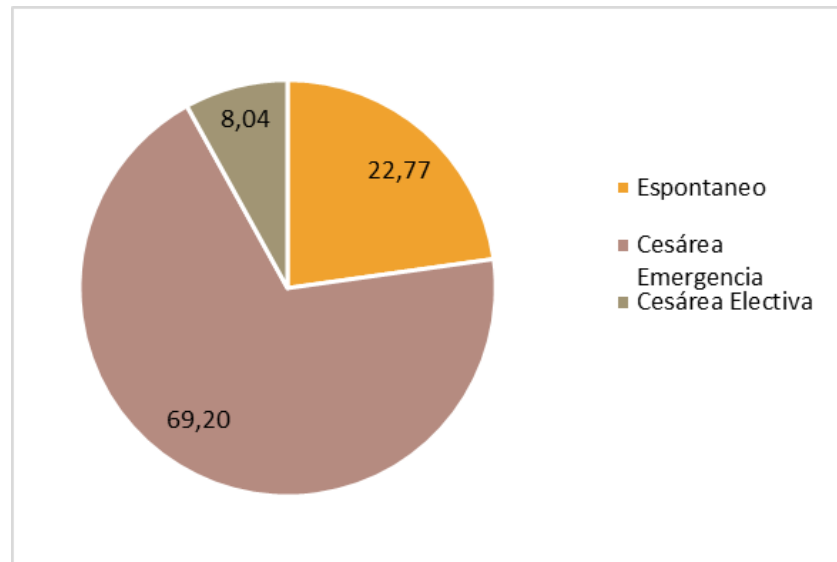
Fuente: Registro de datos del Sistema Informático Perinatal

**Interpretación:**

En la Tabla 8, observamos que de los 224 casos de parto prematuro que se presentaron, el 69,20%, terminaron en cesárea de emergencia, mientras que 22,77% en parto espontáneo.

Dicha determinación de cesárea de emergencia es de alta incidencia ya que a él suman otros factores de riesgo que intensifican el riesgo.

**GRÁFICO 8**  
**TERMINACIÓN DEL PARTO DE LAS MADRES CON PARTO**  
**PREMATURO HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2015**



**TABLA 9**  
**SEXO DEL PRODUCTO EN LAS MADRES CON PARTO PREMATURO**  
**HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2015**

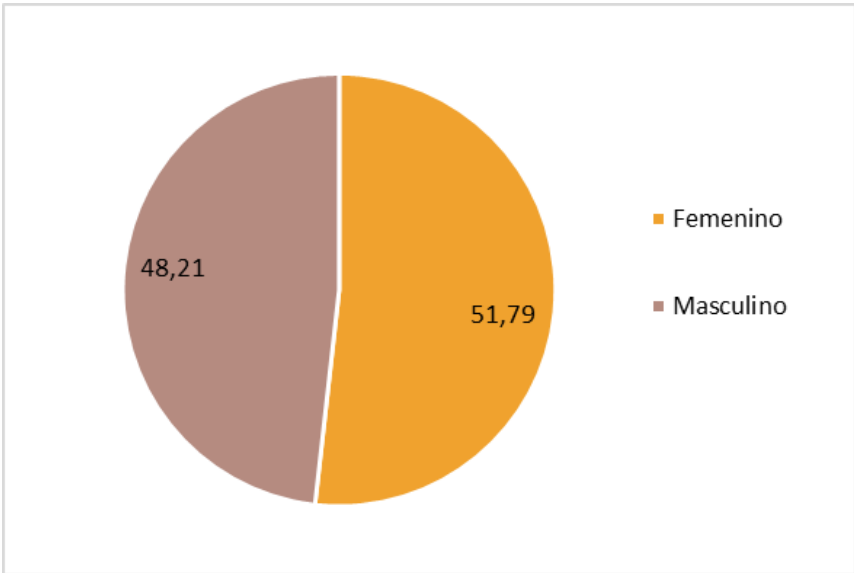
<b>SEXO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Femenino	116	51,79
Masculino	108	48,21
<b>TOTAL</b>	<b>224</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Registro de datos del Sistema Informático Perinatal

**Interpretación:**

En la Tabla 9, observamos que, de los 224 casos de partos prematuros, el sexo femenino predominó con un 51,79%, mientras que un 48,21% fue para el sexo masculino.

**GRÁFICO 9**  
**SEXO DEL PRODUCTO EN LAS MADRES CON PARTO PREMATURO**  
**HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2015**



**TABLA 10**  
**PESO DEL RECIEN NACIDO DE LAS MADRES CON PARTO**  
**PREMATURO**  
**HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2015**

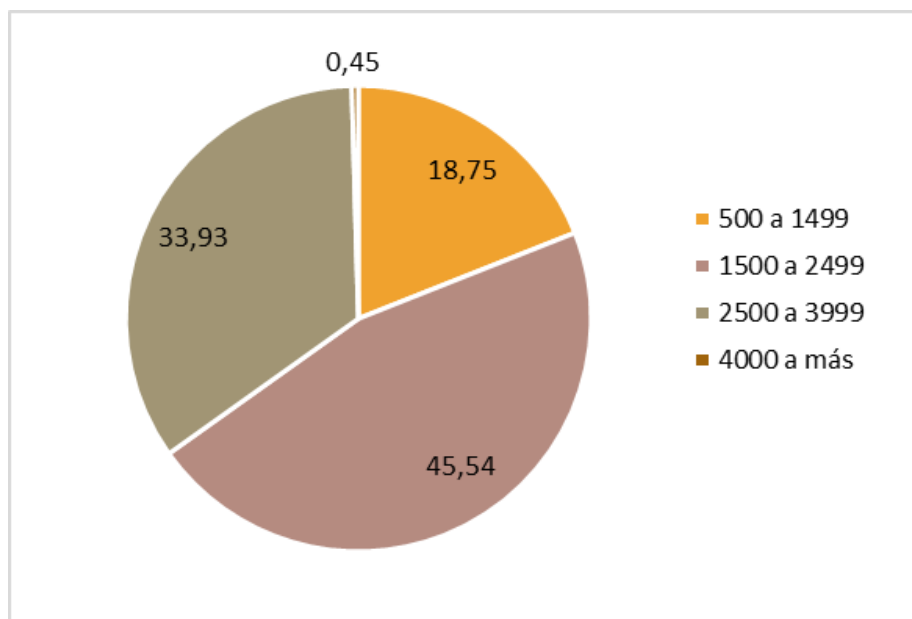
<b>PESO RN</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
500 a 1499	42	18,75
1500 a 2499	104	46,43
2500 a 3999	77	34,37
4000 a más	1	0,45
<b>TOTAL</b>	<b>224</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Registro de datos del Sistema Informático Perinatal

**Interpretación:**

En la Tabla 10, observamos que el peso del recién nacido de las madres con parto prematuro, predominó los prematuros cuyo peso osciló entre los 1500 a 2499 gramos con un 46,43%, y un 34,37% los prematuros pesaron entre 2500 a 3999 gramos.

**GRÁFICO 10**  
**PESO DEL RECIEN NACIDO EN LAS MADRES CON PARTO**  
**PREMATURO HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2015**



**TABLA 11**  
**PESO DEL PREMATURO SEGÚN EDAD GESTACIONAL EN EL**  
**HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2015**

<b>PESO POR EG</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
PEG	32	14,28
AEG	168	75,01
GEG	8	3,57
Sin consignar datos	16	7,14%
<b>TOTAL</b>	<b>224</b>	<b>100,00</b>

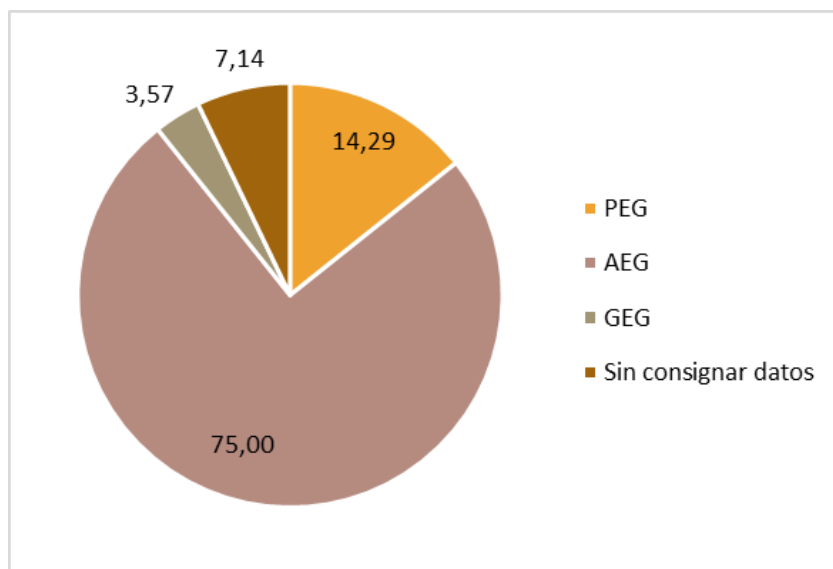
Fuente: Registro de datos del Sistema Informático Perinatal

**Interpretación:**

En la Tabla 11, observamos que el mayor porcentaje fue en un 75,01% para prematuros con adecuada edad gestacional; el 14,28% para pequeños para la edad gestacional.

Existe un 7,14% que no se encontró información porque no fueron considerados como nacido vivo.

**GRÁFICO 11**  
**PESO DEL PREMATURO SEGÚN EDAD GESTACIONAL EN EL**  
**HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2015**



**TABLA 12**  
**APGAR AL MINUTO DEL RECIEN NACIDO CON PARTO PREMATURO**  
**HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2015**

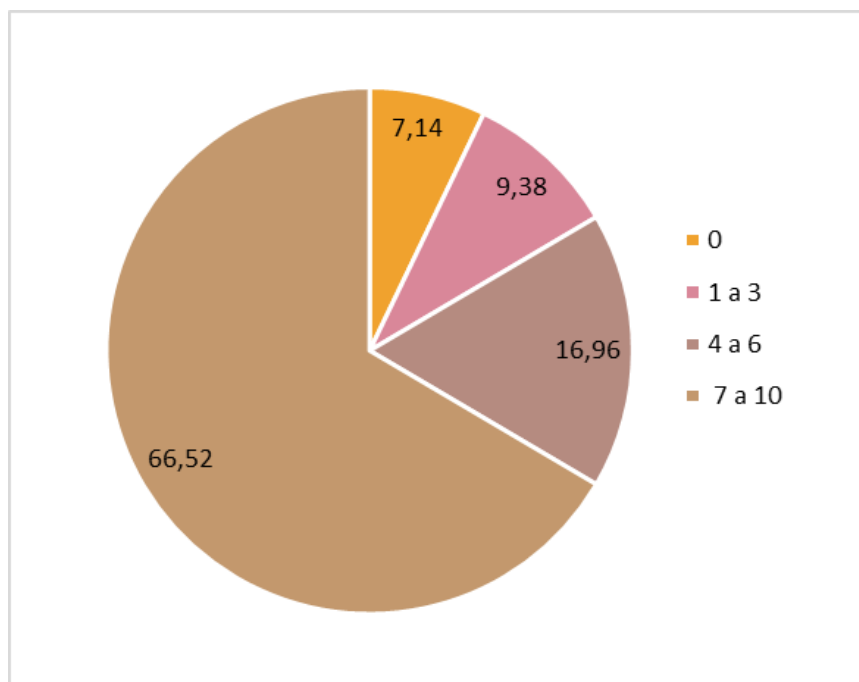
<b>APGAR AL MINUTO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
0	16	7,14
1 a 3	21	9,38
4 a 6	38	16,96
7 a 10	149	66,52
<b>TOTAL</b>	<b>224</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Registro de datos del Sistema Informático Perinatal

**Interpretación:**

En la Tabla 12, observamos que el mayor porcentaje fue de 66,52% con APGAR al minuto entre 7 y 10; mientras que el 16,96% correspondió al APGAR entre 4 a 6 al minuto.

**GRÁFICO 12**  
**APGAR AL MINUTO DEL RECIEN NACIDO CON PARTO PREMATURO**  
**HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2015**



**TABLA 13**  
**APGAR A LOS 5 MINUTOS DEL RECIEN NACIDO DE PARTO**  
**PREMATURO EN HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2015**

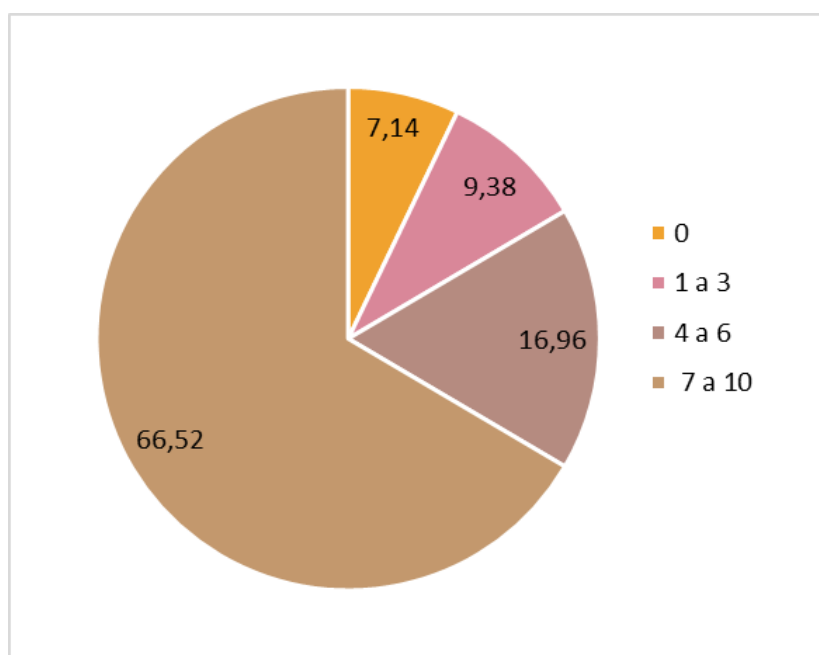
<b>APGAR A LOS 5 MINUTOS</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
0	16	7,14
1 a 3	7	3,13
4 a 6	17	7,59
7 a 10	184	82,14
<b>TOTAL</b>	<b>224</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Registro de datos del Sistema Informático Perinatal

**Interpretación:**

En la Tabla 13, observamos que el mayor porcentaje es de 82,14% corresponde a prematuros con Apgar comprendidos entre 7 a 10; y 7,59% los prematuros comprendidos al Apgar de 4 a 6 a los 5 minutos.

**GRÁFICO 13**  
**APGAR A LOS CINCO MINUTOS DEL RECIEN NACIDO DE PARTO**  
**PREMATURO EN HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2015**



**TABLA 14**  
**MORBILIDAD MATERNA EN MADRES CON PARTO PREMATURO EN**  
**HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2015**

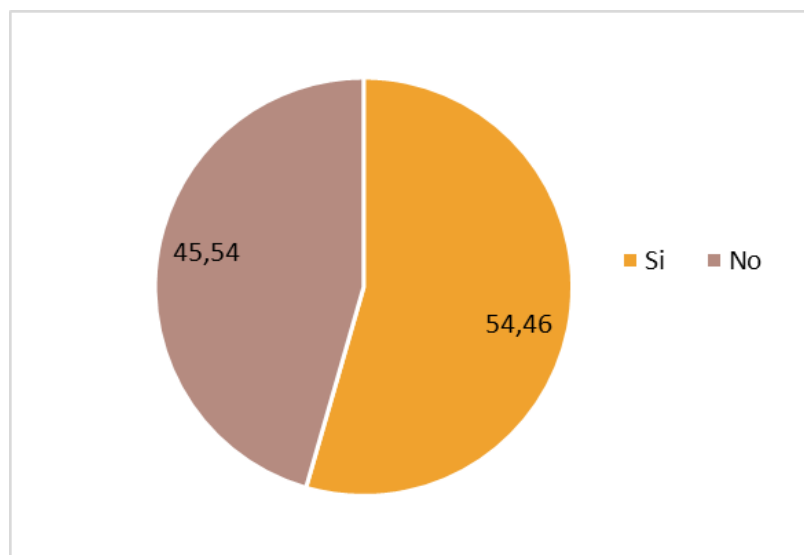
<b>MORBILIDAD MATERNA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	122	54,46
No	102	45,54
<b>TOTAL</b>	<b>224</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Registro de datos del Sistema Informático Perinatal

**Interpretación:**

En la Tabla 14, observamos que de los 224 casos que presentaron parto prematuro, el 54,46% presentaron morbilidad materna, y un 45,54% no presentaron morbilidad materna.

**GRÁFICO 14**  
**MORBILIDAD MATERNA EN MADRES CON PARTO PREMATURO EN**  
**HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2015**



**TABLA 15**  
**PATOLOGIAS MATERNAS EN MADRES CON PARTO PREMATURO**  
**EN HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2015**

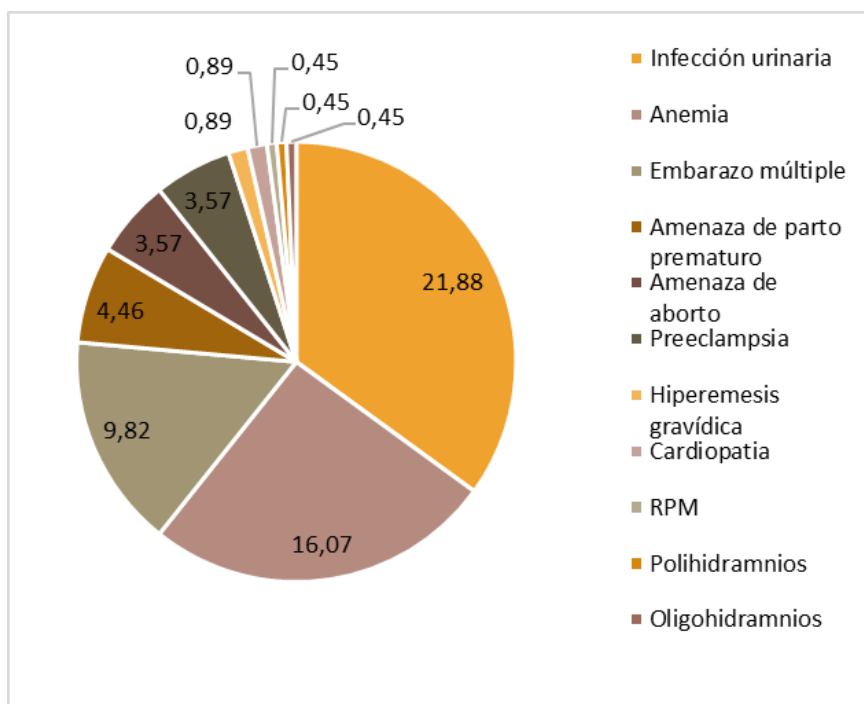
<b>PATOLOGIAS MATERNAS</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Infección urinaria	49	21,88
Anemia	36	16,07
Embarazo múltiple	22	9,82
Amenaza de parto prematuro	10	4,46
Amenaza de aborto	8	3,57
Preeclampsia	8	3,57
Hiperemesis gravídica	2	0,89
Cardiopatía	2	0,89
RPM	1	0,45
Polihidramnios	1	0,45
Oligohidramnios	1	0,45
<b>PARTO PREMATURO</b>	<b>224</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Registro de datos del Sistema Informático Perinatal

**Interpretación:**

En la Tabla 15, sobre las patologías maternas con parto prematuro observamos que el mayor porcentaje fue el 21.88% correspondiente a las infecciones urinarias, el 16.07% a la anemia; 9.82% a embarazos múltiples.

**GRÁFICO 15**  
**PATOLOGIAS MATERNAS EN MADRES CON PARTO PREMATURO**  
**EN HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2015**



**TABLA 16**  
**MORBILIDAD NEONATAL EN LOS PREMATUROS DEL HOSPITAL**  
**HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2015**

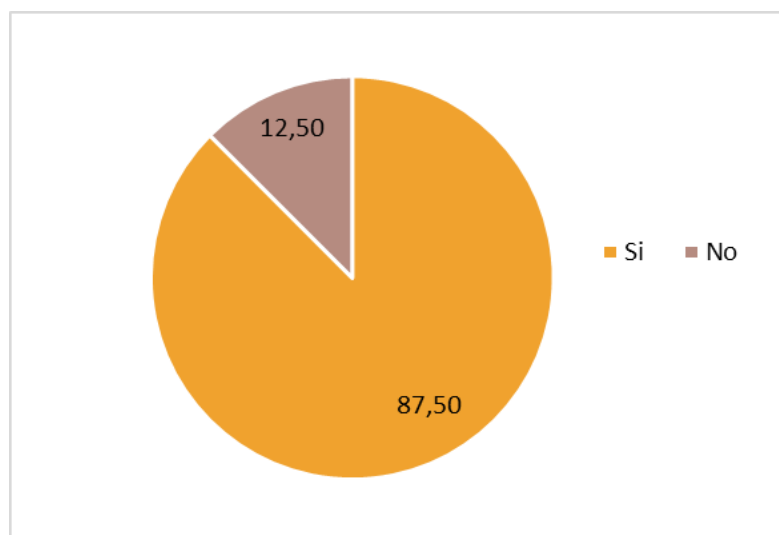
<b>MORBILIDAD NEONATAL</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	182	87,50
No	26	12,50
<b>TOTAL</b>	<b>208</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Registro de datos del Sistema Informático Perinatal

**Interpretación:**

En la Tabla 16, podemos observar que el 87.50% presentaron morbilidad neonatal; mientras que el 12.50% no presentaron morbilidad neonatal.

**GRÁFICO 16**  
**MORBILIDAD NEONATAL EN MADRES CON PARTO PREMATURO**  
**EN HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2015**



**TABLA 17**  
**PATOLOGIAS NEONATALES DEL PARTO PREMATURO EN**  
**HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2015**

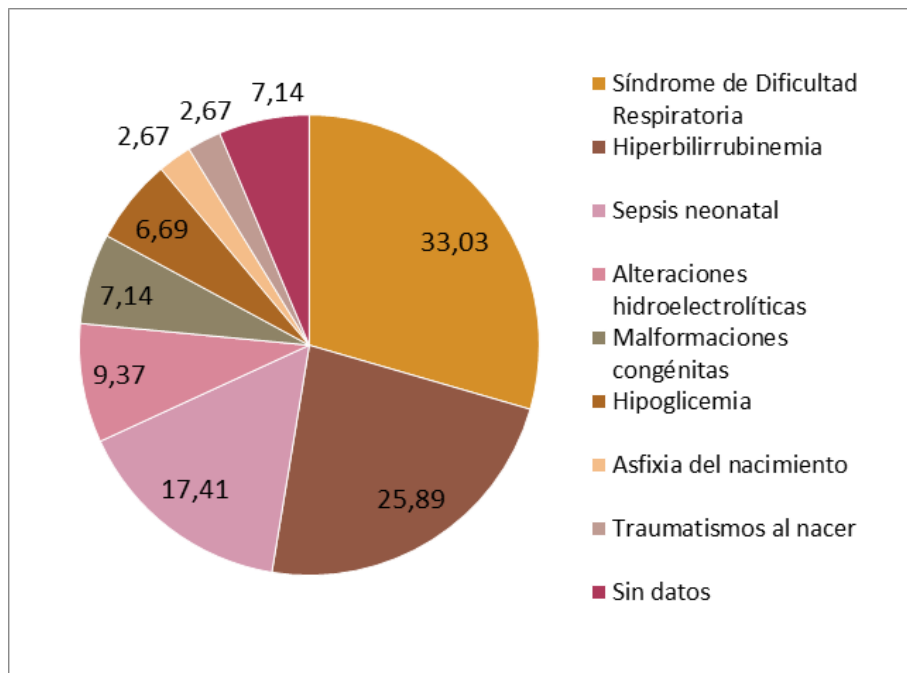
<b>PATOLOGIAS NEONATALES</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Síndrome de Dificultad Respiratoria	74	33,03
Hiperbilirrubinemia	58	25,89
Sepsis neonatal	39	17,41
Alteraciones hidroelectrolíticas	21	9,37
Malformaciones congénitas	16	7,14
Hipoglicemia	15	6,69
Asfixia del nacimiento	6	2,67
Traumatismos al nacer	6	2,67
Sin datos	16	7,14
<b>PARTO PREMATURO</b>	<b>224</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Registro de datos del Sistema Informático Perinatal

**Interpretación:**

En la Tabla 17, podemos observar que la patología neonatal de mayor incidencia fue el Síndrome de dificultad respiratoria con un 33,03%, mientras que hiperbilirrubinemia un 25,89%; y el 17,41% correspondió a la Sepsis neonatal.

**GRÁFICO 17**  
**PATOLOGIAS NEONATALES DEL PARTO PREMATURO EN**  
**HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2015**



**TABLA 18**  
**MORTALIDAD FETAL EN PRODUCTOS DE PARTO PREMATURO EN**  
**HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2015**

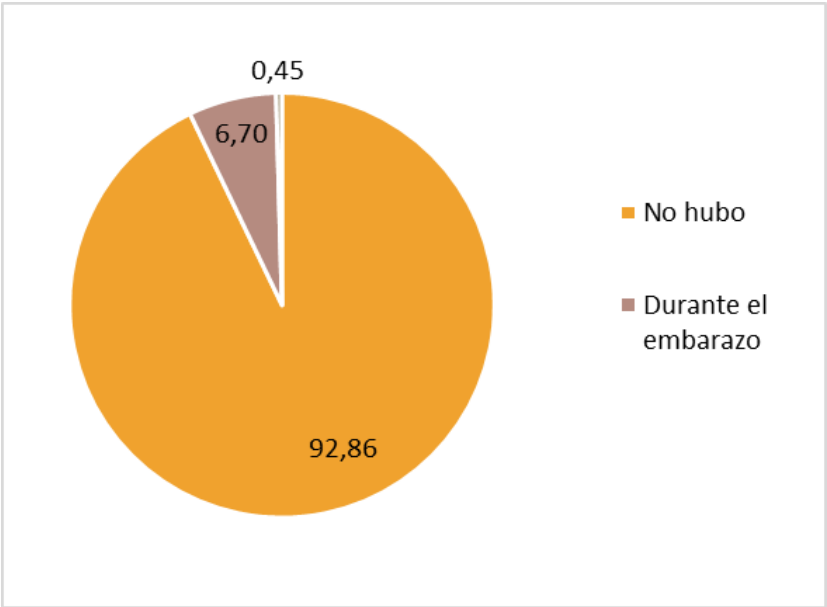
<b>MORTALIDAD FETAL</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
No hubo	208	92,86
Durante el embarazo	15	6,70
Durante el parto	1	0,45
<b>TOTAL</b>	<b>224</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Registro de datos del Sistema Informático Perinatal

**Interpretación:**

En la Tabla 18, el 92,86% de los prematuros nacieron vivos; el 6,70% ocurrió muerte fetal durante el embarazo.; el 0,45% ocurrió la muerte fetal durante el parto.

**GRÁFICO 18**  
**MORTALIDAD FETAL EN LAS MADRES DE PARTO PREMATURO EN**  
**HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2015**



## **DISCUSIÓN**

El presente estudio se realizó en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, de enero a diciembre del año 2015, para determinar la Incidencia del parto prematuro y sus características maternas y perinatales.

Durante el periodo de estudio se registraron 3510 partos, de los cuales, 224 fueron pretérminos, lo que revela que la incidencia de parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el año 2015 fue de 6,38%, cifra comprendida a la reportada en estudios de otros países, donde este porcentaje varía entre 6 a 10 % (1,28); la incidencia de parto prematuro en nuestro hospital estaría relacionada con la calidad de vida y de salud en nuestra Región Tacna, reflejada y evidenciada por los indicadores de salud, que superan el promedio nacional, como el elevado porcentaje de control prenatal y partos institucionalizados, lo que posibilitan la prevención del parto prematuro y el manejo adecuado de éste.

Las características relevantes de parto prematuro determinados en el presente estudio fueron: la edad gestacional de 32 a 36 semanas (79%) y un control prenatal inadecuado o inexistente de 56%, siendo mayor en las madres controladas (más de 6 controles prenatales) (44%). Respecto al estado civil en madres que presentaron parto pretérmino en nuestro

estudio, encontramos un elevado porcentaje de madres convivientes (73%), seguida de un 16% de madres solteras; al respecto Parra (10) menciona que la soltería está relacionada con una situación social desfavorable por lo que presentaría asociación con el parto prematuro.

En relación con diversos estudios nacionales e internacionales en el que se encuentran relación significativa entre la edad de la gestante y la ocurrencia del parto prematuro, para el presente estudio se manifiesta el desacuerdo con los estudios realizados por Parra (10) quien encontró relación significativa del parto prematuro con la edad de la gestante que se da en edades extremas, así como las menores de 18 años. Pero coincidimos con lo observado en las conclusiones de estudios realizados por Saavedra (29) quien encuentra que la mayor proporción de gestantes con parto prematuro oscila entre la edad materna comprendida entre los 18 a 34 años, en nuestro estudio fue preponderante el parto prematuro en gestantes con edades comprendidas entre los 20 a 24 años (71%).

Respecto al grado de instrucción, se encontró que el mayor porcentaje perteneció al grupo de educación secundaria (68%) lo que concuerda con lo que sostiene Saavedra (29) y Parras (10) que tiene relación directa con la prematuridad.

El antecedente de paridad materna, demostró en nuestro estudio tener prevalencia entre las multíparas y gran multíparas en un 57%, entonces coincidimos con Huaroto (30) quien determinó que las pacientes con más de dos partos previos tienen un riesgo de 2 a 3 veces mayor de presentar prematuridad. La alta frecuencia de multiparidad encontrada en el mencionado estudio puede deberse a complicaciones obstétricas y a lesiones del cuello uterino obtenidas en los partos previos y de mujeres de mayor edad. Sin embargo Parras (10) concluye que la paridad y el antecedente de infección urinaria durante la gestación actual no se asociaron con el parto pretérmino.

En cuanto a la vía final del parto prematuro el 92% terminó en cesárea, de estos, el 69% fue por emergencia.

El 65% de los productos de parto prematuro presentaron bajo peso al nacer, de los cuales 46% obtuvo un peso entre 1500 a 2499. En cuanto al sexo del recién nacido que predominó fue el femenino en un 52% a comparación del masculino. En cuanto al peso por la edad gestacional se obtuvo el 81% adecuado para la edad gestacional, pero un no despreciable 15% de pequeños para la edad gestacional. El Apgar al minuto, en un 72% fue de 7 a 10, existiendo en el 28% depresión al minuto de nacer. El Apgar a los 5 minutos en un 88% fue de 7 a 10 y en el 12% continuó con depresión a los 5 minutos de nacido. La mortalidad fetal

fue del 17%. Finalmente se presentó una Mortalidad neonatal de 18% del total de nacidos vivos de parto prematuro.

Diversos autores hacen mención de la asociación entre infección del aparato urinario y parto prematuro. Se sabe que el ITU puede causar irritabilidad uterina y parto pretérmino. Existe evidencia en relación a la producción de citoquinas secretadas por los monocitos o macrófagos de la madre y el feto en respuesta a productos bacterianos las cuales pueden producir trabajo de parto. En la presente investigación se encontró un alto porcentaje de partos prematuros que durante el embarazo cursaron con infección del tracto urinario, plenamente de acuerdo con los resultados que obtuvieron Cruz (24), Huaroto (30) y Conde (34). En nuestra investigación obtuvimos para la infección urinaria el 22%, Anemia 16%, Embarazo Gemelar 10%.

Encontramos que el Embarazo Gemelar está asociado con el parto prematuro en un 10% coincidiendo con los resultados de Parra (10) y Huaroto (30). El mecanismo del trabajo de parto prematuro en gestaciones múltiples, pueden estar relacionadas con la sobre distensión uterina, aumento del volumen intrauterino o complicaciones relacionadas tales como la incompetencia cervical. En nuestro estudio encontramos una incidencia de 9.82%.

## CONCLUSIONES

**PRIMERA:** La Incidencia del parto prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2015 fue del 6,38%. Predominó las edades gestacionales de 32 a 36 semanas en el 79%.

**SEGUNDA:** Las características socioeconómicas de la madre con parto prematuro fueron: madres cuya edad oscila entre 20 a 24 años (71%), con estado civil conviviente (73%) y con un buen grado de instrucción, siendo secundaria (68%) o superior (25%).

**TERCERA:** Las características obstétricas del parto prematuro fueron: multiparidad (54%), control prenatal inadecuado o ausente (55%), y terminación del embarazo por cesárea (77%) principalmente de emergencia (69%).

**CUARTA:** Las características del recién nacido de parto prematuro fueron: el sexo que predominó fue el

femenino (52%), prevaleció el bajo peso al nacer o menor de 2500 gramos (65%), pequeños para la edad gestacional (15%), con una alta frecuencia de depresión al minuto (12%) y cinco minutos de nacido (12%).

**QUINTA:** La tasa de Morbilidad Materna de las gestantes que terminaron en parto prematuro fue del 54%, siendo la Infección Urinaria (23%), la Anemia (16%) y el Embarazo Gemelar (10%) las patologías más frecuentes.

**SEXTA:** La Tasa de Morbilidad Neonatal de los partos prematuros fue de 88%, siendo el síndrome de dificultad respiratoria (36%), la hiperbilirrubinemia (28%) y la sepsis neonatal (19%) las patologías más frecuentes. La mortalidad perinatal en el parto prematuro fue elevada, siendo la mortalidad fetal del 7% y la mortalidad neonatal del 18%.

## RECOMENDACIONES

1. El profesional deberá brindar una atención obstétrica especializada, integral y consejería minuciosa y oportuna en las pacientes que cursen con una gestación comprendida entre 32 a 36 semanas; ya que según el presente estudio es la edad gestacional que presentó mayor incidencia de parto prematuro.
2. El Obstetra, como profesional de la salud e integrante del equipo básico, deberá elaborar estrategias educativas, preventivas promocionales de la salud de la madre, a nivel de colegios, clubs de madres, comedores populares, etc., a fin de reducir las elevadas tasas de incidencia de factores de riesgo causales del parto prematuro, como en el presente estudio, tales como infección urinaria, anemia.
3. Se coordinará capacitaciones periódicas con el profesional obstetra de los establecimientos periféricos, a fin de que en el control prenatal puedan identificar precozmente los factores de riesgo de parto pretérmino y se deriven oportunamente al establecimiento de mayor complejidad.

4. Invitar a las obstetras de los centros periféricos que derivan mayor cantidad de partos prematuros, a las reuniones trimestrales que organiza el departamento de Gineco Obstetricia en base al Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unanue, a fin de sugerir estrategias que disminuyan dichas ocurrencias.
  
5. Actualizar periódicamente los protocolos y manejo del parto prematuro. Así como la técnica de la madre canguro, la alimentación del prematuro, haciéndoles seguimiento correspondiente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Institute of Medicine. Behrman RE, Stith BA, editors. Preterm birth: causes, consequences, and prevention. Washington, DC: The National Academies Press, 2006.
2. Hollier LM. Preventing preterm birth: what works, what doesn't. *ObstetGynecolSurv* 2005;60:124
3. Oviedo CH, Lira PJ, Ito NA, Grosso EJM. Causas de nacimiento pretérmino entre madres adolescentes. *GinecolObstetMex* 2007; 75:17-23
4. Faneite P, Rivera C, Amato R, Faneite J, Urdaneta E, Rodríguez F. Prematurez: resultados perinatales. *Revobstetginecol Venezuela* 2006; 66(4):213-218.
5. Villanueva LA, ContrerasA, Pichardo M, Rosales J.
6. Hübner ME, Ramírez R. Sobrevida, viabilidad y pronóstico del parto prematuro. *Rev. méd. Chile* 2002; 130 (8): 931-938.

7. BezerraL, OliveiraS,Junqueira V, Latorre M. Prevalência De factoresasociados al prematuro.

8. Salvador J, Díaz J, HuayanayL.Factores de riesgo del parto pretérmino: Estudio caso-control Rev.PerGinecolObstet 2004 ;50(4): 232-242.

9- García F, Pardo F,Zúñiga C. Factores asociados al parto prematuro en el departamento de lempira, honduras.*Revmedhondur*2012; 80(4).

10- Parra F. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período enero 2010-diciembre 2012. Tesis para optar el título de Médico Cirujano.

11- Castrillo K, Zúñiga D, Arrieta F.Experiencia en el manejo del parto de pretérmino, revista médica de Costa Rica y Centroamérica lxxvii 2010; (592) 145-149.

12- Ovalle A, Kakarieka E, Rencoret G, Fuentes A, Del Río M, Morong C, Benítez P.Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago, Rev. méd. Chile 2012; 140 (1): 19-29

13- Jaramillo J, López I, Arango F. Factores asociados con parto pretérmino en el tercer nivel de atención en salud en manizales. julio 2004 - junio 2005, revista colombiana de obstetricia y ginecología 2006; 57(2):74-81.

14-LosaE,GonzálezE,González G.Factores de riesgo del parto pretérmino. revista de ginecología y obstetricia. España. 2006; 49(2).

15- ReturetaS, Rojas L, Retureta M. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del municipio Ciego de Ávila. *versión Online* ISSN 1727-897X. Cuba 2015; 13(4).

16 -Leon Gordis, Epidemiology, 3th Edition, 2004

17.

[www.stedmansonline.com/content.aspx?id=mlr1400001043&termtype=t](http://www.stedmansonline.com/content.aspx?id=mlr1400001043&termtype=t)

18- Lee KG,Clohety JP,Identificación del alto riesgo del recién nacido y la edad del tiempo gestacional, Prematuridad,Grande para edad

gestacional, Pequeño para edad gestacional. 2004. Manual de Neonatología. 5ta ed. Philadelphia; pp 42 a 56

19-Alvarez J. Morbimortalidad de los recién nacidos de muy bajo peso en el Hospital San Juan de Dios, San José. Print versión ISSN 1409-0090. Costa Rica. 2001

20. Parto Pretérmino <Wikipedia> [https://es.wikipedia.org/wiki/Parto\\_pret%C3%A9rmino](https://es.wikipedia.org/wiki/Parto_pret%C3%A9rmino)

21. Ticona M. Huanco D. Mortalidad Perinatal Hospitalaria en el Perú, Factores de Riesgo. Revista Gineco. Obstetricia, 2005-70

22. WHO, March of Dimes. Partnership for maternal , Newborn-Child Health , Save the Children. Born too soon: the global action report on preterm birth. [www.who.int/maternal-child-adolescent/documents/bom-too-soon/wn/](http://www.who.int/maternal-child-adolescent/documents/bom-too-soon/wn/) (Accessed on May 04, 2012).

23. Petrou S. Las consecuencias económicas del parto premature durante los primeros 10 años de vida. BJOG. 2005-112 (Supl 1):10-5. doi: 10.1111/j.1471-0528.2005.00577.x (PubMed)

24. Cruz T.M. Factores de Riesgo maternos preconceptionales y conceptionales del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa ,2014. Universidad Mayor de San Marcos.
- 25.Laterraac ,Susacasab. S (2011) .Guia Clínica de Prevención del Parto Prematuro. Recuperado el 3 de febrero del 2013. Disponible en <http://WWW.scp.com>.
26. Congreso Nacional del Ecuador. (2003). Código de la Niñez y adolescencia. Recuperado el 4 de Julio del 3013. Disponible en [www.oei.es/quipu/ecuador/Cod](http://www.oei.es/quipu/ecuador/Cod).
27. Fleischman AR, Oinuma M<,et al: Rethinking the definition of term pregnancy. Obstet. Gynecol. 116:136, 2010
28. Oliveros M.Shimabuku R, Chirinos J, Costa R, El riesgo de muerte del recién nacido de muy bajo peso en el Perú. Proyecto multicéntrico. Revista Soc. Per. Ped. 2002;55 (3):18-24.
29. Saavedra Casternoque Hitler. Factores asociados a prematuridad en el Hospital II- 1 de Yurimaguas, Julio a Diciembre del 2014.
30. Huaroto P. Karina, Paucchuamancha Miguel, Polo Alvarez Meliza, Meza-León Jesús. Factores de riesgo materno, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica,

Perú. Facultad de medicina Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, Perú. 2012.

31. Villanueva E. Luis, Contreras G. Ada., Pichardo C. Mauricio. Perfil Epidemiológico del parto prematuro, Ginecológico Obstetra. México. Artículo de Revisión .medigraphic.2012, pag.79.

32. Lang C, Iams J. Goals and strategies for prevention of preterm birth. Pediatric clinics of North America 2009, 56-537-563.

33. OMS-Centro de prensa. Menú de navegación: Nacimientos prematuro, Noviembre 2016. [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es).

34. Conde C, Mirella, Factores de Riesgo asociados a Parto Pretérmino de las gestantes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2014-2015.

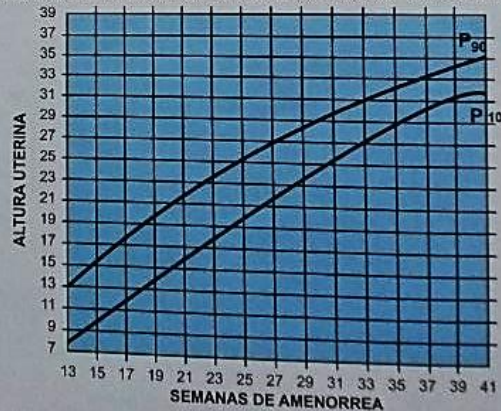
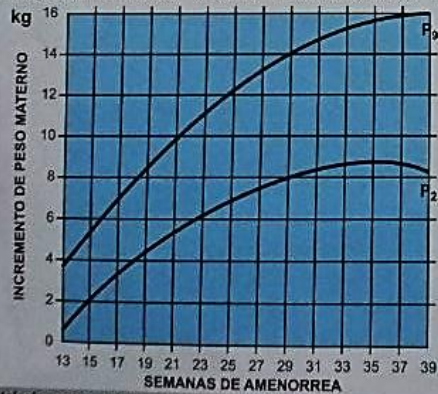
# **ANEXOS**



Estado		Producto de la concepción:		Hija Única	Embarazo Múltiple	Cesareo	Aborto	
NCMP:		Atención Prenatal	Aborto	Parto	Fecha: / /			
Ingreso al establecimiento por parto o aborto incompl.		TAMARO FETAL ACORDE		INICIO		DILATACION		
REFERENCIA AL INGRESO	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	FREC RESP	Longitudinal <input type="checkbox"/>	Derecha <input type="checkbox"/>	Espondaeo <input type="checkbox"/>	LIGURO AMNÍOTICO		
No aplica <input type="checkbox"/>	TEMP	transversal <input type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Inducido <input type="checkbox"/>	MEMBRANAS	Claro <input type="checkbox"/>	
PULSO MATERNO	PESO	PRESENTACION	ALTURA UTERINA	cm	F.C.F.	Rotas <input type="checkbox"/>	Verde claro <input type="checkbox"/>	
PRESSION ARTERIAL	E.G.	Pública <input type="checkbox"/>	cm	F.C.F.	FECHA RUPTURA: / /	Integras <input type="checkbox"/>	Verde oscuro <input type="checkbox"/>	
Signos y Síntomas de Alerta:		Corticoides antenatales (ciclo único) (28-34sem)						
Ascitis	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hamaturia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Completo <input type="checkbox"/>	No recibe <input type="checkbox"/>	SEM. INICIO		
Cianosis	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hipot arteriástica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Incompleto <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>			
Escotomas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ictericia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tipo procedimiento				
Epigastralgia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Peteguías	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	CESAREA	ABORTO	Medicación en Parto (Ver anexo)		
Dolor hipocostal d/iz.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Proteinuria	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Corporal <input type="checkbox"/>	Amniot <input type="checkbox"/>	MEDICACION:	MEDICAMENTOS:	
Terminación		PARTO CON ACOMPAÑANTE		Segmentaria <input type="checkbox"/>	Legrado <input type="checkbox"/>	Sin medicación <input type="checkbox"/>		
TERMINACION	POSIC. GESTANTE	PARTO GRAMA	PARTO CON ACOMPAÑANTE	No aplica <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>	1. _____		
Aborto <input type="checkbox"/>	Horizontal <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	2. _____				
Espontánea <input type="checkbox"/>	Vertical <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>	3. _____				
Fonocap <input type="checkbox"/>	No Aplica <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>	Indicación principal parto per/induce.				
Vacuum <input type="checkbox"/>	DURACION	MUERTE INTRAUTERINA	EPISIOTOMIA	No hubo <input type="checkbox"/>				
Cesárea electiva <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	No hubo <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Atención				
Cesárea emerg <input type="checkbox"/>	Prolongado <input type="checkbox"/>	Durante embarazo <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>	PARTO o LEGRADO NEONATO				
DESGARROS	Precipitado <input type="checkbox"/>	Durante parto <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>	NIVEL:				
No hubo <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>	Momento desconocido <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>	Medico <input type="checkbox"/>				
I ALUMBRAMIENTO	PLACENTA	LIGADURA CORDON		Residente Médico <input type="checkbox"/>				
II Activo <input type="checkbox"/>	Completa <input type="checkbox"/>	Precoz <input type="checkbox"/>		Obstetra <input type="checkbox"/>				
III / IV Expontáneo <input type="checkbox"/>	Incompleta <input type="checkbox"/>	Temprana <input type="checkbox"/>		Internista <input type="checkbox"/>				
No aplica <input type="checkbox"/>	Manual <input type="checkbox"/>	Tardia <input type="checkbox"/>		Enfermera <input type="checkbox"/>				
				Téc. de Enfermería <input type="checkbox"/>				
				Estudiante <input type="checkbox"/>				
				Empílica o partera <input type="checkbox"/>				
				Familiar <input type="checkbox"/>				
				Otro <input type="checkbox"/>				
				Responsable de la atención del Parto o Legrado uterino:				
				_____ (firma y sello)				
				Responsable de la atención del Neonato:				
				_____ (firma y sello)				
Recién Nacido		HC RN: NOMBRE RN:						
Sexo Femenino <input type="checkbox"/>	Peso	g		Sin patologías <input type="checkbox"/>		Fecha: / /		
Masculino <input type="checkbox"/>	P.Cef.	mm		Otras (CIE 10)		1: _____		
Indeterminado <input type="checkbox"/>	Temp.	C		2: _____		3: _____		
Talla	mm		Apgar: 4-6 0-3		Reanimación respiratoria			
Edad por Ex.Físico	sem		1' _____		Reanimación cardiaca			
Peso x Edad Gestacional:	Adecuado <input type="checkbox"/> Pequeño <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/>		5' _____		Medicación en reanim. RN			
Exm. Físico	Hospitaliz.	S. Lúctico RN	EVOLUCION RN					
Normal <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	VDRL / RPR	Deposiciones					
Anormal <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Meconial <input type="checkbox"/>					
Examen VIH	Necropsia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Transicional <input type="checkbox"/>					
No reactivo <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	No se hizo <input type="checkbox"/>	Amarillo <input type="checkbox"/>					
No se hizo <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>	Ictericia precoz <input type="checkbox"/>					
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
			No <input type="checkbox"/>					
Alojamiento conjunto	Contacto piel a piel	LME	Vacunas RN					
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	BCG Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
No aplica <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>	Hepatitis B Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Tipo de Sangre		Reingreso RN						
Grupo A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>	No se hizo <input type="checkbox"/>		Fecha: / /				Reingreso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Rh Rh+ <input type="checkbox"/> Rh- <input type="checkbox"/>	No se hizo <input type="checkbox"/>		Diagnóstico: _____				Reingreso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Horas desde postparto o aborto		Temperatura		Fecha egreso: / /				Reingreso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Pulsos (latidos/minuto)		Pres. Arterial max/min. (mm.Hg)		Egreso: _____				Reingreso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Involución uterina		Caract. Loquios (Sangrado Leve, Moderado, Severo)		Beno <input type="checkbox"/> Con patología <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>				Reingreso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Herida oper. (abdominal/parto)		Observaciones		Traslado <input type="checkbox"/> Fallece <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>				Reingreso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Dx. Fallecim. _____				Reingreso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Dx. Traslado _____				Reingreso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Establ. Trasl. _____				Reingreso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Alimento al alta				Reingreso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Pecho Bolo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>				Reingreso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Pecho y antitax <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				Reingreso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Artificial solo <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>				Reingreso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				TSH _____				Reingreso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Anticoncepcionales				Reingreso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Abdomen Peripatico <input type="checkbox"/> Ligadura Tuberial <input type="checkbox"/> Anticoncep. combinada <input type="checkbox"/>				Reingreso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Condón <input type="checkbox"/> MELA <input type="checkbox"/> Selo conserje <input type="checkbox"/>				Reingreso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Progesta. Inyectables <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>				Reingreso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Progesta. Orais <input type="checkbox"/>				Reingreso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Reingreso materno				Reingreso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Fecha: / /				Reingreso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Diagnóstico: _____				Reingreso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Fecha egreso: / /				Reingreso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Egreso: _____				Reingreso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Beno <input type="checkbox"/> Con patología <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>				Reingreso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Traslado <input type="checkbox"/> Fallece <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>				Reingreso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Dx. Fallecim. _____				Reingreso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Dx. Traslado _____				Reingreso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Establ. Trasl. _____				Reingreso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Fecha _____				Reingreso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Control RN Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				Reingreso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

ATENCIÓNES PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9
Fecha y hora atención (mm/aa/hh:mm)	/// :	/// :	/// :	/// :	/// :	/// :	/// :	/// :	/// :
Edad Gest. (semanas)									
Peso madre (kg)									
Temperatura (°C)									
Presión arter. (mm. Hg)									
Pulso materno (por min.)									
Altura uterina (cm)									
Situación (L/T/NA)									
Presentación (C/P/NA)									
Posición (D/V/NA)									
F.C.F. (por min./NA)									
Mov. fetal (+/++/+++/SM/NA)									
Proteinuria cualitativa (+/++/+++/NSH)									
Edema (+/++/+++/SE)									
Reflejo osteotendinoso (0,+/++/+++)									
Examen de Pezón (Comado/No Comado/Sin exam)									
Indic. Hierro / Ac. Fólico (mayor o igual a 16 sem)	1	2	3	4	5				
Indic. Calcio									
Indic. Ac. Fólico									
Orient. Consej. (PF/ITS/Nut/Inm/VHT/BC/No se hizo/NA)									
Consejería (PF/ITS/Nut/Inm/VHT/BC/No se hizo/NA)									
EG de Eco. Control (Sem/No se hizo/NA)									
Perfil biofísico (4, 8, 8, 10 de 18/NSH/NA)									
Cita (a/m/d)									
Visita domicil. (S/No/NA)									
Plan Parto (Control/Parto/No se hizo/NA)	1	2	3						
Estab. de la atención									
Responsable atención									
Nro. atención SIS									

L = Longitudinal. T = Transversa C = Cefálica P = Pélvica D = Derecha I = Izquierda SM = Sin Movimiento SE = Sin Edema NA = No Aplica NSH = No se hizo



Patologías maternas (CIE 10) diagnosticadas

1. \_\_\_\_\_ Sin patologías  Fecha \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_

Otras patologías (CIE 10)

1. [ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
 2. [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Referencia - Consulta Externa Si  No  No Aplica  Fecha / / Establ. Trasl. \_\_\_\_\_  
 Referencia - Emergencia Si  No  No Aplica  Fecha / / Establ. Trasl. \_\_\_\_\_  
 Referencia - Apoyo al Diagnóstico Si  No  No Aplica  Fecha / / Establ. Trasl. \_\_\_\_\_

PSICOPROFILAXIS  ESTIMULACIÓN PRENATAL  PLAN DE PARTO Si  No  No Aplica  ALOJADA EN CASA DE ESPERA Si  No  No Aplica