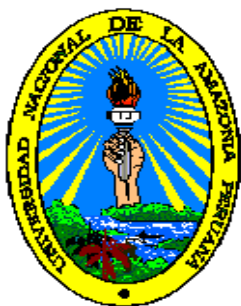


UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

“Rafael Donayre Rojas”



TITULO

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PREMATURIDAD EN
PACIENTES DEL HOSPITAL APOYO IQUITOS “CÉSAR
GARAYAR GARCÍA” ENERO A DICIEMBRE 2014”**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO

Presentado por la Bachiller de Medicina Humana

MARCO JUNIORS PEREZ CURTO

ASESOR

Dr. EDUARDO VALERA TELLO

Punchana – Iquitos

Perú

2015

INDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria	iv
Reconocimiento	v
Índice de tablas	vi
Índice de graficas	vii
Resumen	viii
Capitulo I	
1. Introducción	2
2. Planteamiento del Problema	6
3. Objetivos	7
Capitulo II	
4. Marco Teórico	9
4.1 Definición	9
4.2 Incidencia	9
4.3 Etiología	10
4.4 Fisiopatología	11
4.5 Diagnóstico	13
4.6 Antecedentes	15
5. Términos Operacionales	22
6. Variables	23
7. Hipótesis	25
Capitulo III	
8. Metodología	27
8.1 Tipo y Diseño de Investigación	27
8.2 Población y Muestra	27
8.3 Técnicas e Instrumentos	29

8.4	Procedimiento de Recolección de Datos	30
8.5	Análisis e Interpretación	30
8.6	Protección de los Derechos humanos	30
Capitulo IV		
6	Resultados	32
7	Discusión	42
8	Conclusiones	44
9	Recomendaciones	45
Capítulo V		
10	Referencias Bibliográficas	47
11	Anexos	50

Dedicatoria

A mi Madre, a mis Hermanos, por sus paciencia y apoyo incondicional, acompañándome en mis noches de desvelo y en mis días de estrés, gracias a ellos todo este esfuerzo pudo ser realizado.

A papa Francisco que desde el cielo es intermediario de Dios, para ir por el camino correcto y seguir la senda del bien social y humanitario.

Reconocimiento

A los Docentes y Maestros de nuestra honrrada Facultad de Medicina Humana “Rafael Donayre Rojas”, por sus enseñanzas y su pasividad para con nosotros.

A mi asesor de tesis Doctor Eduardo Valera Tello por ofrecerme su apoyo incondicional, en el momento que más necesitaba.

Índice de Tablas

Tabla N ^o 1	Relación entre la edad materna y prematuridad	32
Tabla N ^o 2	Relación entre el estado civil y prematuridad	33
Tabla N ^o 3	Relación entre Procedencia y prematuridad	34
Tabla N ^o 4	Nivel de instrucción de la madre de los recién nacidos con prematuridad	35
Tabla N ^o 5	Antecedente de prematuridad de la madre de los recién Nacidos con prematuridad	36
Tabla N ^o 6	Antecedente de RCIU de la madre de los recién nacidos con prematuridad	37
Tabla N ^o 7	Paridad prenatal de la madre de los recién nacidos con prematuridad	38
Tabla N ^o 8	Control prenatal de la madre de los recién nacidos con prematuridad	39
Tabla N ^o 9	Morbilidad de la madre de los recién nacidos con prematuridad	40
Tabla N ^o 10	Tipo de morbilidad de la madre de los recién nacidos con prematuridad	41
Tabla N ^o 11	Relación entre el tipo de morbilidad de la madre de los recién nacidos con prematuridad	41

Índice de Gráficas

Gráfica N ^o 1	Edad materna de los recién nacidos con prematuridad	32
Gráfica N ^o 2	Estado civil de la madre de los recién nacidos con Prematuridad	33
Gráfica N ^o 3	Procedencia de la madre de los recién nacidos con Prematuridad	34
Gráfica N ^o 4	Nivel de instrucción de la madre de los recién nacidos con prematuridad	35
Gráfica N ^o 5	Antecedente de prematuridad de la madre de los recién Nacidos con prematuridad	36
Gráfica N ^o 6	Antecedente de RCIU de la madre de los recién nacidos	37
Gráfica N ^o 7	Paridad de la madre de los recién nacidos con prematuridad	38
Gráfica N ^o 8	Control prenatal de la madre de los recién nacidos con prematuridad	39
Gráfica N ^o 9	Morbilidad de la madre de los recién nacidos con Prematuridad	40

Resumen

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PREMATURIDAD EN PACIENTES DEL HOSPITAL APOYO IQUITOS "CÉSAR GARAYAR GARCÍA", Enero a Diciembre 2014

Bach. Medicina Marco Juniors Pérez Curto

Introducción

La prematuridad es un problema de salud pública, que aumenta el riesgo de morbimortalidad del neonato, debido a factores que presenta las madres durante el parto. El propósito del presente estudio es determinar los factores que condicionan la presencia de un parto prematuro con la finalidad de reconocerlos oportunamente para un manejo oportuno para disminución de su prevalencia.

Objetivo

Determinar los factores de riesgo asociados a prematuridad en pacientes del Hospital Apoyo Iquitos "CESAR GARAYAR GARCIA" Enero a Diciembre 2014.

Metodología

Se realizó una investigación de tipo retrospectivo, de diseño analítico caso control; que a través de la fórmula para este tipo de diseño se evaluaron 200 prematuros (casos) y 400 recién nacido a términos sanos (controles)

Resultados

Las madres de los recién nacidos prematuros tienen entre 20 a 34 años de edad (72.5%), convivientes (71.0%), proceden de la zona urbano marginal (38.5%), de nivel de instrucción de secundaria (47%); con antecedente de prematuridad (18%), con antecedente de RCIU (10.5%); primíparas (30.5%) con < 6 controles prenatales (59%); con morbilidad materna (38.5%).

Las madres que proceden de la zona rural ($p=0.035$), sin ningún nivel de instrucción y con nivel de instrucción primaria ($p=0.004$), con antecedente de prematuridad ($p=0.048$), con menos de 6 controles prenatales ($p=0.001$), con morbilidad durante el embarazo ($p=0.041$) se asociaron a prematuridad.

La anemia ($p=0.037$), la ITU ($p=0.049$), y la preclampsia ($p=0.031$) se relacionaron significativamente con la prematuridad.

Conclusiones

La prematuridad se asocia con algunos factores sociodemográficos y obstétricos de la madre

Palabras claves: prematuridad, factores, HOSPITAL APOYO IQUITOS

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define prematuridad como aquel nacimiento de más de 20 semanas y menos 37 semanas de gestación. La Academia Americana de Pediatría (AAP) propone el límite de prematuridad como aquel recién nacido (RN) menor de 38 semanas, por el mayor riesgo de morbilidad que se describe entre las 37 y 38 semanas ¹.

El parto pre término (PP) es el principal determinante de la mortalidad infantil en los países más desarrollados. Son los recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento o menores de 1.500 g (o menor de 32 semanas), los que constituyen el grupo de mayor riesgo. Este grupo de niños según diferentes publicaciones, comprenden alrededor del 1% al 2% de los nacidos vivos ².

El embarazo normal culmina con un trabajo de parto, y parto después de la semana 37 de gestación; sin embargo, el parto pre término, y la prematuridad resultante de este, es la patología perinatal y complicación más común, costosa y catastrófica del embarazo. Esta entidad tiene una frecuencia de presentación aproximada del 10-15% de todos los nacimientos, presentando diferencias según el nivel de desarrollo socioeconómico de cada país. A pesar de los avances tecnológicos y del cuidado neonatal, su prevalencia no ha variado en las últimas décadas ³.

El nacimiento pre término acontece, aproximadamente en el 12.7% de todos los nacimientos. A pesar de las investigaciones en este campo, la frecuencia parece haberse incrementado en las dos últimas décadas. Son tres factores los principales responsables de este aumento en la frecuencia de PP: 1) dramático incremento en los embarazos múltiples, como consecuencia de las técnicas de fertilización asistida, 2) cambios en la conducta obstétrica entre las 34 y 36 SDG (inducción del parto en la ruptura prematura de membranas) y 3) aumento en las intervenciones obstétricas a edades tempranas de la gestación ⁴.

Está demostrado que conforme la edad gestacional progresa, hay una disminución en la morbilidad neonatal a corto plazo. Entre las 24 y 28 semanas de gestación, cada día ganado aumenta la sobrevivencia y reduce la morbilidad neonatal en 1 a 5%; ganar de 2 a 3 días es significativo. La ganancia diaria de sobrevivencia y la morbilidad reducida entre 29 y 32 semanas de gestación son también altamente significativas; una ganancia de 5 a 7 días tiene beneficios importantes. Después de las 32 semanas de gestación las complicaciones maternas empiezan a alterar la relación riesgo beneficio para continuar la gestación. Después de la semana 34 de gestación, varios especialistas en Medicina Materno Fetal y con disponibilidad de cuidados neonatales terciarios recomiendan el nacimiento en distintas complicaciones del embarazo ⁵.

Además, cada vez más se programan parto pre términos cuando está en riesgo la vida de la madre o del feto, porque los medios diagnósticos perinatales hoy son mucho más avanzados que hace 20 años y se cuenta con unidades de cuidado intensivo que pueden proveer atención a prematuros críticos, con las que no se contaba en el pasado. Producto de estas intervenciones se ha disminuido la mortalidad intrauterina y la mayoría de los niños que antes morían in útero ahora nacen pre término ⁶.

Aproximadamente, 20% de los nacimientos pre término son indicados por razones maternas o fetales (retardo de crecimiento intraútero, preeclampsia, placenta previa, registros cardiotocográficos anormales, etc.). De la restante asociación con nacimientos pre término, el 30% resultan de la ruptura prematura de membranas (RPM), del 20 al 25% son el resultado de infecciones intraamnióticas y el otro 25 a 30% son las formas espontáneas o sin causa aparente ^{4, 5, 7}.

A pesar del progreso de las tecnologías para su detección y de los tratamientos establecidos, su frecuencia aumenta sobre todo por infecciones durante el embarazo que pueden identificarse y tratarse oportunamente en los cuidados prenatales.

Estudios de observación sugieren que las infecciones subclínicas participan en la génesis del parto pre término espontáneo. Esta evidencia proviene de: 1) estudios de inoculaciones transcervicales, intrauterinas y sistémicas en animales embarazados; 2) estudios caso-control y de cohortes de mujeres con colonización microbiana cervicovaginal con diagnóstico de amenaza de parto pre término, y 3) la alta tasa de corioamnionitis histológica encontrada en los nacimientos pre términos ^{8,9}.

La prematurez ha representado un problema de salud pública desde hace siglos, constituye el principal síndrome clínico responsable del 75% al 90% de las muertes neonatales no asociadas a anomalías congénitas y a 50% de las secuelas neurológicas en la infancia, tales como parálisis cerebral, ceguera y sordera ¹¹; pero es en los últimos años se ha incrementado la incidencia. Si bien se reportaba ocasionalmente sobrevida de niños menores de 1.000 g, la mortalidad para ese grupo era mayor del 90%. El cuidado de los prematuros y la tecnología han ido aumentando gradualmente la sobrevida de niños, y, hoy en día, el límite de viabilidad aceptada en la mayor parte de los países está en las 24 semanas ⁷.

Muchos son los factores de riesgo propios del embarazo que han sido asociados al nacimiento de productos de forma prematura. Igualmente, son numerosas las características maternas que se han relacionado con la prematuridad. Sin embargo, dado que la etiología del parto prematuro es en ocasiones multifactorial, establecer una relación causal única estricta resulta a veces difícil ¹²⁻¹⁵.

El principal problema del parto pre término, no consiste solamente en conocer los factores de riesgo asociados al mismo y la aplicación de medidas uteroinhibidoras, el problema básico consiste en la detección temprana del trabajo de parto pre término, por demás difícil ^{16,17}.

Algunos de los factores que provocan un parto prematuro pueden ser prevenidos y oportunamente tratados, durante la rotación en el Hospital Apoyo Iquitos "CESAR GARAYAR GARCIA" en el 2014, el Departamento

de Estadística e Informática del Hospital Apoyo Iquitos “ CESAR GARAYAR GARCIA” en el 2014¹⁰ reportó en su informe estadístico 516 casos de recién nacidos prematuros, de los cuales 89 y 124 fueron atendidos en la Unidad de Cuidados Intermedios e Intensivos respectivamente del Servicio de Neonatología, sin conocer la causalidad de su presentación.

El propósito del presente estudio es determinar los factores que condicionan la presencia de un parto prematuro con la finalidad de reconocerlos oportunamente para un manejo oportuno para disminución de su prevalencia.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la prematuridad en pacientes del HOSPITAL APOYO IQUITOS “CÉSAR GARAYAR GARCÍA” enero a diciembre 2014?

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

- Determinar los factores de riesgo asociados a la prematuridad pacientes del HOSPITAL APOYO IQUITOS “CÉSAR GARAYAR GARCÍA” enero a diciembre 2014

3.2 Objetivos Específicos

- Determinar las características sociodemográficas de la madre del recién nacido prematuro: edad, estado civil, procedencia, nivel de instrucción.
- Determinar las características obstétricas de la madre del recién nacido prematuro: paridad, antecedente de prematuros, antecedente de RCIU, morbilidad materna, control prenatal.
- Determinar la relación entre las características sociodemográficas de la madre con prematuridad.
- Determinar la relación entre las características obstétricas de la madre con el prematuridad.

CAPITULO II

4 MARCO TEÓRICO

4.1 Definición

El parto pre término o prematuro es definido por la edad gestacional como un subrogado de la madurez. Es todo parto que ocurra antes de la semana 37 o antes de los 259 días posconcepcionales. No se debe aproximar hacia arriba. El paciente que tiene 36 semanas y 6/7 días es un prematuro menor de 37 semanas ¹⁸. A su vez la OMS ha clasificado a los niños prematuros de acuerdo con su edad gestacional en ¹⁹:

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

4.2 Incidencia

Los partos prematuros representan cerca de 75% de la mortalidad neonatal y cerca de la mitad de la morbilidad neurológica a largo plazo (en América Latina y el Caribe cada año nacen cerca de 12 millones de niños: 400,000 mueren antes de cumplir cinco años, 270,000 en el primer año de vida, 180,000 durante el primer mes de vida y 135,000 por prematuridad). La situación es aún más grave en infantes con prematuridad extrema (menos de 32 semanas de embarazo), entre quienes una quinta parte no supervive el primer año y hasta 60% de los supervivientes tiene discapacidades neurológicas ²⁰.

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 ²¹.

En el Perú, la incidencia acumulada de prematuridad registrada para el año 2004 en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud es de 3,4 por 1000 nv ¹⁹.

4.3 Etiología

Aunque se ha discutido mucho acerca de los múltiples factores de riesgo de diferente naturaleza y con diversa potencialidad para el desarrollo y establecimiento del parto pre término, se ha logrado establecer que el mejor predictor de este es un antecedente de prematuridad. Pacientes con historia de parto pre término en gestaciones anteriores tienen un riesgo de recurrencia estimado 2,5 veces mayor para parto pre término espontáneo antes de la semana 37 de edad gestacional, que la población general; RR 2,5 IC 95% (1,9-3,2). El riesgo aumenta a 10,6 veces para parto pre término espontáneo antes de la semana 28 en la gestación actual; RR 10,6 IC95% (2,9-38,3). El momento en el cual ocurrió el parto pre término anterior también se ha asociado a un mayor riesgo de parto pre término en la actual gestación. Si el previo parto pre término ocurrió entre la semana 23 y 27 de edad gestacional el riesgo es 22,1 veces mayor para parto pre término antes de las 28 semanas de edad gestacional; RR 22,1 IC95% (4,6-106,9) ²².

Las principales causas de acortamiento de la duración del embarazo, se encuentran fuertemente asociadas con los factores como:

- bajo nivel socioeconómico y educacional
- factores ambientales
- factores étnicos

Existen variables asociadas, algunas preexistentes, y otras de instalación reciente ²³:

Preexistentes:

- Clase social baja
- Analfabetismo o escolaridad insuficiente

- Madre soltera
- Edad menor de 18 y mayor de 35 años
- Largas jornadas laborales
- Estrés psíquico
- Nulíparas o gran multípara
- Talla menor de 1,50 m
- Peso anterior menor de 45 Kg
- Partos anteriores de pre término o PEG
- Intervalos intergenésicos cortos
- Anomalías uterinas

Instaladas en este embarazo:

- Embarazo múltiple
- HTA
- Proteinuria
- Acortamiento del cérvix
- Cervicovaginitis
- Infección Urinaria
- Otras infecciones
- Hemorragias de la 2ª mitad del embarazo
- Hidramnios
- RPM o corioamnionítis
- Tabaquismo
- Iatrogenias
- Contracciones uterinas aumentadas

4.4 Fisiopatología

Infección intrauterina y síndrome de respuesta inflamatoria fetal: En la corioamnionitis los gérmenes pueden colonizar el útero a través de la vía ascendente, por la vía hematógena o linfática y por las trompas uterinas. Dentro de la serie de eventos que suceden para que la infección corioamniótica inicie el trabajo de parto pre término está la

respuesta del huésped a la infección, con producción de sustancias como la interleukina 1, el factor de necrosis tumoral, el factor activador de plaquetas y la interleukina 6, que activan la producción de prostaglandinas por la decidua y las membranas corioamnióticas. La migración de macrófagos activados por la interleukina 6 libera sustancias como enzimas proteasas, colagenasas, proteoglucanasas, que fragmentan la matriz colágena extracelular, liberando componentes específicos en las secreciones cervicovaginales como la fibronectina fetal. Este efecto sumatorio de degradación de la matriz colágena tiene el efecto potencial de reblandecer y dilatar el cuello uterino, que ya ha sido previamente estimulado por los prostanooides. Las bacterias secretan fosfolipasa A2 y C que fragmentan la fosfatidiletanolamina y el fosfatidilinositol en las membranas ovulares, que son ricas en ácido araquidónico; con estos fosfolípidos fragmentados se forman prostanooides que favorecen el inicio de las contracciones ^{3,24}.

La infección genera un estado de estrés fetal que libera noradrenalina, angiotensina II y vasopresina, incrementando la liberación de corticotropina fetal. Esta corticotropina fetal estimula la producción de prostanooides en las células del corion, amnios y decidua; a su vez, los prostanooides y la oxitócica estimulan su liberación, con aumento de la acción local paracrina, que estimula el inicio del trabajo de parto ^{3,24}.

La literatura muestra que la corioamnionitis clínica y subclínica es causa de más del 30% del total de los casos de trabajo de parto pre término.

Procesos infecciosos locales y sistémicos: Las infecciones maternas de las vías urinarias o de la vagina se asocian a un incremento de los partos pre término; se ha demostrado que como cualquier infección materna, se producen lisis de lisosomas en la placenta y decidua con liberación de fosfolipasa A2, la cual libera ácidos grasos de los fosfolípidos intracelulares, especialmente el ácido araquidónico. Este ácido graso incrementa la síntesis de prostaglandina sintetasa y la producción local de prostaglandinas, con el consecuente aumento de la

contractilidad uterina en el embarazo pre término. Este tipo de infecciones también pueden estimular la producción de interleukinas y el factor de necrosis tumoral por los macrófagos maternos los cuales desencadenan la producción de prostaglandinas por el amnios ^{3,24}.

Causas médicas que llevan a estrés fetal: La insuficiencia placentaria, con hipo oxigenación fetal, así como las alteraciones de la placenta y las anormalidades uterinas, están asociadas al parto pre término, pero por un mecanismo que aún desconocemos. Causas médicas maternas de hipo oxigenación con origen en enfermedad pulmonar o cardíaca también se correlacionan con parto pre término por causas desconocidas ^{3,24}.

Sobre distensión uterina: Las causas directas que sobre distienden el útero, como los embarazos múltiples o el polihidramnios, también están asociadas a parto pre término, probablemente porque estos sucesos facilitan la formación de los puentes de unión entre las células miometriales, indispensables para que se produzcan contracciones coordinadas del útero, el desarrollo de receptores para oxitocina en el miometrio y la maduración del cuello, desencadenando el parto pre término ^{3,24}.

4.5 Diagnóstico

El diagnóstico se basa en 3 pilares fundamentales:

- a. Identificar a las pacientes con riesgo de padecer amenaza de parto pre término.
- b. Detección precoz de la sintomatología.
- c. Diagnóstico clínico

La identificación de la paciente se relaciona directamente con los factores de riesgo descritos en la etiología; con respecto al diagnóstico clínico, lo podemos dividir en:

- Diagnóstico presuntivo: se establece cuando la paciente presenta contracciones uterinas superiores a los patrones normales después de un período de reposo de 1 hora en decúbito lateral izquierdo, y después del cual las condiciones del cuello son iguales a las del comienzo.
- Diagnóstico de certeza: cuando junto con las contracciones se constate al ingreso o después de la hora de reposo, modificaciones cervicales.

En la clínica pueden estar presentes los siguientes síntomas:

- Dolores abdominales difusos (continuos o esporádicos)
- Dolores en región suprapúbicos (constantes o no)
- Dolores en región sacrolumbar
- Contracciones uterinas en 10 min. (dolorosas o no)
- Sensación de presión fetal
- Pérdida de líquido por vagina (claro o sanguíneo)
- Aumento del flujo vaginal (mucoso, espeso o acuoso)

El **diagnóstico precoz** se basa en 3 factores a saber:

- a. Edad gestacional (entre 22 y 36 semanas completas)
- b. Característica de la contracción uterina: dolorosas, detectables por palpación abdominal, y cuya frecuencia exceden las normales para la edad del embarazo.
- c. Estado del cuello uterino: Posición (intermedio o posterior, ó 1-2 del Score de Bishop); Borramiento (entre 50 y 80% ó E= 2, L=2, del Score de Bishop); Dilatación (hasta 2 cm., más ó igual a 4 cm. ya se considera trabajo de parto); Apoyo de la presentación; Estado de las membranas. La longitud cervical mediante ecografía transvaginal se necesaria. Una longitud cervical menor de 3 cm., tiene un valor predictivo positivo (30 a 50%).
- d. Puede realizarse especuloscopia para descartar bolsa rota (mediante la maniobra de Tarnier), y visualización del cuello.

4.6 Antecedentes

RODRIGUEZ y col. (2013) ²⁵ determinaron los factores de riesgo y la relación de cada uno de ellos y cómo influyen en la prematuridad de los nacidos en Hospital de Ginecoobstetricia 23 del IMSS, Monterrey NL. Evaluaron a 300 mujeres que finalizaron el embarazo entre las semanas 28 a 36 en el grupo de casos y 600 pacientes que lo hicieron entre las semanas 37 a 41, en el periodo de abril a septiembre de 2011. Los factores de riesgo para nacimiento prematuro en el grupo de casos fueron: edad materna mayor de 35 años (14.6%), placenta previa (9.3%) e infecciones urinarias (46%). La asociación de factores como la ruptura prematura de membranas y procesos infecciosos fue más significativa con cervicovaginitis (76%). Los factores de riesgo asociados con recién nacido prematuro resaltó la atención prenatal deficiente y la coexistencia de dos o más factores de riesgo. Es indiscutible que debe mejorarse la atención y el seguimiento de pacientes con factores de riesgo susceptibles de prevención.

GARCIA y col. (2012) ²⁶ identificaron factores asociados al parto prematuro. Estudio de cohorte prospectivo, realizado 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. 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. El parto prematuro en el Departamento de Lempira está asociado con bacteriuria, pocas atenciones prenatales y multíparidad, 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 múltiparas. Se recomienda realizar estudios en municipios con altas tasas de parto prematuro.

PARRA (2012)²⁷ su estudio tuvo como objetivo determinar factores de riesgo materno, fetal y socio demográficos asociados a parto pretérmino de las gestantes atendidas en el Hospital Hipólito Únanse de la ciudad de Tacna durante el período 2010-2012. Es un estudio retrospectivo de casos y controles, cuya población se constituyó por todas las pacientes con gestación que culminó en parto de recién nacido vivo pretérmino, durante el periodo planteado, tal cifra fue de 642, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo 416 casos aptos, seleccionando la muestra 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 tiene que, los factores asociados al parto pretérmino son la edad materna < 18 años, el antecedente de parto prematuro, período intergenésico < 2 años, la ganancia durante el embarazo < 8kg, preeclampsia y ruptura prematura de membranas, embarazo gemelar, estado civil soltera y la ocupación de agricultora.

AVALOS y col. (2010)²⁸ determinaron los factores de riesgo materno en pacientes con amenaza de parto pretérmino atendidas en el Hospital José María Velasco Ibarra de Tena durante el 2008. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de secuencia transversal, se revisaron 116 historias clínicas que correspondió al universo de estudio, de 1892 eventos obstétricos atendidos durante el periodo de estudio 121 fueron amenazas de parto pretérmino determinando un 6,3 %, de las cuales 46 pacientes culminaron en parto pretérmino (2,4 %). La madre con mayor riesgo de amenaza de parto pretérmino es: primigesta joven 48%, proveniente de zona urbana 49%, instrucción secundaria incompleta 47%, vive en unión libre 56%, nivel socio-económico bajo, nulípara 48%, sin control prenatal 36%, con intervalo intergenésico acortado 88%, cuya edad gestacional oscila entre 25 - 34 semanas 60%. Las patologías

asociadas en orden decreciente fueron infecciones del tracto urinario 53,2 %, infecciones del tracto genital 23,3 %, anemia 16,4 %, hemorragias obstétricas 16,4 %, ruptura prematura de membranas 15,5 %, preeclampsia 10,3% placenta previa 9,5 %, desprendimiento prematuro de placenta 0,9 %, polihidramnios 0,9 %. Concluimos que la variedad de factores asociados a amenaza de parto pre término tienen una implicación socio - económica y cultural intrínseca.

GIACOMON y col (2009)²⁹ estudiaron 110 pacientes y 220 controles. La hemoglobina promedio de los casos fue de 12,3 g/dl (DS+ 1,2) y la de los controles de 12,9 g/dl (DS+ 1,1; $p < 0,001$). El hematocrito promedio de los casos fue de 36,2 % (DS+ 3,6) y la de los controles de 38,2 (DS+ 3,1; $p < 0,001$). El porcentaje de pacientes con anemia en el grupo de casos fue del 10,9% (n=12) y en el grupo control del 4,1% (n=9); ($p=0,016$). La razón de probabilidades mostró una asociación positiva entre la presencia de anemia y un parto pretérmino de 2,87 (IC 95% 1.08-7,69). Se demostró una asociación entre la anemia en el tercer trimestre y parto de pretérmino

ARRIETA y col. (2009)³⁰ en su estudio utiliza la información del Sistema de Vigilancia Perinatal (SVP) de la red hospitalaria del Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud) para identificar factores de riesgo que inciden en la mortalidad perinatal. La anomalía congénita fue el principal factor de riesgo de la mortalidad perinatal en los hospitales de menor y mayor capacidad resolutive (OR=30,99 y 15,26, respectivamente), seguido por prematuridad menor a 32 semanas (OR=15,68 y 4,20) y peso mayor a 4 000 gramos (OR=4,17 y 3,87). Factores de riesgo de la madre también resultaron asociados a mortalidad perinatal, pero en menor magnitud, resaltando el sangrado genital después de la semana 24 del embarazo (OR=4,23 y 3,81) y otras entidades obstétricas diferentes a anemia, preeclampsia y rotura prematura de membranas (OR=4,53 y 1,76). Los factores de riesgo identificados son consistentes con la literatura sobre mortalidad perinatal. En los hospitales con mayor capacidad resolutive, la incidencia

de los factores de riesgo sobre mortalidad es menor, a pesar de que estos concentran pacientes con riesgo obstétrico alto y por tanto mayor mortalidad. Los hospitales de menor capacidad resolutive requieren focalizar recursos más adecuadamente y mejorar sus sistemas de referencias.

OSOMO y col. (2008) ³¹ determinaron la prevalencia de los factores maternos de riesgo y la relación de cada uno de ellos con la prematuridad en la población estudiada. Se evaluaron una cohorte de recién nacidos vivos en el Centro Médico Nacional Ignacio García Téllez, con peso de 500 g o mayor. Se consideraron casos los neonatos prematuros y controles los de 37 semanas de embarazo o más. Se comparó la prevalencia de prematuridad con y sin factores de riesgo. Se calculó la razón de momios y los intervalos de confianza de 95% para cada uno de los antecedentes estudiados, y las fracciones atribuibles en expuestos y poblacional. La tasa de prematuridad fue de 11.9% (3,018 en 25,355). Entre los factores de riesgo asociados con la prematuridad destacan: madre analfabeta (RM: 1.54; IC 95%, 1.2-1.94), no casada, trabajadora, de edad avanzada (RM: 1.81; IC 95%, 1.56-2.09), con parto prematuro previo (RM: 2.21; IC 95%, 1.54-3.16), embarazo multifetal, morbilidad obstétrica (preeclampsia-eclampsia; RM: 7.9; IC 95%, 6.6-9.4), diabetes gestacional (RM: 2.3; IC 95%, 1.75-2.92), infecciones urinarias (RM: 1.8; IC 95%, 1.56-1.96) y vaginales, rotura prematura de membranas, oligohidramnios, polihidramnios (RM: 4.48; IC 95%, 3.04-6.6), placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta (RM: 9.96; IC 95%, 5.62-17.7). Cuarenta y tres por ciento (1,302 de 3,018) de los partos prematuros ocurrió en embarazos con evolución normal. La rotura prematura de membranas y la morbilidad materna durante el embarazo fueron los factores de riesgo más importantes de prematuridad.

MEZA y col (2007) ³² determinaron los factores maternos relacionados con el parto pretérmino y su repercusión en el neonato. Se realizó en el Hospital Nacional Hipólito Únanse de Lima durante el período enero

2002- diciembre 2006. Evaluaron 285 casos de gestantes con diagnóstico de parto pretérmino y sus respectivos neonatos. Los factores maternos como multiparidad, parto abdominal, ruptura prematura de membranas y edad gestacional de 24 a 30 semanas, se asocian con un incremento en la probabilidad de presentar morbilidad neonatal. Asimismo, la edad gestacional de 24 a 30 semanas se asocia con un incremento en la probabilidad de presentar depresión neonatal. También la obesidad, la gran multiparidad, la edad gestacional de 24 a 30 semanas se asocian al incremento en la probabilidad de presentar asfixia neonatal. Finalmente, los factores maternos como control prenatal inadecuado, edad gestacional de 24 a 30 semanas, se asocian al incremento en la probabilidad de presentar mortalidad neonatal. La edad gestacional de 24 a 30 semanas constituye el factor de mayor relevancia en la morbimortalidad neonatal.

LOSA y col. (2006)³³ determinaron cuáles son, en nuestro medio, los factores de riesgo de los partos pretérmino espontáneos y por rotura prematura de membranas. Evaluaron 315 gestantes con parto pretérminos en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, 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 (ORa = 2,8; IC del 95%, 0,5-14). Encontramos 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.

LIZARRAGA y col. (2005)³⁴ evaluaron la relación entre parto pretérmino (PP) y de bajo peso (BP) al nacer (PPBP) y la enfermedad

periodontal (EP) materna. Estudio tipo casos y controles de 156 madres, 53 casos (madres de bebés con PPBP) y 103 controles (bebés de madres nacidos con >37 semanas y más de 2 500g). Los niños pre términos con y sin bajo peso y a término con bajo peso tienen poco más del doble de probabilidad de tener madres con pérdida de nivel de inserción clínica OR 2,14 (IC 95% 1,24-3,68). Hay asociación de PPBP con la pérdida del nivel de inserción clínica, controlando por peso materno, número de controles prenatales y antecedentes de hijos con BP al nacer. La enfermedad periodontal es un factor de riesgo independiente y potencial de PPBP

HUIZA y col. (2003) ³⁵ en su estudio desearon conocer las características maternas y la asociación de la flora microbiana vaginal (FMV) en gestantes con riesgo alto de prematuridad (GAP); y, determinaron la asociación de la FMV y el resultado materno perinatal en dichas gestantes. DISEÑO: Estudio caso-control, desde enero 1994 hasta diciembre 1995. El grupo de casos incluyó 238 madres con gestaciones simples, internadas por amenaza de parto pre término, fluido vaginal aumentado, pielonefritis aguda e hipertensión arterial, a quienes se realizó estudio directo en lámina de la FMV. El grupo control consistió en 3 850 gestantes con feto único que tuvieron parto a término en el mismo período. Las gestantes del grupo de casos fueron separadas en aquellas que presentaron vaginitis bacteriana. Las gestantes con *trichomonas vaginalis* y aquellas con vaginosis bacteriana tenían una pareja sexual. Los casos presentaron mayor riesgo de malnutrición materna, peso materno bajo, un familiar diabético/hipertenso crónico, prediabetes, anemia crónica, amenaza de aborto, cicatriz uterina, fiebre puerperal y endometritis. Los neonatos de los casos presentaron mayor riesgo de hiperbilirrubinemia, sepsis neonatal, prematuridad, dificultad respiratoria, morbilidad neonatal, infante pequeño y grande para la edad de gestación. La herencia y el medio ambiente determinan el estado de nutrición, el tipo de flora microbiana vaginal y la respuesta inflamatoria del huésped (madre/feto). La respuesta del huésped a varios factores estresores sería la

responsable del síndrome del parto pretérmino, la prematuridad y la morbilidad neonatal.

ARIAS y col. (2001) ³⁶ estudiaron 130 madres y sus recién nacidos prematuros con su correspondiente grupo control, nacidos en el Hospital Ginecoobstétrico Provincial Docente "Justo Legón Padilla", de Pinar del Río, desde febrero hasta julio de 1998, con el objetivo de analizar algunos factores perinatales relacionados con la prematuridad. Se analizaron las variables: edad materna, paridad, peso al inicio del embarazo, talla materna, período intergenésico, edad gestacional, oligoamnios, hipertensión arterial materna y sexo del niño. Se demostró que la edad materna inferior a 17 años, la baja talla materna, el oligoamnio, la sepsis ovular y el período intergenésico de más de 5 años tuvieron resultados significativos para el nacimiento de pre términos.

5 TERMINOS OPERACIONALES

Parto pre término: se define como el parto que se produce entre las 20-22 y antes de haber completado las 37 semanas de embarazo, contadas a partir del primer día de la última menstruación (259 días de gestación).

Parto pre término inmaduro: es el parto que ocurre entre las 20-22 y las 28 semanas de embarazo.

Amenaza de parto pre término: es la aparición de contracciones uterinas propias del trabajo de parto en pacientes con membranas integras entre las 20-22 y antes de las 37 semanas de embarazo, con pocas modificaciones del cuello uterino.

Trabajo de parto pre término: dinámica uterina igual o mayor a la descrita para la definición de amenaza de parto prematuro (4 contracciones en 20 minutos u 8 en 1 hora), pero con modificaciones cervicales mayores, tales como borramiento del cérvix mayor al 80% y una dilatación mayor de 2 cm. También llamado parto pre término establecido cuando la dinámica uterina es mayor.

6 VARIABLES

Variable Dependiente

Parto pre término: se define como el parto que se produce entre las 20-22 y antes de haber completado las 37 semanas de embarazo, contadas a partir del primer día de la última menstruación (259 días de gestación).

Prematuridad: se define como recién nacido que nace entre las 28 a 37 semanas de gestación.

Variables Independientes

Edad de la Madre: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del ocurrir el parto.

Estado civil: Estado en la persona con respecto a sus deberes y derechos con niveles sociales, económicos y legales; Soltera: vive sola con sus hijos y no tiene vínculo con el padre. Conviviente: No tiene vínculo legal pero vive con el padre. Casada: tiene vínculo legal (civil) con el padre.

Procedencia: Lugar de residencia de la paciente en relación al perímetro de la ciudad; se operacionalizará en zona urbana, urbano-rural y rural.

Nivel de instrucción: Años de estudios cursados, se operacionaliza: Sin estudios, Primaria, Secundaria, Técnica/Superior

Paridad: Se dice que una mujer ha parido cuando ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o cesárea) uno o más productos (vivos o muertos), y que pesaron 500g o más, o que poseen más de 20 sem. de edad gestacional, Nulípara, Primípara, Multípara, Gran Multípara.

Control Prenatal: Evaluación repetida con enfoque de riesgo que efectúa el profesional de salud en la mujer gestante vigilando su bienestar y el de su producto de la concepción, controlada: Tiene 6 a más atenciones en el programa de control Prenatal, no controlada: Tiene menos de 6 controles en el programa de control prenatal, o no tiene ningún control

Morbilidad materna: Presencia de condiciones fisiopatológicas o clínicas que agravan la condición de salud de la madre y que aumenta el riesgo de fallecer, estas pueden ser: enfermedad hipertensiva del embarazo, diabetes gestacional, ITU, Anemia, DPP, etc.

7 HIPOTESIS

- Los recién nacidos prematuros atendidos en el Hospital Apoyo Iquitos “CESAR GARAYAR GARCIA” se asocian con madre añosa.
- Los recién nacidos prematuros atendidos en el Hospital Apoyo Iquitos “CESAR GARAYAR GARCIA” se asocian con el antecedente de la madre de presentar hijos prematuros.
- Los recién nacidos prematuros atendidos en el Hospital Apoyo Iquitos “CESAR GARAYAR GARCIA” se asocian con la presencia de morbilidad de la madre, en especial con los casos de hipertensión inducida durante el embarazo.

CAPITULO III

8. METODOLOGIA

8.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

Tipo: Retrospectivo porque los hechos se han dado en el pasado y correlacional porque se relacionan varias variables con un hecho determinado.

Diseño: Analítico: caso control; cuyo proceso es comparar dos poblaciones, uno que presenta la variable dependiente (sufrimiento fetal agudo) denominado caso, frente a otro grupo que son recién nacido sin sufrimiento fetal agudo denominado control, analizando la influencia de las variables independientes sobre la variable dependiente

8.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

a) Población

La población está constituida por 516 recién nacidos prematuros en el Hospital Apoyo Iquitos "CESAR GARAYAR GARCIA" entre Enero a Diciembre del 2014.

b) Muestra

La muestra estuvo constituida por los recién nacidos prematuros que se denominan los casos y por recién nacidos a término que se denominan los controles; todas nacieron en el Hospital Apoyo Iquitos "CESAR GARAYAR GARCIA".

c) Tamaño muestral

El tamaño muestral fue calculado a través de la fórmula para estudio de casos controles:

$$n = \left(\frac{z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}}{p_1 - p_2} \right)^2$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra.

p_1 es la frecuencia de la exposición entre los casos; para calcularlo se utiliza la siguiente fórmula:

$$p_1 = \frac{w p_2}{(1-p_2) + w p_2}$$

w es una idea del valor aproximado del OR que se desea estimar; para el estudio se desea encontrar un OR de 3, 2 veces más riesgo en las madres con recién nacido prematuro

p_2 es la frecuencia de la exposición entre los controles, que se plantea que cerca del 15% de las madres con recién nacido a término presentan algún factor para prematuridad

$$p_1 = 3(0.15)/(1-0.15)+3(0.15) = 0.346$$

p se calcula con la siguiente fórmula:

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2};$$

$$p = (0.346+0.15)/2 = 0.248$$

$Z_{1-\alpha/2}$ y $Z_{1-\beta}$ son valores que se obtienen de la distribución normal estándar en función de la seguridad y la potencia seleccionadas para el estudio. En particular, para un nivel de seguridad de un 95 % y una potencia estadística del 90 % se tiene que $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$ y $Z_{1-\beta} = 1.28$

$$n = \left[\frac{(1.96(2*0.248*0.752))^{1/2} + 1.28 ((0.346*0.654) + (0.5)(0.5))^{1/2}}{(0.346 - 0.15)} \right]^2$$

$$n = 200 \text{ casos}$$

La muestra estuvo constituida por 200 prematuros que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Los controles fueron 400 recién nacidos no prematuros.

Criterios de inclusión de los Casos:

- Recién nacido prematuro del Hospital Apoyo Iquitos CESAR GARAYAR GARCIA”
- Presencia de la Historia clínica de la madre completa
- Presencia de la evaluación pediátrica del recién nacido prematuro

Criterios de inclusión de los Controles:

- Recién nacido a término del Hospital Apoyo Iquitos “ CESAR GARAYAR GARCIA” , nacido el mismo día que el prematuro
- Historia clínica completa de la madre
- Evaluación pediátrica del recién nacido

Criterios de exclusión para los casos y controles:

- La no existencia total o parcial de la Historia clínica de la madre y/o la evaluación pediátrica del recién nacido
- Historia clínica con letra ilegible

El muestreo fue probabilístico a través de número de Randon.

8.3 TECNICA E INSTRUMENTO

La técnica que se usó para el presente estudio de investigación es la de recolección de información de fuente secundaria a través de la historia clínica y la ficha de evaluación del recién nacido; la ficha de recolección de datos consta de tres ítems, en el primero se recoge el diagnóstico de prematuridad, el segundo recoge información sobre las características sociodemográficas como edad, estado civil, procedencia y nivel de instrucción; y en el tercer ítem algunas características obstétricas como paridad, antecedente de prematuridad y RCIU morbilidad materna y control prenatal.

8.4 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Aprobado el proyecto se presentó una solicitud al Director del Hospital para el permiso correspondiente por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Apoyo Iquitos "CESAR GARAYAR GARCIA".

A través del libro de hospitalización del servicio de maternidad y de UCI neonatal, se obtuvieron los números de las historias clínicas de las madres que tuvieron recién nacido prematuro, y de ese mismo día que ocurre el caso se escogió al azar a dos gestantes con recién nacido a término como controles, los casos se escogieron a través de los números aleatorios hasta completar el tamaño muestral; las variables a estudiar fueron obtenidas de la historia clínica de la madre y la historia clínica neonatológica.

Los datos recolectados fueron verificados con el asesor de la tesis, luego de ello se clasificaron y ordenaron para su almacenamiento.

8.5 ANALISIS E INTERPRETACION

La información recogida fue ingresada en una base de datos creada con el software SPSS 15.0, luego se procedió a realizar análisis univariado, los resultados se presentan a través de estadística descriptiva y analítica mediante tablas univariadas de frecuencias relativas, gráficos y tablas de contingencia; se aplicó la prueba del Chi cuadrado para determinar la relación entre las variables.

8.6 PROTECCION DE LSO DERECHOS HUMANOS

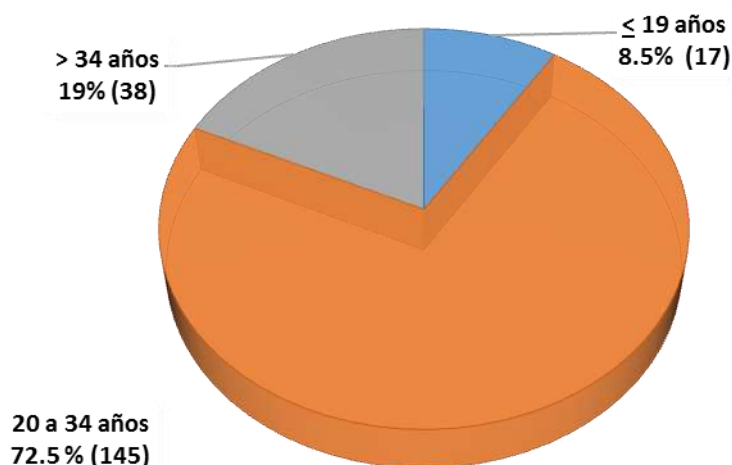
Se ha revisado la declaración de Helsinki médica mundial sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, nuestro estudio no es experimental, por lo cual no se experimenta y se mantiene la confidencialidad de la información.

CAPITULO IV

9. RESULTADOS

a) Relación entre las características sociodemográficas de la madre con la prematuridad

El 72.5 % de las madres de los recién nacidos prematuros tienen entre 20 a 34 años de edad (Gráfica N° 1).



Gráfica N° 1
Edad materna de los recién nacidos con prematuridad
Hospital Apoyo Iquitos “CESAR GARAYAR GARCIA”
2014

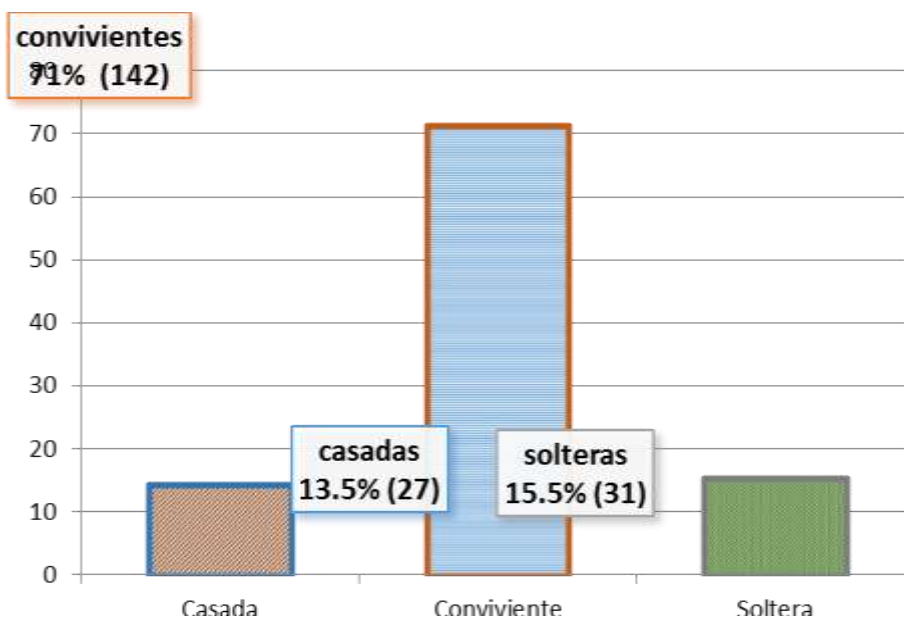
El 56.7% de las madres < 20 años presentaron recién nacidos prematuros, en relación al 38.8 % de las madres > de 34 años de edad, a pesar de la diferencia no se encontró relación estadísticamente significativa ($p=0.145$) entre la edad de la madre y la presencia de prematuridad (Tabla N° 1).

Tabla N° 1
Relación entre la edad materna y prematuridad
Hospital Apoyo Iquitos “CESAR GARAYAR GARCIA”
2014

Edad	Prematuro	%	A término	%	Total
≤ 19 años	17	56.7%	13	43.3%	30
20 a 34 años	145	30.7%	327	69.3%	472
> 34 años	38	38.8%	60	61.2%	98
Total	200	33.3%	400	66.7%	600

OR 0 1.33, $p = 0.145$

El 71% de las madres de los recién nacidos prematuros son convivientes, el 15.5% solteras y 13.5% casadas (Gráfica N° 2).



Gráfica N° 2
Estado civil de la madre de los recién nacidos con prematuridad
Hospital Apoyo Iquitos "CESAR GARAYAR GARCIA"
2014

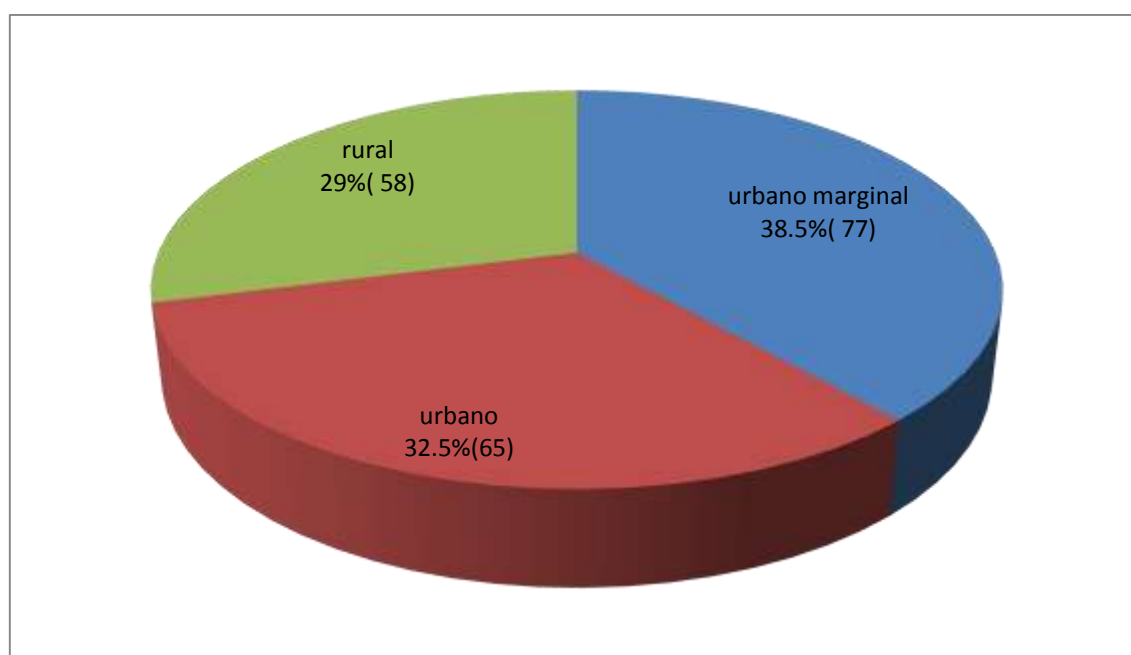
El 37.6% de las madres convivientes presentaron recién nacidos prematuros, 32.3% de las solteras y el 21.4% de las casadas, no se encontró relación estadísticamente significativa ($p=0.077$) entre el estado civil de la madre y la presencia de prematuridad (Tabla N° 2).

Tabla N° 2
Relación entre el estado civil y prematuridad
Hospital Apoyo Iquitos "CESAR GARAYAR GARCIA"
2014

Estado Civil	Prematuro	%	A término	%	Total
Casada	27	21.4%	99	78.6%	126
Conviviente	142	37.6%	236	62.4%	378
Soltera	31	32.3%	65	67.7%	96
Total	200	33.3%	400	66.7%	600

OR = 0.755, $p = 0.077$

El 38.5 % de las madres de los recién nacidos prematuros son de procedencia urbanomarginal (Gráfica N° 3).



Gráfica N° 3
Procedencia de la madre de los recién nacidos con prematuridad
Hospital Apoyo Iquitos “CESAR GARAYAR GARCIA”
2014

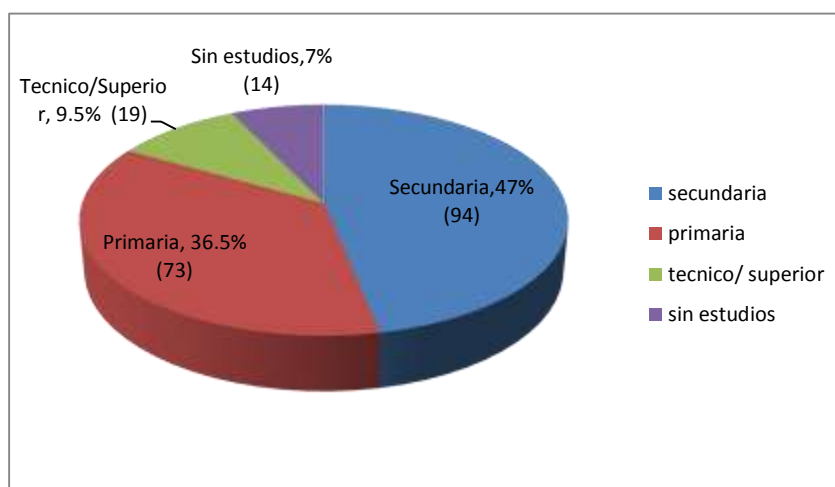
El 47.5% de las madres que procede de la zona rural presentan recién nacidos prematuros, 35.6% de las que proceden de la zona urbanomarginal y el 24.8% de la zona urbana, se encontró relación estadísticamente significativa ($p=0.035$) entre la procedencia de la madre y la presencia de prematuridad (Tabla N° 3).

Tabla N° 3
Relación entre Procedencia y prematuridad
Hospital Apoyo Iquitos “CESAR GARAYAR GARCIA”
2014

Procedencia	Prematuro	%	A término	%	Total
Urbana	65	24.8%	197	75.2%	262
Urbanomarginal	77	35.6%	139	64.4%	216
Rural	58	47.5%	64	52.5%	122
Total	200	33.3%	400	66.7%	600

OR = 3.89, $p = 0.035$

El 47% de las madres de los recién nacidos prematuros tienen nivel de instrucción de secundaria (Gráfica N° 4).



Gráfica N° 4
Nivel de instrucción de la madre de los recién nacidos
Con prematuridad
Hospital Apoyo Iquitos "CESAR GARAYAR GARCIA"
2014

El 43.7% de las madres que no tienen ningún nivel de instrucción y el 43.2% de las madres que tienen nivel de instrucción primaria presentan recién nacidos prematuros, en relación al 28.6% de las que tienen nivel de instrucción secundaria y 27.1% técnica/superior, se encontró relación estadísticamente significativa ($p=0.004$) entre el nivel de instrucción de la madre y la presencia de prematuridad (Tabla N° 4).

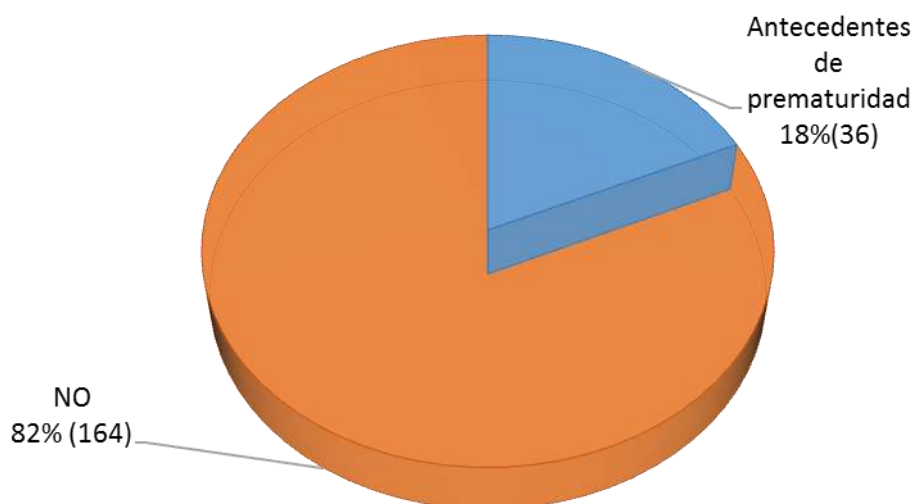
Tabla N° 4
Nivel de instrucción de la madre de los recién nacidos
con prematuridad
Hospital Apoyo Iquitos "CESAR GARAYAR GARCIA"
2014

Nivel de Instrucción	Prematuro	%	A término	%	Total
Sin Estudios	14	43.7%	18	56.3%	32
Primaria	73	43.2%	96	56.8%	169
Secundaria	94	28.6%	235	71.4%	329
Técnica/Superior	19	27.1%	51	72.9%	70
Total	200	33.3%	400	66.7%	600

OR = 2.16, $p = 0.004$

b) Relación entre las características obstétricas de la madre con la prematuridad

El 18% de las madres de los recién nacidos prematuros tienen antecedente de prematuridad (Gráfica N° 5).



Gráfica N° 5
Antecedente de prematuridad de la madre de los recién nacidos con prematuridad
Hospital Apoyo Iquitos "CESAR GARAYAR GARCIA"
2014

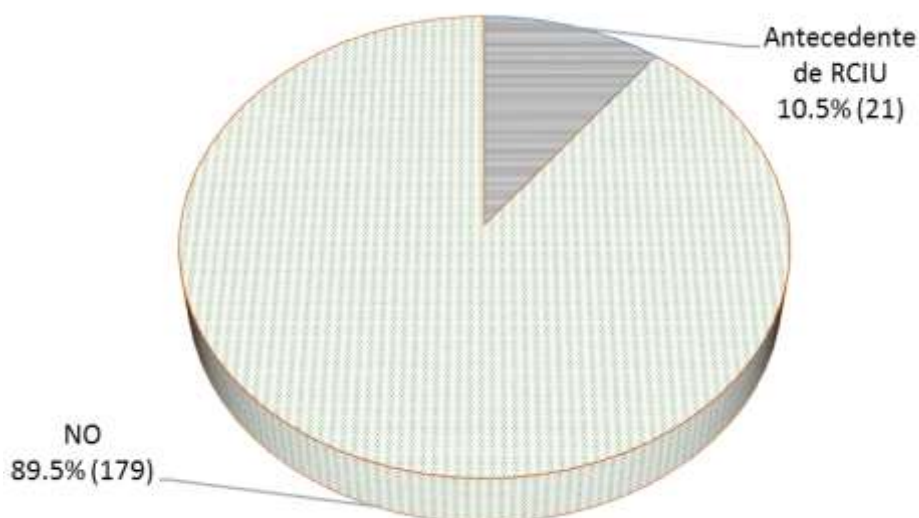
El 49.3% de las madres con paridad y antecedente de prematuridad presentan recién nacidos prematuros, las que no tienen antecedente de prematuridad lo presentan en un 31.1%, se encontró relación estadísticamente significativa ($p=0.048$) entre antecedente de prematuridad y la presencia de prematuridad (Tabla N° 5).

Tabla N° 5
Antecedente de prematuridad de la madre de los recién nacidos con prematuridad
Hospital Apoyo Iquitos "CESAR GARAYAR GARCIA"
2014

Antecedente de prematuridad	Prematuro	%	A término	%	Total
SI	36	49.3%	37	50.7%	73
NO	164	31.1%	363	68.9%	527
Total	200	33.3%	400	66.7%	600

OR = 2.1, $p=0.048$

El 10.5% de las madres de los recién nacidos prematuros tienen antecedente de RCIU (Gráfica N° 6).



Gráfica N° 6
Antecedente de RCIU de la madre de los recién nacidos con prematuridad
Hospital Apoyo Iquitos “CESAR GARAYAR GARCIA”
2014

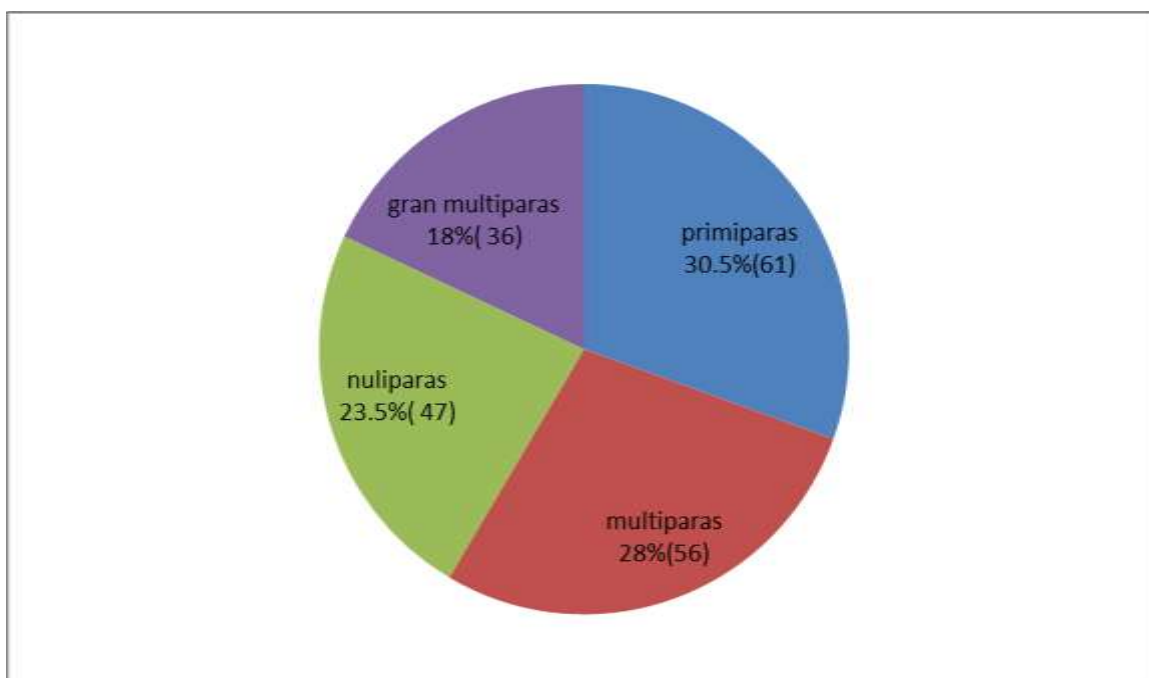
El 45.7% de las madres con antecedente de RCIU presentan recién nacidos prematuros, las que no tienen antecedente de RCIU lo presentan en un 32.3%, no se encontró relación estadísticamente significativa ($p=0.248$) entre antecedente de RCIU y la presencia de prematuridad (Tabla N° 6).

Tabla N° 6
Antecedente de RCIU de la madre de los recién nacidos con prematuridad
Hospital Apoyo Iquitos “CESAR GARAYAR GARCIA”
2014

Antecedente de RCIU	Prematuro	%	A término	%	Total
SI	21	45.7%	25	54.3%	46
NO	179	32.3%	375	67.7%	554
Total	200	33.3%	400	66.7%	600

OR = 1.76, $p=0.248$

El 30.5% de las madres de los recién nacidos prematuros son primíparas y el 28% múltiparas (Gráfica N° 7).



Gráfica N° 7
Paridad de la madre de los recién nacidos con prematuridad
Hospital Apoyo Iquitos "CESAR GARAYAR GARCIA"
2014

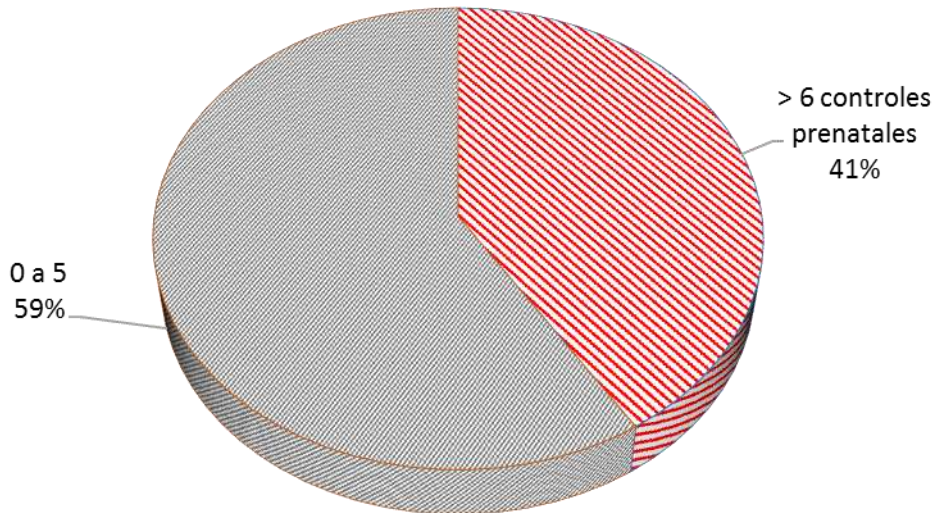
El 47.4% de las madres gran múltipara y el 38.5% de las nulíparas presentan recién nacidos prematuros, no se encontró relación estadísticamente significativa ($p=0.146$) entre la paridad y la presencia de prematuridad (Tabla N° 7).

Tabla N° 7
Paridad de la madre de los recién nacidos con prematuridad
Hospital Apoyo Iquitos "CESAR GARAYAR GARCIA"
2014

Paridad	Prematuro	%	A término	%	Total
Nulípara	47	38.5%	75	61.5%	122
Primípara	61	29.8%	144	70.2%	205
Múltipara	56	28.4%	141	71.6%	197
Gran Múltipara	36	47.4%	40	52.6%	76
Total	200	33.3%	400	66.7%	600

OR = 1.51, $p = 0.146$

El 59.0% de las madres de los recién nacidos prematuros presentan entre 0 a 5 controles prenatales (Gráfica N° 8).



Gráfica N° 8
Control prenatal de la madre de los recién nacidos con prematuridad
Hospital Apoyo Iquitos “CESAR GARAYAR GARCIA”
2014

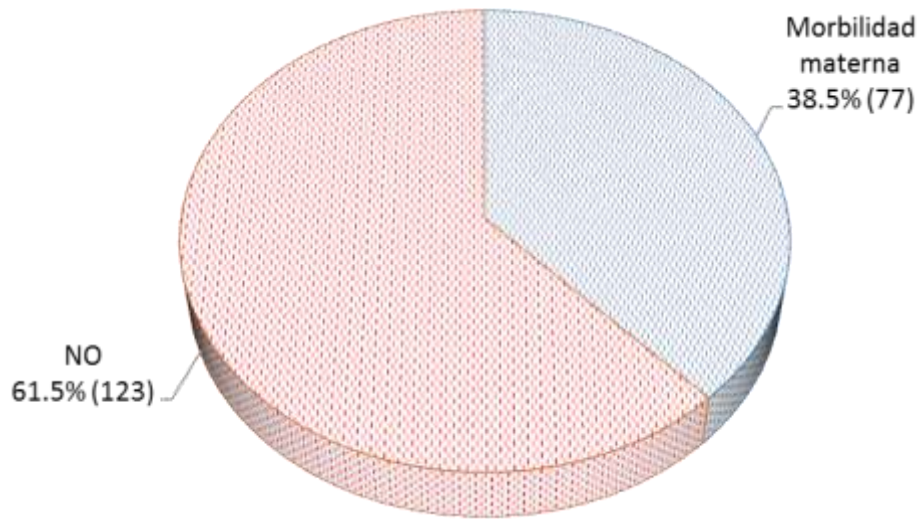
El 42.4% de las madres con menos de 6 controles prenatales y el 25.5% de los que tiene 6 a más controles prenatales presentan recién nacidos prematuros, se encontró relación estadísticamente significativa ($p=0.001$) entre el número de controles prenatales y la presencia de prematuridad (Tabla N° 8).

Tabla N° 8
Control prenatal de la madre de los recién nacidos con prematuridad
Hospital Apoyo Iquitos “CESAR GARAYAR GARCIA”
2014

Control prenatal	Prematuro	%	A término	%	Total
≥ 6	82	25.5%	240	74.5%	322
0 a 5	118	42.4%	160	57.6%	278
Total	200	33.3%	400	66.7%	600

OR = 0.46, $p=0.001$

El 38.5% de las madres de los recién nacidos prematuros presentan morbilidad durante el embarazo (Gráfica N° 9).



Gráfica N° 9
Morbilidad de la madre de los recién nacidos con prematuridad
Hospital Apoyo Iquitos “CESAR GARAYAR GARCIA”
2014

El 42.5% de las madres con morbilidad materna y el 29.4% de las que no tiene morbilidad materna presentan recién nacidos prematuros, se encontró relación estadísticamente significativa ($p=0.041$) entre la morbilidad materna durante el embarazo y la presencia de prematuridad (Tabla N° 9).

Tabla N° 9
Morbilidad de la madre de los recién nacidos con prematuridad
Hospital Apoyo Iquitos “CESAR GARAYAR GARCIA”
2014

Morbilidad asociada	Prematuro	%	A término	%	Total
SI	77	42.5%	104	57.5%	181
NO	123	29.4%	296	70.6%	419
Total	200	33.3%	400	66.7%	600

OR = 1.6, $p=0.041$

Las madres con recién nacidos con prematuridad presentaron principalmente anemia (41.6%), ITU (36.3%), hipertensión inducida en el embarazo (11.7%) y preeclampsia (7.8%) (Tabla N° 10).

Tabla N° 10
Tipo de morbilidad de la madre de los recién nacidos con prematuridad
Hospital Apoyo Iquitos "CESAR GARAYAR GARCIA"
2014

Morbilidad	Prematuro		A término		Total	
Anemia	32	41.6%	46	44.2%	78	43.1%
ITU	28	36.3%	42	40.4%	70	38.7%
HIE	9	11.7%	12	11.5%	21	11.6%
Preeclampsia	6	7.8%	3	2.9%	9	5%
Malaria	1	1.3%	1	1%	2	1.1%
Dengue	1	1.3%	0	0.0%	1	0.5%
Total	77	100.0%	104	100.0%	181	100.0%

Se apreció que la anemia ($p=0.037$), la ITU ($p=0.049$), y la preeclampsia ($p=0.031$) se relacionaron significativamente con la prematuridad (Tabla N° 11).

Tabla N° 11
Relación entre el tipo de morbilidad de la madre de los recién nacidos
con prematuridad
Hospital Apoyo Iquitos "CESAR GARAYAR GARCIA"
2014

Morbilidad	Prematuro	%	A término	%	Total	OR, p
Anemia	32	41%	46	59%	78	1.77, 0.037
ITU	28	40%	42	60%	70	1.74, 0.049
HIE	9	42.9%	12	57.1%	21	1.88, 0.179
Preeclampsia	6	66.7%	3	33.3%	9	4.19, 0.031
Malaria	1	50.0%	1	50.0%	2	2.1, 0.615
Dengue	1	100.0%	0	0.0%	1	No calculable, 0.156

DISCUSION

Las madres de los recién nacidos prematuros tienen entre 20 a 34 años de edad, respetando la distribución de los embarazos según la edad, se observó en el estudio que hubo una mayor tendencia de prematuros en madres < 20 años pero no significativa ($p=0.145$); **RODRIGUEZ**²⁵ en su estudio en cambio encuentra que uno de los factores de riesgo para nacimiento prematuro significativamente fue edad materna mayor de 35 años. **PARRA**²⁷ encuentra que uno de los factores asociados al parto pre término es la edad materna < 18 años. **ARIAS**³⁶ también reporta que la edad materna inferior a 17 años.

En nuestro estudio el estado civil no se relaciona con la presencia de recién nacidos prematuros; **AVALOS**²⁸ encuentra que la madre con mayor riesgo de amenaza de parto pre término es la que vive en unión libre. **OSOMO**³¹ anota que la mayor frecuencia encuentra en las no casadas.

Las madres que proceden de la zona rural presentan significativamente mayor frecuencia de recién nacidos prematuros a pesar que la mayoría de las madres proceden de la zona urbana; **AVALOS**²⁸ en su estudio encuentra que las madres que proceden de la zona urbana tuvieron mayor riesgo de parto pretérmino.

Las madres con ningún y bajo nivel de instrucción se asocia a recién nacidos prematuros; **AVALOS**²⁸ en su estudio encuentra que son las madres con instrucción secundaria incompleta; **OSOMO**³¹ encuentra que la madre analfabeta es la de mayor riesgo.

Las madres con antecedente de prematuridad presentan significativamente mayor frecuencia de recién nacidos prematuros, similar a lo reportado por **PARRA**²⁷ en su estudio realizado en el Hospital Hipólito Únanse de la ciudad de Tacna.

Las gran múltiparas y nulíparas tuvieron una mayor frecuencia de partos prematuros frente a las primíparas y múltiparas, no se encontró significancia, en cambio el estudio de **GARCIA**²⁶ identifico como un factor asociado al parto prematuro la múltiparidad; mientras que **AVALOS**²⁸ encuentra que son las primigestas y nulíparas. **MEZA**³² encuentra como uno de los factores maternos a la multiparidad.

El inadecuado control prenatal es un factor de riesgo para presentar un recién nacido prematuro; **AVALOS**²⁸ reporta que las madres sin control prenatal tienen más riesgo de parto pre término.

La morbilidad más frecuentes en las madres con recién nacidos con prematuridad fueron anemia, ITU, hipertensión inducida en el embarazo y preclamsia, relacionándose significativamente con la prematuridad la anemia, la ITU y la preclampsia; **RODRIGUEZ**²⁵ encuentra en su estudio hallazgo similar al nuestro en que las infecciones urinarias se relacionan con la prematuridad; en cambio **GARCIA**²⁶ reporta que el parto prematuro está asociado con la bacteriuria. **PARRA**²⁷ encuentra a la preclampsia como uno de los factores asociados al parto pre término. **AVALOS**²⁸ reporta que las patologías asociadas en orden decreciente son infecciones del tracto urinario, infecciones del tracto genital, anemia, y preclampsia; **GIACOMON**²⁹ reporta una asociación positiva entre la presencia de anemia y un parto pre término. **OSOMO**³¹ también encuentra como morbilidad asociada a la preclampsia, infecciones urinarias.

9. CONCLUSIONES

- Las madres de los recién nacidos prematuros tienen entre 20 a 34 años de edad (72.5%), convivientes (71.0%), proceden de la zona urbano marginal (38.5%), de nivel de instrucción de secundaria (47%); con antecedente de prematuridad (18%), con antecedente de RCIU (10.5%); primíparas (30.5%), con < 6 controles prenatales (59%); con morbilidad materna (38.5%).
- La morbilidad más frecuentes en las madres con recién nacidos con prematuridad fueron anemia (41.6%), ITU (36.3%), hipertensión inducida en el embarazo (11.7%) y preclampsia (7.8%)
- Las madres que proceden de la zona rural presentan significativamente mayor frecuencia de recién nacidos prematuros ($p=0.035$).
- Las madres sin ningún nivel de instrucción y con nivel de instrucción primaria presentan significativamente mayor frecuencia de recién nacidos prematuros ($p=0.004$).
- Las madres con antecedente de prematuridad presentan significativamente mayor frecuencia de recién nacidos prematuros ($p=0.048$).
- Las madres con menos de 6 controles prenatales presentan significativamente mayor frecuencia recién nacido prematuro ($p=0.001$).
- Las madres con morbilidad durante el embarazo presentan significativamente mayor frecuencia recién nacido prematuros ($p=0.041$).
- La anemia ($p=0.037$), la ITU ($p=0.049$), y la preclampsia ($p=0.031$) se relacionaron significativamente con la prematuridad.
- Las madres < 20 años a pesar de tener una mayor frecuencia de recién nacido prematuros, este no fue significativa ($p=0.145$)
- La paridad de las madres no se relaciona con la presencia de recién nacidos prematuros ($p=0.146$).
- El estado civil no se relaciona con la presencia de recién nacidos prematuros ($p=0.077$)
- El antecedente de RCIU en las madres no se relaciona con la presencia de recién nacidos prematuros ($p=0.248$).

10. RECOMENDACIONES

Los hallazgos en el presente estudio nos permiten recomendar a la institución:

- Sensibilizar a las madres aseguradas a cumplir el control prenatal, así como las visitas domiciliarias a las gestantes que no acuden a su control prenatal.
- Realizar estudio sobre la morbimortalidad de los prematuros en el Hospital Apoyo Iquitos “ CESAR GARAYAR GARCIA”

CAPITULO V

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. American Academy of Pediatrics. Committee on fetus and newborn: Levels of neonatal care. *Pediatrics* 2004; 114: 1341-7.
2. Hübner E., Nazer J., Juárez G. Estrategias para Mejorar la Sobrevida del Prematuro Extremo *Rev Chil Pediatr* 2009; 80 (6): 551-559
3. www.bdigital.unal.edu.co/2795/8/9789584476180.06.pdf
4. Newton RE. Preterm Labor, Preterm Premature of Membrane and Chorioamnionitis. *Clin Perinatol* 2005;32:571-600
5. Lockwood Ch. Overview of preterm labor and delivery. *UpToDate*, April 2007. p. 1-9.
6. Snegovskikh S, Shin PJ, and Norwitz E. Endocrinology of Parturition. *Endocrinol Metab Clin N Am* 2006;35:73-191.
7. Palencia A. Parto prematuro. www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_9.../Precop_9-4-B.pdf
8. Heddlestone L, McDuffie RS, Gibbs RS. A rabbit model for pregnancy: intervention with indomethacin and delayed ampicillinsulbactam therapy. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169: 708-12.
9. Gomez R, Romero R, Mazor M, Ghezzi F, David C, Yoon BH. The role of infection in preterm labour and delivery. En: Elder MG, Romero R, Lamont RF, eds. *Preterm labour*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1997:85-126.
10. Resumen del año 2014 del Departamento de Estadística e Informática del Hospital Apoyo Iquitos.
11. Berkovitz GS, Papiernik E. Epidemiology of preterm birth. *Epidemiol Rev* 1993; 15: 414-43.
12. Blanco J. Clinical problems of preterm labor. *Clin Obstet Gynecol* 2000; 43: 713-716.
13. Berkowitz GS. An epidemiology study of preterm delivery. *Am J Epidemiol* 1981; 113: 81-92.
14. Goldenberg RL, Iams JD, Mercer BM, Meis PJ, Moawad AH, Cooper RL et al. The preterm prediction study: The value of new vs standard risk factors in predicting early and all spontaneous preterm birth. *Am J Public Health* 1998; 88: 233- 238.

15. Pschirrer ER, Munga M. Risk factors for preterm labor. Clin Obstet Gynecol 2000; 43: 727-734.
16. Wessel H, Cnattingius S, Bergstrom S, Dupret A, Reitmaier P. Maternal risk factors for preterm birth and low birthweight in Cape Verde. Acta Obstet Gynecol Scand 1996;75:360-6.
17. Rosell E., Casado A., Monzón L. Importancia cuantificada de los síntomas sutiles de amenaza de parto pretérmino Rev Cubana Med Gen Integr 2000;16(3):275-9
18. Burgoz J. Prematurez. www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/.../2_prematurez.pdf
19. Guías de práctica clínica para la atención del recién nacido: guía técnica / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Lima: Ministerio de Salud; 2007. 146 p.; ilus.
20. Villanueva L., Contreras A., Pichardo M. Rosales J. Perfil epidemiológico del parto prematuro Ginecol Obstet Mex 2008;76(9):542-8
21. Institute of Medicine. Behrman RE, Stith BA, editors. Preterm birth: causes, consequences, and prevention. Washington, DC: The National Academies Press, 2006.
22. Weismiller DG. Practical therapeutics. Preterm labor. Am Family Physician. 1999; 59 (3): 593-602.
23. Elizalde A. Amenaza de parto pretermino. diagnóstico. Conducta. Universidad Nacional del Nordeste. Facultad de Medicina. Programa de formación continua en Medicina General. 2007
24. Andolsek KM. Risk assessment. Prim Care. 2000; 27(1): 71-103
25. Rodríguez-Coutiño S., Ramos-González R., Hernández-Herrera R. Factores de riesgo para la prematurez. Estudio de casos y controles. Ginecol Obstet Mex 2013;81:499-503
26. García F., Pardo F., Zuniga C. Factores asociados al parto prematuro en el departamento de Lempira, Honduras Rev Med Hondur, 2012, 80(4):153-157

27. Parra F. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período enero 2010 - diciembre 2012. 2013:1-12
28. Avalos García, Carmen del Rocío. Factores de Riesgo Materno en Pacientes con Amenaza de Parto Pretérmino Atendidas en el Hospital José María Velasco Ibarra; Tena 2008- Publicado 2010. <http://hdl.handle.net/123456789/196>
29. Giacomini-Carmioli L., Leal-Mateos M., Moya-Sibaja R. Anemia materna en el tercer trimestre de embarazo como factor de riesgo para parto pretérmino. Acta méd. costarric. 2009, 51 (1):39-43
30. Arrieta-Herrera A., Riesco de la Vega G. Factores de riesgo de mortalidad perinatal en hospitales de la seguridad social peruana: análisis de los datos del Sistema de Vigilancia Perinatal de EsSalud. An Fac med. 2009;70(4):241-6
31. Osorno L., Rupay G., Rodríguez J., Lavadores A., Dávila J., Echeverría M. Factores maternos relacionados con prematuridad Ginecol Obstet Mex 2008; 76(9):526-36.
32. Meza J. Factores maternos relacionados con el parto pretérmino y su repercusión en el neonato. Hospital Nacional Hipólito Unanue: 2002 - 2006. Rev Per Obst Enf 2007,3(2):115-125
33. Losa E, González E., González G. Factores de riesgo del parto Pretérmino. Prog Obstet Ginecol. 2006;49(2):57-65
34. Lizarraga C., Proaño D. La enfermedad periodontal como factor de riesgo de parto pretérmino y de bajo peso al nacer en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 2002-2003. Rev Med Hered 2005;16:172-177)
35. Huiza L., Pacora P., Santivañez A. Castro G., Ayala M. La enfermedad perinatal y la prematuridad pertenecen a un síndrome clínico multifactorial: Participación de la herencia de enfermedad vascular, la flora microbiana vaginal y el estado nutricional. Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2003, 64(3):167-179
36. Arias G., Torres M., Pérez N., Milián M. Factores prenatales relacionados con la prematuridad. Rev Cubana Pediatr 2001;73(1):11-5

12. ANEXOS

ANEXO N° 1 MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título	Problema General	Objetivo general y específicos.	Hipótesis general y específicas	Variables e indicadores.	Diseño de investigación	Método y técnicas de investigación.	Población y muestra de estudio
Factores asociados a prematuridad en el Hospital III Iquitos de EsSALUD, Enero a Diciembre 2013	Problema general ¿Cuáles son los factores asociados a la prematuridad en el Hospital III Iquitos de EsSALUD, entre Enero a Diciembre del 2013?	Objetivo general Determinar los factores asociados a la prematuridad en el Hospital III Iquitos de EsSALUD, entre Enero a Diciembre del 2013. Objetivos específicos Determinar las características sociodemográficas de la madre del recién nacido prematuro: edad, estado civil, procedencia, nivel de instrucción. Determinar las características obstétricas de la madre del recién nacido prematuro: paridad, antecedente de prematuro, antecedente de RCIU, morbilidad materna, control prenatal.	Los recién nacidos prematuros se asocian con la edad extrema de la madre. Los recién nacidos prematuros se asocian con el antecedente de hijos prematuros. Los recién nacidos prematuros se asocian con la presencia de morbilidad de la madre, en especial con los casos de hipertensión inducida durante el embarazo	Variables independientes: Características demográficas: Edad, Procedencia Nivel de Instrucción Características Obstétricas: Paridad, Antecedente de prematuro Antecedente de RCIU Control pre-natal, Morbilidad materna Variable dependiente: Sufrimiento Fetal Agudo		Métodos: Analítico Técnicas: Fuente de información secundaria Procesamiento de datos: Estadística descriptiva y analítico	La población consta de 88 Casos 72 Controles 144

Titulo	Problema General	Objetivo general y específicos.	Hipótesis general y específicas	Variables e indicadores.	Diseño de investigación	Método y técnicas de investigación.	Población y muestra de estudio
		<p>Determinar la relación entre las características sociodemográficas de la madre con prematuridad.</p> <p>Determinar la relación entre las características obstétricas de la madre con el prematuridad.</p>					

ANEXO N° 2
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	INSTRUMENTO
Independientes Características sociodemográficos	Es el conjunto de características de la unidad de estudio dentro de la población; contará con las siguientes subvariables: Edad de la madre, Estado civil, Procedencia, nivel de instrucción	Edad registrada en la historia clínica	Edad de la Madre: tiempo de vida en años desde su nacimiento hasta el día del parto	Nominal	Edad de la madre: 1. ≤ 19 años 2. 20 a 34 años 3. 35 a más años
		Estado conyugal registrado en la historia clínica	Estado civil: Estado en la persona con respecto a sus deberes y derechos con niveles sociales, económicos y legales Soltera: vive sola con sus hijos y no tiene vínculo con el padre. Conviviente: No tiene vinculo legal pero vive con el padre Casada: tiene vinculo legal (civil) con el padre	Nominal	Estado civil 1. Casada 2. Conviviente 3. Soltera
		Dirección registrada en la historia clínica	Procedencia: Lugar donde proviene la persona Urbano: la gestante que reside en la zona céntrica o dentro del perímetro urbano de la ciudad. Urbanomarginal: La gestante que reside en áreas alejadas del perímetro urbano. Rural: la gestante que reside en pueblos, caseríos aledaños de la ciudad.	Nominal	Procedencia: 1. Urbano 2. Urbanomarginal 3. Rural

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	INSTRUMENTO
Características sociodemográficas y culturales		Nivel de instrucción registrado en la historia clínica	<p>Nivel de instrucción:</p> <p>Sin estudios: no curso estudios en un centro educativo</p> <p>Primaria: solo tuvo estudios en centro educativo primario pudo ser completa o incompleta.</p> <p>Secundaria solo tuvo estudios en centro educativo secundario pudo ser completa o incompleta.</p> <p>Técnica o superior: tiene estudios en centro educativo técnico o superior, pudo ser completa o incompleta.</p>	Ordinal	<p>Nivel de instrucción:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sin estudios 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior/Técnica
Características obstétricas	Es el conjunto de características obstétricas de la unidad de estudio, contará con las siguientes subvariables: Edad gestacional, Paridad Control pre-natal, morbilidad materna	Registro en la historia clínica	<p>Edad Gestacional: Tiempo comprendido entre el primer día del último periodo menstrual o fecha de última regla a la fecha que acude al establecimiento de salud.</p> <p>Pre término: Embarazo menor a 37 semanas y mayor o igual a 28 semanas.</p> <p>A término: Embarazo menor a 41 semanas y mayor o igual a 37 semanas.</p> <p>Post término: Embarazo mayor o igual a 41 semanas</p>	Nominal	<p>Edad Gestacional:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pre término. 2. A término 3.. Post término
			<p>Paridad: Se dice que una mujer ha parido cuando ha dado a luz por cualquier vía (</p>	Ordinal	<p>Paridad:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nulípara 2. Primípara

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	INSTRUMENTO
Características obstétricas	Es el conjunto de características obstétricas de la unidad de estudio, contará con las siguientes subvariables: Edad gestacional, Paridad Control pre-natal, morbilidad materna	Registro en la historia clínica	vaginal o cesárea) uno o más productos (vivos o muertos), y que pesaron 500g o más, o que poseen más de 20 sem. de edad gestacional Nulípara: 0 partos Primípara: solo tuvo 1 parto Multípara: tuvo entre 2 a 4 partos Gran Multípara: tuvo 5 a más partos		3.Multípara 4. Gran Multípara
			Control Prenatal: Evaluación repetida con enfoque de riesgo que efectúa el profesional de salud en la mujer gestante vigilando su bienestar y el de su producto de la concepción, Control Prenatal controlada: Tiene 6 a más atenciones en el programa de control Prenatal Control Prenatal no controlada: Tiene menos de 6 controles en el programa de control prenatal, o no tiene ningún control	Nominal	CPN: 1. Controlada 2. No controlada
			Morbilidad materna: enfermedad de la madre que pone en riesgo la vida de la madre y del feto, como: enfermedad hipertensiva del embarazo, diabetes gestacional, ITU, Anemia, DPP, etc.	Nominal	Madre sin patología durante su embarazo () Madre con patología durante su embarazo () Anemia () ITU () PE () Eclampsia ()

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	INSTRUMENTO
					HTT () RPM () Otros:
Prematuridad	Embarazo menor a 37 semanas y mayor o igual a 28 semanas	Registro en la historia clínica	Prematuridad: recién nacido antes de las 37 semanas de gestación A término: Embarazo menor a 42 semanas y mayor o igual a 37 semanas.	Nominal	Recién nacido: 1. Prematuro 2. A término

ANEXO Nº 3

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PREMATURIDAD EN PACIENTES DEL HOSPITAL APOYO IQUITOS “CÉSAR GARAYAR GARCÍA” Enero a Diciembre 2014”

1. Prematuridad:

1. Si 2. No

2. Características Sociodemográficas:

Edad: 1. \leq 19 años 2. 20 a 34 años 3. $>$ 34 años

Estado civil: 1. Soltera 2. Conviviente 3. Casada

Procedencia: 1. Urbana 2. Urbano-rural 3. Rural.

Nivel de instrucción: 1. Sin estudios 2. Primaria 3. Secundaria
4. Superior/Técnica

3. Antecedente obstétrico:

Paridad: 1. Nulípara 2. Primípara 3. Multípara 4. Gran multípara

Antecedente de prematuro: 1. Si 2. No

Antecedente de RCIU: 1. Si 2. No

Control pre natal: 1. \geq 6 2. $<$ 6

Morbilidad materna: 1. Si 2. No

Anemia 1. Si 2. No

ITU 1. Si 2. No

HIE 1. Si 2. No

PE: 1. Si 2. No

Eclampsia: 1. Si 2. No

Hemorragia Tercer Trim: 1. Si 2. No

RPM 1. Si 2. No

Vulvovaginitis 1. Si 2. No

Otros: