

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA
PERUANA**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

“RAFAEL DONAYRE ROJAS”



TITULO:

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETERMINO EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO “FELIPE ARRIOLA IGLESIAS” DE
ENERO A DICIEMBRE 2013.**

Tesis para: OPTAR EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO

Presentado por el Bachiller:

Raúl Carlos Francisco Taboada Ramírez

ASESOR

Dr. Javier Vásquez Vásquez

Iquitos – Perú

2015

INDICE DEL CONTENIDO

Dedicatoria.....	04
Planteamiento del problema.....	05
Justificación.....	07
Objetivos.....	09
Marco teórico.....	10
Términos Operacionales.....	31
Hipótesis.....	38
Metodología.....	42
Diseño del Estudio.....	42
Población y Muestra.....	43
Criterios de Inclusión.....	44
Criterios de Exclusión.....	44
Procedimientos de recolección de Datos.....	45
Técnicas e Instrumentos	45
Análisis e interpretación de Datos.....	46
Resultados.....	48
Discusión.....	72
Conclusiones.....	80
Recomendaciones.....	82
Referencia Bibliográfica.....	84
Anexos.....	95

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 01 : Factores maternos de gestantes del grupo de estudio Hospital Regional de Loreto 2013.....	48
Tabla N° 02: Factores gestacionales obstétricos de gestantes del grupo de estudio Hospital Regional de Loreto 2013.....	50
Tabla N° 03: Factores útero-placentarios de gestantes del grupo de estudio Hospital Regional de Loreto 2013.....	52
Tabla N° 04: Factores fetales de gestantes del grupo de estudio Hospital Regional de Loreto 2013.....	53
Tabla N°5: Relación entre el factor edad y la presentación parto pretérmino.....	54
Tabla N° 06: Relación entre el factor lugar de procedencia y la presentación de parto pretérmino.....	55
Tabla N° 07: Relación entre el factor estado civil y la presentación de parto pretérmino.....	56
Tabla N° 08: Relación entre el factor nivel de instrucción y la presentación de parto pretérmino.....	57
Tabla N° 09: Relación entre el factor hábitos nocivos y la presentación de parto pretérmino.....	58
Tabla N° 10: Relación entre el factor enfermedades sistémicas previas y la presentación de parto pretérmino.....	59
Tabla N° 11: Relación entre el factor gestaciones previas y paridad y la presentación de parto pretérmino.....	60
Tabla N° 12: Relación entre el factor antecedente de aborto y parto pretérmino y la presentación de parto pretérmino.....	61
Tabla N° 13: Relación entre el factor índice de masa corporal (IMC) y la presentación de parto pretérmino.....	62
Tabla N° 14: Relación entre el factor atención prenatal y la presentación de parto pretérmino.....	63
Tabla N° 15: Relación entre el factor anemia y la presentación de parto pretérmino.....	64
Tabla N° 16: Relación entre el factor infección de tracto urinario y la presentación de parto pretérmino.....	65
Tabla N° 17: Relación entre el factor preclamsia y la presentación de parto pretérmino.....	66
Tabla N° 18: Relación entre el factor eclampsia y la presentación de parto pretérmino.....	67
Tabla N° 19: Relación entre el factor desprendimiento de placenta y la presentación de parto pretérmino.....	68
Tabla N° 20: Relación entre el factor hemorragia en el embarazo y la presentación de parto pretérmino.....	69
Tabla N° 21: Relación entre el factor ruptura prematura de membrana y la presentación de parto pretérmino.....	70

DEDICATORIA

A DIOS

Por la oportunidad de vida que me da a diario con goce de salud y amor en mi alma y al de todos los seres queridos que me rodean.

A MIS PADRES, Carlos y Norma; Y HERMANA, Michelle.

Porque siempre fueron y serán el principal pilar de mi vida, y por representar el mayor motivo de seguir adelante en el cumplimiento de mis metas a pesar de las adversidades que se presentaron en el camino.

A MIS ABUELOS, Carlos, Esther, Cecilia y Francisco.

Porque me apoyaron en todo y para todo momento desde el inicio de mi carrera profesional y de la misma manera que mis padres, siempre vivieron mis preocupaciones y alegrías.

A PAOLA.

Por ser una persona importante en mi vida, por darme esa fuerza de no darme por vencido en ningún momento a pesar de las circunstancias y por acompañarme en las buenas y malas a pesar de la distancia.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

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

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

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

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

En el Perú, la incidencia de parto pretérmino reportada varía entre el 3,6% - 11,8% y es causa importante de muerte y discapacidad neonatal. Pero, cuando se aborda el grave problema del embarazo en adolescentes, la incidencia de parto pretérmino aumenta significativamente, hasta un 14 – 16%; conjuntamente con las tasas de morbimortalidad infantil y materna.³En la región Loreto se ha encontrado una prevalencia de 7.2% para 1995⁴ y de 7.9% para el 2008⁵.

El período más importante en la vida del ser humano para su salud inmediata es el perinatal, más importante aún en los prematuros, quienes por presentar los índices más elevados de morbilidad y mortalidad son el grupo de mayor riesgo. La inmadurez del aparato respiratorio y del sistema nervioso central domina la morbimortalidad y pronóstico del prematuro; sin embargo todos los aparatos son vulnerables, siendo el mayor riesgo a menor edad gestacional.

La mayoría de los esfuerzos para prevenir y detener el parto pretérmino no han probado ser efectivos, y por lo tanto los componentes más importantes en su manejo son aquellos orientados a prevenir complicaciones neonatales: uso de corticosteroides antenatales, administración materna de antibióticos para prevenir la sepsis neonatal por el estreptococo B, y medidas tendientes a evitar el traumatismo del parto. Por otro lado se pueden identificar múltiples prácticas empleadas en la prevención o el tratamiento del parto pretérmino en las cuales no existe suficiente evidencia acerca de su efectividad.⁶

Es por esto que nos hacemos la interrogante de: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital regional Loreto “Felipe Arriola Iglesias” de Enero a Diciembre del 2013?

CAPÍTULO II

JUSTIFICACIÓN

Clásicamente, el parto pretérmino se refiere al producido entre las 28 y 37 semanas de gestación; sin embargo, este rango ha sido cuestionado en los últimos años.

El riesgo global de un prematuro de morir es 180 veces superior, al de un recién nacido a término con cifras muy variables en función de las semanas de gestación en que se produzca el nacimiento, los recién nacidos con prematuridad extrema generan un alto costo sanitario: necesidad de tratamientos intensivos, largas permanencias en UCI neonatales, existencias de secuelas a largo plazo.

En nuestra región se concientiza al personal del servicio de Gineco-Obstetricia a tener aprendizaje y conocimiento sobre todos aquellos factores que condicionan el parto prematuro, así como el manejo médico-obstetra frente a la presencia de algunos de ellos, de tal manera que se pueda evitar o disminuir el riesgo del suceso de parto antes de la fecha predicha.

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

Actualmente no se cuenta con datos estadísticos que refieran cual es la predominancia de los factores de riesgo y de cómo se asocian con los partos pretérmino, por lo mismo, no podríamos definir si todos aquellos conocimientos por parte de nuestro personal de salud son aplicados en el campo de este problema y más aún, si están dando resultados de manera favorable en lo que a la población de gestantes se refiere y que por lo tanto, no se conoce si estamos frente a un problema en aumento progresivo.

El determinar los factores de riesgo de los partos pretérmino ayudaría a tener un mayor enfoque y evaluación del progreso y desarrollo a nivel de nuestra región y en relación con otras unidades de salud del país. Es por eso que se decidió realizar un estudio en el Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias” en el periodo Enero a Diciembre del año 2013.

La ejecución del presente estudio permite identificar los principales factores de riesgo para parto pretérmino en una población de alto riesgo obstétrico, contribuyendo al mejor conocimiento del comportamiento de estos factores, lo que podría coadyuvar al diseño de estrategias y medidas de intervención para la reducción de la morbilidad materna y morbimortalidad neonatal.

CAPÍTULO III

OBJETIVOS

.1. GENERAL.

Identificar los factores de riesgo asociados a parto pretérmino atendidas en el Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias” de Enero a Diciembre 2013.

.2. ESPECÍFICOS.

- Identificar los factores de riesgo maternos de parto pre término (edad, procedencia, estado civil, nivel de instrucción, hábitos nocivos, previa enfermedad sistémica).
- Identificar los factores de riesgo obstétricos de parto pre término gestaciones previas, partos previos, antecedente de parto pretérmino, antecedente de aborto, índice de masa corporal, control prenatal, anemia, infección del tracto urinario, Preeclampsia, eclampsia, amenaza de parto pretérmino y otras patologías).
- Identificar los factores de riesgo placentarios y uterinos de parto pre término (desprendimiento prematuro de placenta, hemorragia del embarazo, ruptura prematura de membrana).
- Identificar los factores de riesgo fetales de parto pre término (embarazo múltiple).
- Identificar la relación entre los factores de riesgo materno, obstétrico, placentarios uterinos y fetales con el parto pretérmino.

CAPÍTULO IV

MARCO TEÓRICO.

El parto pretérmino no tiene una incidencia igual en todos los países, La Organización Mundial de la Salud, considera *nacido pretérmino* a: “Aquel nacido con menos de 37 semanas cumplidas de gestación (menos de 259 días), con independencia del peso al nacer”. Entonces definiremos *parto pretérmino* al que ocurre antes de las 37 semanas de gestación (menor de 259 días) como límite superior de prematuridad.^{7, 8} Con un interés pronóstico se clasifica a los pretérmino, según las semanas de gestación en: moderado (33 – 36 semanas), muy pretérmino (28 – 32 semanas) y extremadamente pretérmino (< 28 semanas)⁹.

4.1. ANTECEDENTES:

Estimamos que en el 2005 se registraron 12,9 millones de partos prematuros, lo que representa el 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial. Aproximadamente 11 millones (85%) de ellos se concentraron en África y Asia, mientras que en Europa y América del Norte (excluido México) se registraron 0,5 millones en cada caso, y en América Latina y el Caribe, 0,9 millones¹⁰. Las tasas más elevadas de prematuridad se dieron en África y América del Norte (11,9% y 10,6% de todos los nacimientos, respectivamente), y las más bajas en Europa (6,2%)¹¹. La incidencia de este problema oscila entre el 5 y 10% en los Estados Unidos de América. En los países en vías de desarrollo no hay estadísticas confiables, estimándose en más del 10%; en el Instituto Materno Perinatal se observó una cifra de 5,02%. El nacimiento de un niño pretérmino es una de las principales causas de morbilidad perinatal en el ámbito mundial, constituyéndose de esta manera en un problema de salud pública de suma importancia, especialmente en Latinoamérica^{12,13}.

En el Perú esta complicación obstétrica ocurre en 5 a 10 % del total de nacimientos, incidencia que no ha cambiado por décadas. A pesar de la agresiva terapia tocolítica y las múltiples investigaciones en la etiopatogenia, los programas para prevención han tenido poco impacto institucional¹⁴. Según el

Ministerio de Salud dio a conocer que durante un año en el Instituto Nacional de Maternidad Perinatal (ex Maternidad de Lima - Perú); atiende un promedio de 19 mil partos, de los cuales el 9% (1700 aprox) son bebés prematuros. Se observó que en esta Institución Nacional, la tasa de mortalidad de niños menores de 37 semanas de gestación es de 14,15%¹⁵. En el instituto materno Perinatal se atiende el 17% de los partos de los servicios de salud, los cuales representan 89,9% de los partos en la ciudad de Lima Metropolitana¹⁶.

En el Perú no se conoce con exactitud el número de recién nacidos que mueren asociados con la prematuridad o el bajo peso al nacer. Sin embargo, se ha encontrado que el recién nacido menor de 2500 g tiene una mortalidad 3 veces mayor que los nacidos con peso mayor de 2500 g. además, la supervivencia de los recién nacidos de peso muy bajo y de los menores de 32 semanas de gestación es menor del 50%.¹⁷

Este problema de salud también existe en las regiones del país con mayor desarrollo socioeconómico, aun cuando su magnitud es menor que en las áreas con mayor rezago social, como lo comprueban los resultados del estudio realizado por Rivas Reátegui en Pucallpa quien demostró que el parto pretérmino es más frecuente en adolescentes sin distinción del nivel socioeconómico, también demostró que el parto pretérmino se asocia a antecedentes de parto pretérmino en gestaciones anteriores, a antecedentes de amenaza de parto pretérmino en la misma gestación y a vaginosis bacteriana.¹⁸ En el Hospital docente San Bartolomé, en Lima, entre 1991 y 1999, el nacimiento prematuro ocurrió en 16% de los nacimientos y la prematuridad se asoció a 94.2% de las muertes perinatales, al 70.3% del bajo peso al nacer y a 25% de la morbilidad neonatal.¹⁹

Estudios poblacionales han demostrado que las embarazadas catalogadas como de “alto riesgo”, presentan una incidencia de parto prematuro del 13 a 35%, y que del total de recién nacidos de pretérmino solo entre un 41 y 64% proviene de este grupo de pacientes²⁰.

En el Hospital Regional de Loreto en el año 2010 se encontró una prevalencia de 11.2% de parto prematuros, los factores de riesgo asociados a esta patología estaban los factores demográficos como la soltería con un OR: 3.81 y el bajo grado de instrucción de la madre con un OR: 4.26. También demostró que el control prenatal inadecuado y el antecedente de infección del tracto urinario son

factores asociados levemente.²¹ En un estudio retrospectivo, con 365 casos registrados de mortalidad perinatal por la estrategia sanitaria regional de salud sexual y reproductiva en Loreto del año 2008, se encontró como índice de prematuridad en los casos de mortalidad perinatal el 3.5%.²² En la región se realizaron otros estudios en la que refieren factores asociados al parto pretérmino, quienes sirven de apoyo para estudios comparativos posteriores.²³²⁴

4.2 BASES TEORICAS:

PARTO PRETERMINO:

Se denomina parto pretérmino al que tiene lugar de ocurrencia entre las 28 a 36 semanas de gestación, causadas por un conjunto de condiciones clínicas ocurridas en la actualidad o en embarazos anteriores²⁵. Otra definición del parto de pretérmino según el criterio establecido por la O.M.S. y por la F.I.G.O. “Es considerado como pretérmino todo nacimiento ocurrido entre las 22 y 37 semanas de amenorrea cumplidas”.²⁶ Existen y han existido varias definiciones de Parto de Pretérmino pero el criterio cronológico es el más válido hoy; sin embargo el límite cronológico que define el parto de Pretérmino puede variar según los países, en función de los límites adoptados para la viabilidad fetal y según lo que se considera como Parto propiamente tal. De acuerdo con esto, se encuentran definiciones que sitúan al Parto de Pretérmino entre las 20 y 36 semanas de amenorrea o entre las 22 y 36 semanas. (Algunas publicaciones anglo – sajonas). También se emplea el criterio ponderal que establece para el recién nacido prematuro un peso mínimo de 500 grs. y un máximo de 2.500 gr. Esta definición es utilizada sobre todo cuando la edad gestacional es dudosa y la gestación ha sido poco controlada. Cabe señalar que el criterio ponderal resulta poco útil en la clasificación del término gestacional, puesto que 30 - 40% de niños que nacen con menos de 2.500 grs. corresponden a niños de término con restricción del crecimiento intrauterino. Otros estudios definen como límite inferior de edad gestacional a las 28 semanas²⁷. Nosotros en este estudio tomaremos la definición de, parto que ocurre entre las 28 a 36 semanas contactadas a partir de la última regla.²⁸

4.2.1. RIESGO:

Es la posibilidad de sufrir un daño. La noción cualitativa inicial, es decir, de ausencia o presencia de riesgo, ha avanzado hacia otra cuantitativa: *Riesgo bajo* y *Riesgo alto*. El riesgo es la medida que refleja la posibilidad de que se produzca, un hecho o daño a la salud. El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa posibilidad²⁹.

4.2.2. FACTORES DE RIESGO:

Es toda característica o circunstancia observable en una persona, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a su salud. La importancia mayor de los factores de riesgo consiste en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen. Queda implícita la idea de que la posibilidad de consecuencias adversas aumenta con la presencia de más características o factores determinantes de esas consecuencias³⁰.

Se habla del enfoque de riesgo con fines preventivos cuando es conocida la probabilidad y se trata de una enfermedad, un accidente o la muerte que pueden ser evitados o reducidos si se emprende acciones antes que ocurra. El enfoque de riesgo encierra el supuesto de que según se avance en el conocimiento sobre los factores de riesgo que permiten acciones preventivas, eficaces, los daños a la salud ocurrirán en menor número y consecuencia.

La importancia y el valor del factor de riesgo para la medicina preventiva dependen del grado de asociación con el daño a la salud, de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y la posibilidad de prevenirlos.

El grado de asociación se determina mediante el llamado **riesgo relativo** que expresa el número de veces en que el daño aparece en las personas que no presentan el factor, cuando se compara con su aparición en las personas que no presentan el factor de riesgo; representa el **riesgo individual**.

El conocimiento de riesgo relativo es importante para el obstetra que se responsabiliza con la atención directa de una gestante determinada. La frecuencia del factor de riesgo en la comunidad sirve de base para la determinación del **riesgo atribuible**, que tiene en cuenta no solo el riesgo relativo del factor de riesgo sino, además, su frecuencia.

Independientemente de la importancia porcentual que pueda corresponder a cada uno de los factores que intervienen en el parto pretérmino, la idea que parece gozar de mayor solidez es la de que no existe una sino varias entidades clínicas que se engloban en el concepto genérico que denominamos parto pretérmino.

4.2.3. FACTORES PREDISPONENTES:

Aquellos que pueden explicarnos la aparición del parto pretérmino, y si bien no siempre se observan durante el embarazo, son causas de éste:

1) Socio demográfico / Maternos

a) **Edad:** Es uno de los factores asociados a la prematuridad con mayor incidencia entre las menores de 20 años y mayores de 34 años. Cuando se habla de adolescencia se piensa en un período de transición entre el fin de la niñez y la edad adulta. En general, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define la adolescencia como el período comprendido entre los 10-19 años de edad. Según **Gian Carlo Di Renzo. Et al (2007)** director del Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Perugia (Italia), menciona que cada vez hay más mujeres de 35 años que se someten a procesos de reproducción asistida y en este grupo el riesgo de parto pretérmino aumenta.³¹

Wilfredo V. Et al (2001). En un estudio de casos y controles con una población de 165 gestantes con parto pretérmino en el Instituto Materno Perinatal, en el que no encontró que diferencia estadísticamente significativa ($P = 0,925$), en la edad materna, pues la mayoría se hallaba entre los 20 a 34 años (66.6% para los casos y 68% para los controles).³²

Manrique R. Et al (2008). Realizo un estudio en el Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". Puerto Cabello (Venezuela) con la finalidad de poder determinar la prevalencia de parto pretérmino en las adolescentes, en el cual de las 647 adolescentes en estudio, 68 presentaron la condición de parto pretérmino, representando éstas una prevalencia de 10,51 %. El grupo de edad más frecuente fue el de 17-19 años con 57,4 %. Se detectaron asociación estadísticamente significativa entre la edad y las patologías maternas ($P < 0,05$)³³

Vela R. Et al (2000). Evaluó en el Hospital Apoyo Iquitos una población de 197 casos de gestantes con parto pretérmino, en el que encuentra que el 58.3% (81) de los partos pretérminos de las madres con edad entre 12 a 19 años presentaron parto pretérmino, y en madres con edad entre 20 a 34 años y las mayores de 35 años los partos pretérmino fueron en mayor proporción a término, encontrando una relación significativa entre la edad materna adolescente y el parto pretérmino.³⁴

Laulate B. Et al (2003). Evaluó en el Hospital Apoyo Iquitos una población de 124 casos de gestantes con parto pretérmino, en el que encuentra que el 34.7% (43) de los partos pretérminos son en madres adolescentes con edad entre 15 a 19 años, seguido con el 22.6% (69) en madres con edades entre 20 a 24 años encontrando significancia en cuanto a la edad materna y el parto pretérmino.³⁵

Gutiérrez V. Et al (2007). Evaluó en el Hospital Regional de Loreto una población de 250 casos de gestantes con parto pretérmino, en el que encuentra que el 56.5% (144) de los partos pretérminos son en madres con edad entre 20 a 34 años, seguido con el 35.7% (91) en madres con edades menores de 20 años no encontrando significancia en el factor edad.³⁶

- b) Procedencia:** En algunos estudios el lugar de procedencia, insinuó como factor predictivo para la ocurrencia de parto pretérmino.

Fainete P. Et al (1995). En un estudio que realizo para determinar los factores epidemiológicos del parto prematuro en Venezuela, encontró que 35.1% procedían de barrios y el 34.2% de zonas rurales.³⁷

Vela R. Et al (2000). Evaluó en el Hospital Apoyo Iquitos una población de 197 casos de gestantes con parto pretérmino, en el que encuentra que el 70.4% de las gestantes, proceden de zona rural, encontrando una relación significativa entre la procedencia de la gestante y el parto pretérmino.

Laulate B. Et al (2003). Evaluó en el Hospital Apoyo Iquitos una población de 124 casos de gestantes con parto pretérmino, en el que encuentra que el 69.4% de las gestantes, proceden de zona Urbanomarginal, encontrando una relación significativa entre la procedencia de la gestante y el parto pretérmino.

- c) **Estado Civil:** El estado civil soltero de la gestante es una condición muchas veces relacionado al parto pretérmino.

Arango M. Et al. (2008). En un estudio de caso y control realizado en los hospitales locales del Departamento de Caldas - Colombia en el que se evaluó a 223 gestantes con parto pretérmino (casos), al relacionar el factor de riesgo “Estado Civil” con la presencia del parto pretérmino, encontrando que el 46% (101) representan a las convivientes, el 27.3% (59) al de solteras y el 25% (54) al de casadas, concluyendo con una $p = 0.396$ por lo tanto no tiene significancia.³⁸

Sandoval L. Et al. (1995). en un estudio de Caso y Control llevada a cabo en el Hospital Regional de Loreto, el autor demostró que el estado de soltería incrementaba el riesgo de prematuridad en 3.8 veces (OR: 3.81), así también demostró que el bajo grado de instrucción incrementa el riesgo de prematuridad en 4.2 veces (OR: 4.26).³⁹

Laulate B. Et al (2003). Evaluó en el Hospital Apoyo Iquitos una población de 124 casos de gestantes con parto pretérmino, en el que encuentra que el 68.5% (85) de las pacientes con parto pretérmino son convivientes, seguido de las solteras con el 19.4% (24).⁴⁰

- d) **Nivel de Instrucción y Económico:** El bajo nivel cultural así como también el bajo nivel socioeconómico son factores de riesgo, aunque éstos son dependientes el uno del otro.

Vela R. Et al (2000). Evaluó mediante un estudio de casos y controles en el Hospital Apoyo Iquitos una población de 197 casos de gestantes con parto pretérmino, en el que encuentra que el 34.0% (67) de los partos pretérmino representaron a las gestantes con nivel de instrucción primaria, el 1.0% (2) con ningún nivel de instrucción, y con el 61.4% (121) con nivel de instrucción secundaria, obteniendo una $p= 0.140$, siendo de esta manera no significativo.⁴¹

Gutiérrez V. Et al (2007). Evaluó en el Hospital Regional de Loreto una población de 250 casos de gestantes con parto pretérmino, en el que encuentra que el 0.8% (2) de los partos pretérmino representaron a las gestantes sin nivel de instrucción (Analfabetas), el 16.1% (41) con nivel de instrucción primaria, el 72.5% (185) con nivel de instrucción secundaria y el 10.6% (27) con nivel de instrucción superior.⁴²

- e) **Hábitos nocivos:** El hábito de fumar juega un papel mucho más significativo en el retardo del crecimiento intrauterino que en el parto pretérmino. Sin embargo, las mujeres fumadoras tienen 20 a 30 % más probabilidad de tener un parto de pretérmino. El fumar se debe abatir fuertemente en el embarazo. El cigarro aumenta el riesgo de aborto espontáneo, defectos del nacimiento, parto pretérmino, recién nacidos con bajo peso, etc. Esto se debe a que el tabaco inactiva la hemoglobina materna y fetal por el monóxido de carbono, reducción de la perfusión placentaria por la acción vasoconstrictora de la nicotina y reducción del apetito materno.

Mallol J. Et al (2007). En un estudio realizado a 397 mujeres gestantes en Chile con la finalidad de determinar la prevalencia del tabaquismo en el embarazo, encontrando que el 28% (111) representaba a la población de mujeres gestantes que consumían tabaco, por otra parte la asociación de este

hábito nocivo con la ocurrencia de parto pretérmino fue de $p = 0.7$, es decir no significativa.⁴³

Arango M. Et al. (2008). En un estudio de caso y control realizado en los hospitales locales del Departamento de Caldas - Colombia en el que se evaluó a 223 gestantes con parto pretérmino (caso), al relacionar el factor de riesgo de tabaco con la presentación de parto pretérmino encontró una $p = 0.201$, es decir, no significancia.(24).⁴⁴

Vela R. Et al (2000). Al revisar las historias clínicas perinatales del Departamento de Gineco-obstetricia de su población en estudio no encontró antecedentes de hábitos nocivos.⁴⁵

- f) **Previas Enfermedades sistémicas y otros:** Algunas enfermedades que pueden manifestar complicaciones en las gestantes son aquellas enfermedades crónicas de afección a órganos blancos como corazón, riñón, vascular y entre otras las endocrinológicas causando mayor riesgo de morbimortalidad, sobre todo en aquellas gestantes con edad de riesgo gestacional, que son el grupo etario con mayor predominancia sobre todas estas afecciones.

Licea P. Et al (2000). En un estudio de revisión que realizó sobre varios autores con la finalidad de determinar el efecto de la nefropatía diabética sobre el embarazo, encontró que en uno de ellos fue el que más porcentaje presentó, con el 12.5% de su población de estudio. No encontrando de esta manera significancia estadística⁴⁶.

Gómez J. Et al (2008). Realizó un estudio de revisión en el que determina las enfermedades glomerulares durante la gestación. Serie de casos y revisión de la literatura. En el que también encuentra que las glomerulopatías presentes en las gestantes se pueden complicar con resultado de parto pretérmino y crecimiento retardado intrauterino en el 10 – 15%. No presentando de esta manera una relación significativa directa con el parto pretérmino⁴⁷. La carga física y el estrés también consideran como factores que pueden condicionar el parto pretérmino⁴⁸.

2. Gestacionales/Obstétricos:

- a) **Antecedente de Gestaciones/Paridad:** El número de gestaciones previas, como el número de partos es un determinante que necesariamente se relaciona con el parto pretermino, aun a pesar de las controversias si es o no un factor de riesgo.

Peña M. Et al. (2007). En un estudio de casos y controles realizado en el “Hospital Materno Infantil” en Venezuela con la finalidad de determinar la asociación entre prematuridad y embarazadas en edad avanzada, observo que la embarazada añosa nulípara tiene incremento del riesgo de prematuridad (OR = 4,5; IC95 % = 1,3 a 15,5 P = 0,01). Por el contrario, en la añosa múltipara, la asociación no es estadísticamente significativa (OR = 1,3; IC95 % = 0,8 a 2,1 P = 0,01).⁴⁹

Reyes I. Et al. (2003). En su estudio de factores de riesgo de parto pretérmino en el hospital nacional Sergio E. Bernales, menciona que los antecedentes obstétricos tal vez son el de mejor predicción del parto pretérmino, por ello, tal predicción es mayor en múltiparas que en nulíparas.⁵⁰

Vela R. Et al (2000). Evaluó mediante un estudio de casos y controles en el Hospital Apoyo Iquitos una población de 197 casos de gestantes con parto pretérmino, en el que encuentra que el 65% de las gestantes con 4 a mas gestaciones han presentado partos prematuros, mientras que en 57.7% de las primigestas presentaron recién nacidos a término, obteniendo una $p= 0.01$, teniendo de esta manera una relación significativa.⁵¹

- b) **Antecedentes de partos pretérminos y abortos:** La historia de un parto pretérmino previo sigue siendo uno de los factores de riesgo más importantes. El riesgo de recurrencia de un parto pretérmino en mujeres con antecedentes de prematuridad, oscila entre 17% y 40 % y parece depender de la cantidad de partos pretérminos y abortos previos. La literatura ha reportado que una mujer con parto pretérmino previo, tiene 2.5 veces más riesgo de presentar un parto

pretérmino espontáneo en su próximo embarazo. Cuanto más temprana es la edad gestacional en que se produjo el parto pretérmino anterior, mayor el riesgo de un nuevo parto de pretérmino espontáneo y precoz. Estas son dos de los factores maternos muy estudiados y que tienen una asociación muy significativa para la presentación del parto prematuro, así lo afirma el colegio mexicano de especialistas en ginecología y obstetricia, en la guía clínica publicada para el año 2009.⁵²

Althabe.Et al (2009). realizó un estudio en la cual hizo una revisión de las principales intervenciones utilizadas actualmente para detectar, prevenir o tratar el parto pretérmino; que con el objeto de prevenir los nacimientos prematuros y las complicaciones que con ellos se asocian, a menudo se ha intentado identificar a las embarazadas en alto riesgo de parto pretérmino. Por este motivo estos autores identificaron algunos factores de riesgo bien conocidos: antecedentes de parto pretérmino o aborto tardío, embarazo múltiple, bajo peso antes del embarazo, aumento insuficiente del peso corporal durante el embarazo, edad menor de 20 ó mayor de 35 años, ocupación que requiere esfuerzo físico intenso o estar de pie durante largos períodos y nivel socioeconómico bajo.⁵³

Villanueva. Et al (2008). Afirman que entre las afecciones médicas que elevan el riesgo de parto prematuro están el antecedente de parto prematuro y la rotura prematura de membranas, ambas debidas a infecciones cervicovaginales que pueden diagnosticarse y tratarse en la atención prenatal. Por esto es indispensable, además de destinar los recursos tecnológicos y humanos necesarios para atender a los recién nacidos prematuros, que las autoridades sanitarias supervisen el acceso y cabal cumplimiento del control prenatal, y establezcan un sistema de referencia prenatal en el que todas las mujeres gestantes que presentan algún factor riesgo se identifiquen, se traten de forma adecuada en las unidades de atención primaria y se transfieran oportunamente a los hospitales especializados en la atención de estados materno-fetales de alto riesgo y que cuenten con unidades de cuidados intensivos neonatales.⁵⁴

Rivas N. Et al (2004), en Perú afirma que los principales factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes fueron: el antecedente de parto pretérmino en gestaciones anteriores, el antecedente de amenaza de parto pretérmino durante la gestación actual y la vaginosis bacteriana. La paridad, el antecedente de aborto y el antecedente de infección urinaria durante la gestación actual no se asociaron con parto pretérmino.⁵⁵

Gutiérrez V. Et al (2007). Evaluó en el Hospital Regional de Loreto una población de 250 casos de gestantes con parto pretérmino, en el que encuentra que el 41.6% (106) y el 22.7% (58) representan a las gestantes nulíparas y gestantes con antecedentes de abortos respectivamente.⁵⁶

- c) **Peso/Talla/IMC:** Los trabajos de Kramer y cols. Mostraron que los factores nutricionales maternos eran los determinantes más importantes de retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) en países en desarrollo, y que estos factores por si solos, eran los responsables del 50% de las diferencias en la frecuencia de RCIU entre los países industrializados y en desarrollo.⁵⁷ Utilizando el patrón internacional del IMC preconcepcional propuesta por el IOM de los EE.UU. la incidencia de bajo IMC materno (<19,8 kg/m²), mientras que la del sobrepeso/ obesidad (≥ 26,1 kg/m²).

Grandi C. Et Al (2003). Evaluaron retrospectivamente 9613 registros de gestantes del Sistema Informático Perinatal (OPS/OMS) del Hospital Sardá entre 1994 y 1995. Se observó un 9,6 % del total de madres y 15% de adolescentes con bajo IMC preconcepcional, mientras que el sobrepeso-obesidad alcanzó al 28%.⁵⁸

Gutiérrez V. Et al (2007).Evaluó en el Hospital Regional de Loreto una población de 250 casos de gestantes con parto pretérmino, en el que encuentra que el 36.1% (92) representaban a las gestantes con peso inadecuado antes del embarazo, el 28.2% (72) con talla inadecuada, de esta forma verifica que en el IMC de su población de estudio; el 4,7% (12) representaban gestantes con

Bajo Peso Materno, el 14,9% (38) con Sobrepeso y el 3,9% (10) con Obesidad.⁵⁹

- d) **Control Prenatal:** el control prenatal tiene influencia poderosa en la evolución perinatal del producto. Las madres sin control prenatal o con control insuficiente tienen niños más gravemente prematuros que aquellos con control mínimo eficiente.⁶⁰

Iriarte. Et al (2006), en un estudio analítico y retrospectivo, con 2380 partos atendidos en el Hospital San Juan de Dios en Bolivia, en el año 2006, encontrando gestantes que procedieron de la zona rural en un 63%, lo que podría asociarse a la dificultad de acceder a sus controles prenatales, que resulto ser inadecuado (<4) en un 91% .⁶¹

Tuanama B. Et al (2005), En un estudio de Casos y Controles en el Hospital Regional de Loreto, en el que determina los factores de riesgo asociados a Mortalidad Perinatal, observo que de las 66 gestantes con Mortalidad Perinatal, 49 representaban a aquellas sin Control Pre-Natal con una $p=0.000$ y $OR=4.163$, por lo tanto con relación significativa.

Vela R. Et al (2000).Evaluó mediante un estudio de casos y controles en el Hospital Apoyo Iquitos una población de 197 casos de gestantes con parto pretérmino, en el que encuentra que el51.1% (114) representan a las gestantes sin control prenatal.⁶²

Laulate B. Et al (2003). Evaluó en el Hospital Apoyo Iquitos una población de 124 casos de gestantes con parto pretérmino, en el que encuentra que el 54.0% (67) representan a las gestantes sin control prenatal.⁶³

Gutiérrez V. Et al (2007). Evaluó en el Hospital Regional de Loreto una población de 250 casos de gestantes con parto pretérmino, en el que encuentra que el8.2% (21) y el 35.7% (91) representan a las gestantes sin ningún control prenatal o inadecuadamente tratada respectivamente.⁶⁴

- e) **Anemia:** El déficit de micronutrientes en la dieta de las embarazadas, especialmente hierro, es un problema mundial. Las embarazadas constituyen uno de los grupos más vulnerables a presentar anemia por los altos requerimientos de hierro durante la gestación, que pueden representar hasta un tercio de los depósitos totales materno.⁶⁵

Mardones F. Et al (2003). En un estudio de Casos y Controles, en el que determina la “Anemia en las embarazadas de la comuna de Puente Alto” en Chile, el cual deduce que la frecuencia de anemia e infección del tracto urinario reportada en la mayor parte de las publicaciones es alta en las pacientes adolescentes embarazadas, con cifras que llegan a cerca del 22% y 23% respectivamente, y esta diferencia es estadísticamente significativa con respecto a los grupos controles. Cuando la anemia es severa, se ha relacionado con otros factores de riesgo de la madre adolescente, demostrándose que su presencia estaría vinculada con parto prematuro y recién nacidos de bajo peso de nacimiento.⁶⁶

Robaina Et al (2001). Realizó un estudio prospectivo de caso control, con 486 recién nacidos del hospital Ginecobstetricia de Mestanzas en el año 1998, donde encontró un índice de prematuridad de 7.9%. La edad gestacional más numerosa fue de 35 a 36.6 semanas en el 62.1%, la *anemia gestacional* (OR: 16.3) son factores de riesgo para la prematuridad.⁶⁷

Vela R. Et al (2000). Evaluó mediante un estudio de casos y controles en el Hospital Apoyo Iquitos una población de 197 casos de gestantes con parto pretérmino, en el que encuentra que el 0.5% (1) representan a las gestantes con el factor de anemia crónica.⁶⁸

Laulate B. Et al (2003). Evaluó en el Hospital Apoyo Iquitos una población de 124 casos de gestantes con parto pretérmino, en el que encuentra que el 15.3% (19) representan a las gestantes con el factor de anemia.⁶⁹

Gutiérrez V. Et al (2007). Evaluó en el Hospital Regional de Loreto una población de 250 casos de gestantes con parto pretérmino, en el que encuentra

que el 51.4% (131) representan a las gestantes con el factor de anemia gestacional.⁷⁰

- f) **Infecciones urinarias:** La bacteriuria asintomática y otras infecciones sistémicas como neumonía bacteriana, pielonefritis y apendicitis aguda, provocan un aumento de las contracciones uterinas por lo que se asocian con la prematuridad.

Rivera O. Et al. (2001). Realizó un estudio con el objetivo de Conocer la prevalencia de infección por Chlamydia Trachomatis en pacientes con amenaza de Parto Prematuro. Encontrando una prevalencia de infección por Chlamydia Trachomatis fue de 37.5%, el mayor porcentaje de pacientes se encontraba entre los 25 y 30 años (41%), el 59 % de las pacientes presentaban entre 32 a 36 semanas de gestación, el 41 % presentaron ruptura prematura de membranas terminando todas en parto pretérmino.⁷¹

Fanaite P. Et al (2006). Realizo un estudio en el que determina la incidencia de infecciones urinarias en las amenazas de parto prematuro, realizando exámenes de orina a 428 gestantes con amenaza de parto pretérmino, de estas el 68.7% (294) reportaron infección urinaria por examen de orina patológico.⁷²

Torres I. Et al (2004). Realiza un estudio descriptivo en el que determina los factores epidemiológicos asociados al parto pretérmino con una población de estudio de 140 gestantes con parto pretérmino, en el cual el 70.7% (99), representaban a las gestante con infección urinaria.

Calderón G. Et al (2005). En un estudio realizado de Caso y Controles, en el que busca determinar los factores de riesgo asociado a parto pretérmino en una población de estudios de 138 gestantes con parto pretérmino, encontrando que el 73% (53) representaban a gestantes con infección del tracto urinario, a diferencia al de grupo Control que denoto el 43% (31), observando de esta manera una relación de asociación significativa por obtener una $p < 0.05$.⁷³⁷⁴

Vela R. Et al (2000). Evaluó mediante un estudio de casos y controles en el Hospital Apoyo Iquitos una población de 197 casos de gestantes con parto pretérmino, en el que encuentra que el 26.9% (31) y el 16.2% (24) representan a las gestantes con parto pretérmino y a término con el factor de infección del tracto urinario, respectivamente.⁷⁵

Laulate B. Et al (2003). Evaluó en el Hospital Apoyo Iquitos una población de 124 casos de gestantes con parto pretérmino, en el que encuentra que el 55.6% (69) representan a las gestantes con el factor de infección del tracto urinario.⁷⁶

Gutiérrez V. Et al (2007). Evaluó en el Hospital Regional de Loreto una población de 250 casos de gestantes con parto pretérmino, en el que encuentra que el 35.3% (90) representan a las gestantes con el factor de infección del tracto urinario gestacional.⁷⁷

g) Preeclampsia y eclampsia: Las enfermedades hipertensivas del embarazo son la tercera causa de mortalidad materna en el Perú, convirtiéndose en un grave problema de salud. Su efecto no solo altera la salud materna, pues la elevada tasa de prematuridad y el retardo de crecimiento fetal intrauterino asociado a este desorden incrementan la mortalidad perinatal.⁷⁸

Jaramillo P. Et al (2005). En un estudio de casos y Controles, en el que determina los factores asociados con parto pretérmino en el tercer nivel de atención en salud en Manizales, con una población de 232 gestantes con parto pretérmino en el que encuentra al 24,6% de toda la población con parto pretérmino, comparado con 11,2% en las gestantes pertenecientes al grupo Control, de esta manera se encuentra relación significativa con respecto al factor de preeclampsia durante el embarazo (OR = 4.15).¹

Carrillo y A. Wong (1994). Realizaron un estudio retrospectivo comparativo sobre las características del parto pretérmino entre pacientes de un hospital a nivel del mar y otro de altura, con el objetivo de hallar la incidencia e identificar las diferencias en los factores asociados a esta ciudad. En este

mismoSe encontraron diferencias significativas en los siguientes diagnósticos:RPM 1.9% en Huancayo y el 17.5% en Lima ($P < 0.001$). Eclampsia: 1.1% en Huancayo y 3.5% en Lima ($P < 0.01$).Preeclampsia. Se encontró diferencia significativa entre los 2 hospitales ($P < 0.05$) con 2.2% en Huancayo, y 11.4% en Lima.⁷⁹

Wilfredo V. Et al (2001). En un estudio de casos y controles con una población de 165 gestantes con parto pretérmino en el Instituto Materno Perinatal, encontró diferencia estadísticamente significativa entre el factor de preeclampsia con parto pretérmino ($P = 0,05$ y $OR = 1,92$).¹²

Vela R. Et al (2000). Evaluó mediante un estudio de casos y controles en el Hospital Apoyo Iquitos una población de 197 casos de gestantes con parto pretérmino, en el que no encuentra relación estadísticamente significativa con el 15.0% (12) representan a las gestantes con parto pretérmino y a término con el factor de preeclampsia.¹⁸

Laulate B. Et al (2003). Evaluó en el Hospital Apoyo Iquitos una población de 124 casos de gestantes con parto pretérmino, en el que encuentra que el 4.8% (6) representan a las gestantes con el factor de preeclampsia⁸⁰, tampoco encontrando relación significativa.¹⁹

h) Amenaza de parto pretérmino: Este factor implica el inicio de un trabajo de parto (dolores de parto) antes de la semana 37, ya sea que lleve o no a un parto prematuro. Si esto ocurre antes de la semana 20 estamos en presencia de aborto o amenaza de aborto; esta situación es muy diferente al parto prematuro.

Fainete P. Et al (1995). En un estudio que realizó para determinar los factores epidemiológicos del parto prematuro en Venezuela, encontró que la amenaza de parto pretérmino (APP), fue la segunda causa de la internación de gestantes con 25,39% (65/256), contribuyendo en la morbilidad perinatal con 23,4% y en la mortalidad perinatal 49,02%.⁸¹

Vela R. Et al (2000). Evaluó mediante un estudio de casos y controles en el Hospital Apoyo Iquitos una población de 197 casos de gestantes con parto pretérmino, en el que no encuentra relación estadísticamente significativa con el 6.6% (6) y el 3.5% (4), representan a las gestantes con amenaza de parto pretérmino para el grupo Casos y Control respectivamente con $P = 0.25$.

- **Otras patologías obstétricas:** Otras patologías consideradas a causar riesgo en la presentación de parto pretérmino pero que no suelen tener significancia estadística son: polihidramnios, oligohidramnios, corioamnionitis, placenta previa, mioma uterino, malaria, etc. Sin embargo, los nacimientos de pretérmino en estos casos, se debieron a interrupciones programadas por complicaciones maternas más que a partos de pretérmino espontáneos

3. Factores Útero placentarios:

Hemorragia del 2° y 3° trimestre (Desprendimiento prematuro de placenta): La metrorragia de la segunda y tercera mitad del embarazo, sea por desprendimiento de placenta prematura o por placenta previa, es un factor de riesgo tan importante como el embarazo múltiple. El sangrado del segundo o tercer trimestre no asociado con placenta previa o desprendimiento, también se ha asociado en forma significativa al parto pretérmino. El desprendimiento prematuro de placenta (DPP) es una patología obstétrica que pertenece al grupo de las hemorragias del tercer trimestre del embarazo. El DPP se produce en un rango de 0,52 a 1,29% de los nacimientos. En nuestro medio (nacional), la incidencia aproximada del DPP es 1/300 embarazos, pero varía substancialmente según el criterio diagnóstico utilizado y población asistida.

Castilla F. Et al (1995). En un estudio de Casos y controles, a determinar la morbimortalidad materno perinatal del DPP, con una población de estudio de 133 casos, en donde la edad gestacional al ingreso fue pretérmino en 48,6% y

a término en 48,5%, ocurriendo en la mayoría de los pretérminos entre las 28 y 36 semanas.⁸²

Wilfredo V. Et al (2001). En un estudio de casos y controles con una población de 165 gestantes con parto pretérmino en el Instituto Materno Perinatal, encontró diferencia estadísticamente significativa entre el factor de ruptura prematura de membrana / hemorragia del tercer trimestre con parto pretérmino ($P < 0,01$ y $OR = 7.2$).¹²

Carrillo y A. Wong (1994). Realizaron un estudio retrospectivo comparativo sobre las características del parto pretérmino entre pacientes de un hospital a nivel del mar y otro de altura, con el objetivo de hallar la incidencia e identificar las diferencias en los factores asociados a esta ciudad, donde se encontraron diferencias significativas cuando se compararon los siguientes diagnósticos: gestación múltiple, hemorragia del tercer trimestre (HTT), sufrimiento fetal agudo (SFA), mala presentación fetal, cesárea previa, otras enfermedades médicas maternas, y/o problemas fetales.

Vela R. Et al (2000). Evaluó mediante un estudio de casos y controles en el Hospital Apoyo Iquitos una población de 197 casos de gestantes con parto pretérmino, en el que encuentra que el 2.3% (2) y el 0.84% (1) representan a las gestantes con parto pretérmino y a término con el factor de hemorragia del tercer trimestre, respectivamente.

Laulate B. Et al (2003). Evaluó en el Hospital Apoyo Iquitos una población de 124 casos de gestantes con parto pretérmino, en el que encuentra que el 3.2% (4) representan a las gestantes con el factor de hemorragia del tercer trimestre.

Gutiérrez V. Et al (2007). Evaluó en el Hospital Regional de Loreto una población de 250 casos de gestantes con parto pretérmino, en el que encuentra que el 6.3% (16) representan a las gestantes con el factor de hemorragia del segundo trimestre gestacional.

- i) **Rotura prematura de membrana:** se define como la solución de continuidad espontánea de la membrana corioamniótica antes del inicio del trabajo de parto. Fluctúa en promedio en el 10% de los embarazos, correspondiendo el 20% de los casos de gestaciones de pretérmino⁸³.

Robaina Et al (2001). Realizó un estudio prospectivo de caso control, con 486 recién nacidos del hospital Ginecobstetricia de Mestanzas en el año 1998, donde encontró un índice de prematuridad de 7.9%. La ruptura prematura de membranas ovulares fue un factor que presentó significancia estadística en este estudio (OR: 4) , riesgo para presentación de parto pretermino.⁶⁸

Sandoval L. Et al. (1995). en un estudio retrospectivo de Caso y Control llevada a cabo en el Hospital Regional de Loreto en el que encontró una incidencia de 7.6% de prematuridad en una población de 2063. El autor demostró que la ruptura prematura de membrana tiene 4.3 veces más riesgo de producir un parto pretérmino (OR: 4.3).

Laulate B. Et al (2003). Evaluó en el Hospital Apoyo Iquitos una población de 124 casos de gestantes con parto pretérmino, en el que encuentra que el 30.6% (38) representan a las gestantes con el factor de ruptura prematura de membrana.

Gutiérrez V. Et al (2007). Evaluó en el Hospital Regional de Loreto una población de 250 casos de gestantes con parto pretérmino, en el que encuentra que el 28.6% (73) representan a las gestantes con el factor de ruptura prematura de membrana.

3) **Factores Fetales:**

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

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

Goldstein S. Et al (2001). Realiza un estudio retrospectivo Caso y Control que analiza los expedientes médicos de pacientes embarazadas que tuvieron su parto en el Hospital Calderón Guardia sobre una población de 290 gestantes con parto pretérmino, en el que encuentra el valor de OR de 23,8 para la variable gemelos con un intervalo de confianza al 90% de (19,8 27,98), implica que el hecho de presentar un embarazo múltiple supone un aumento en la probabilidad de un parto prematuro de 23,8 veces y esta variable es estadísticamente significativa al 1%.⁸⁴

Sandoval L. Et al. (1995). en un estudio retrospectivo de Caso y Control llevada a cabo en el Hospital Regional de Loreto en el que encontró una incidencia de 7.6% de prematuridad en una población de 2063. El autor demostró que la ruptura prematura de membrana tiene 4.3 veces más riesgo de producir un parto pretérmino (OR: 4.3).

Vela R. Et al (2000). Evaluó que en su estudio de casos y controles en el Hospital Apoyo Iquitos, encuentra que el 4.1% (8) representaban a las gestantes con parto múltiple (gemelar), no presentando un factor de riesgo.

CAPÍTULO V

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES
FACTORES SOCIODEMOGRAFICAS/MATERNOS				
Edad	Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nace.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la gestante hasta el momento del estudio. Se medirá en años, de acuerdo a la historia clínica.	Numérico/ Independiente	Adolescente (9 – 19) Adulta (20 -34) Añosa (>35)
Lugar de procedencia	Se define como el lugar o zona de donde proviene una persona.	Se definirá de acuerdo al lugar o zona de donde proviene la madre gestante (lugar de nacimiento) que se medirá en forma urbana, Urbanomarginal y rural.	Nominal/ Independiente	1. Urbano () 2. Urbanomarginal() 3. Rural ()

Estado civil	La unión de personas de diferente sexo con fines de procreación y vida en común.	La unión de personas de diferente sexo y se medirá: soltera, casada, y conviviente de acuerdo a la historia clínica.	Nominal/ Independiente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltera () 2. Casada () 3. Conviviente ()
Nivel de instrucción	Nivel educacional recibido por parte de la madre.	Se definirá por la historia clínica en: analfabeto, primaria, secundaria y superior.	Ordinal/ Independiente	<ol style="list-style-type: none"> 0. Analfabeto () 1. Primaria () 2. Secundaria () 3. Superior ()
Hábitos nocivos	Práctica frecuente, o tendencia de adquirir por repetición actos perniciosos o perjudiciales para la salud.	Actos de repetición que son perjudiciales para la salud de la madre y más aun para el feto en formación. Se medirá en cuatro parámetros.	Nominal/ Independiente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tabaco () 2. Café () 3. Alcohol () 4. Drogas ()
Enfermedades sistémicas previas	Aquella o aquellas enfermedades que se presentan con anterioridad de una patología actual	Aquella o aquellas enfermedades que presenta la gestante con anterioridad. Se procesara como: 1) Presento, o 2) No presente.	Nominal/ Independiente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguno () 2. Diabetes () 3. HTA () 4. Neumopatía () 5. Cardiopatía() 6. Nefropatía ()

				7. Otros ()
FACTORES GESTACIONALES/OBSTÉTRICOS				
Previas Gestaciones y Paridad	Numero de gestaciones y de partos previos (mayor de 20 semanas de gestación)	Gestaciones y partos que a presentado la gestante hasta el momento de estudio registrados en la historia clínica.	Numérico / Independiente	1. Primigesta () 2. Multigesta ()
Antecedentes de aborto y parto pretérmino	Historia de aborto en gestaciones anteriores e historia de parto pretérmino en gestaciones anteriores	Se definirá según lo expresado en la historia clínica en forma numérica y se procesara: 1) Presento, o 2) No presento.	Numérico / Independiente	1. Aborto () 2. Parto pretérmino ()
IMC	Relación entre el peso (kg) y talla (m) al cuadrado que presenta un individuo en relación a su masa corporal	Relación entre el peso (kg) y talla (m) al cuadrado que presentó la gestante durante el embarazo, se procesara como: Bajo peso, normal, sobrepeso y obesidad.	Ordinal / Independiente	1. Bajo peso () 2. Normal () 3. Sobrepeso () 4. Obesidad ()

Atención prenatal	Evaluación repetida con enfoque de riesgo que efectúa el profesional de la salud en la mujer gestante, vigilando su bienestar y el de su producto de la concepción.	Se definirá como gestante CONTROLADA aquella que tenga más de 3 controles y como MAL CONTROLADA aquella que tenga menor de 4, y NINGUNO aquellas que no tienen ningún control.	Numérico / Independiente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguno 2. Controlada ≥ 4 3. Mal Controlada < 4
Anemia	Se define como la disminución de la masa de la hemoglobina de manera fisiológica y patológica.	Se consignara en la ficha de datos a toda gestante con hemoglobina menor de 11 gr/ml, se procesara: Presento y no presento.	Numérico / Independiente	Número (Hb)
Infección de tracto urinario	Presencia de patógeno bacteriano que causa una infección en el sistema urinario.	Se definirá según lo expresado en la historia clínica prenatal. Se procesara según el sedimento urinario: Presento y no presento.	Nominal/ Independiente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presento () 2. No presento ()

<p>Preeclampsialeve/severa y Eclampsia</p>	<p><i>Preeclampsialeve</i> Normotensa con TA hasta 140/90 mmHg <i>Preeclampsia severa</i> con uno o más de los siguientes criterios</p> <ul style="list-style-type: none"> • TA > 160/110 mmHg • Proteinuria ≥2g/24h • Plaquetas < 100.000/L • Transaminasas elevadas • Hemolisis y <p><i>Eclampsia</i> todos los signos anteriores más convulsiones o coma.</p>	<p>Se definirá según lo expresado en la historia clínica con preeclampsia: Ninguno, leve o severa. Eclampsia: Presento o no presente.</p>	<p>Nominal/ Independiente</p>	<p>1. Preeclampsia: a. Presento b. No presente</p> <p>2. Eclampsia: a. Presento b. No presente</p>
<p>Amenaza de parto pretérmino</p>	<p>El inicio de un trabajo de parto antes de la semana 37, ya sea que lleve o no a un parto prematuro.</p>	<p>El inicio de un trabajo de parto antes de la semana 37 en nuestras gestantes y que esta consignado en la historia clínica. Se procesara como: Presento y no presente.</p>	<p>Nominal/ Independiente</p>	<p>1. Presento () 2. No presente ()</p>

FACTORES ÚTEROPLACENTARIOS

<p>Hemorragia en el embarazo</p>	<p>Se define como el sangrado de origen obstétrico.</p>	<p>Se consignara en la ficha de datos como: Ninguno, hemorragia del 2° trimestre y hemorragia del 3° trimestre.</p>	<p>Numérico / Independiente</p>	<p>1. 1ra mitad embarazo () 2. 2da mitad embarazo ()</p>
<p>Ruptura prematura de membrana</p>	<p>Es la solución de continuidad de la Membrana corioamniótica antes del inicio del trabajo de parto.</p>	<p>Se definirá según lo expresado en la historia clínica: SI: historia positiva de RPM. NO: sin historia de RPM.</p>	<p>Nominal / Independiente</p>	<p>Presento () No presento ()</p>

FACTORES FETALES

Embarazo múltiple	Se define así cuando en el vientre materno aloja mayor o igual de dos fetos de manera simultánea.	Lo definiremos en la ficha de recolección de datos como: embarazo de 1 feto = 1; embarazo de 2 fetos = 2; embarazo de 3 fetos = 3.	Numérica / Independiente	Único () Múltiple ()
--------------------------	---	--	---------------------------------	---------------------------

GRUPO DE ESTUDIO

Parto pretérmino	Aquel que ocurre después de las 28 semanas y antes de las 37 semanas de gestación, independiente del peso de nacimiento.	Se definirá según lo expresado en la historia clínica basado en la edad gestacional por F.U.R. y aquellos confirmado por el método de Capurro.	Numérico / Dependiente	Número
Parto a término	Aquel que ocurre después de 37 semanas de gestación, independiente del peso de nacimiento.	Se definirá según lo expresado en la historia clínica basado en la edad gestacional por F.U.R. y aquellos confirmado por el método de Capurro expresado en números.	Numérico / Dependiente	Número

CAPÍTULO VI

HIPOTESIS

6.1 FACTORES MATERNOS

6.1.1 Factor Edad:

- H_a : El factor de edad de la gestante está relacionado con la presentación de parto pretérmino.
- H_0 : El factor de edad de la gestante no está relacionado con la presentación de parto pretérmino.

6.1.2 Factor Procedencia:

- H_a : El factor de procedencia de la gestante está relacionado con la presentación de parto pretérmino.
- H_0 : El factor de procedencia de la gestante no está relacionado con la presentación de parto pretérmino.

6.1.3 Factor Estado civil:

- H_a : El factor de estado civil de la gestante está relacionado con la presentación de parto pretérmino.
- H_0 : El factor de estado civil de la gestante no está relacionado con la presentación de parto pretérmino.

6.1.4 Factor Nivel de instrucción:

- H_a : El factor de nivel de instrucción de la gestante está relacionado con la presentación de parto pretérmino.
- H_0 : El factor de nivel de instrucción de la gestante no está relacionado con la presentación de parto pretérmino.

6.1.5 Factor Hábitos Nocivos:

- H_a : El factor hábitos nocivos de la gestante está relacionado con la presentación de parto pretérmino.
- H_0 : El factor hábitos nocivos de la gestante no está relacionado con la presentación de parto pretérmino.

6.1.6 Factor Enfermedades Sistemáticas Previas:

- H_a : El factor enfermedades sistemáticas previas de la gestante está relacionado con la presentación de parto pretérmino.

- H_0 : El factor enfermedades sistemáticas previas no está relacionado con la presentación de parto pretérmino.

6.2 FACTORES OBSTETRICOS/GESTACIONAL

6.2.1 Factor Gestaciones Previas:

- H_a : El factor gestaciones previas de la gestante está relacionado con la presentación de parto pretérmino.
- H_0 : El factor gestaciones previas de la gestante no está relacionado con la presentación de parto pretérmino.

6.2.2 Factor Partos Previos:

- H_a : El factor de partos previos de la gestante está relacionado con la presentación de parto pretérmino.
- H_0 : El factor de partos previos de la gestante no está relacionado con la presentación de parto pretérmino.

6.2.3 Factor Antecedentes de Partopretérmino:

- H_a : El factor de antecedentes de partopretérmino de la gestante está relacionado con la presentación de parto pretérmino.
- H_0 : El factor de antecedentes de partopretérmino de la gestante no está relacionado con la presentación de parto pretérmino.

6.2.4 Factor Antecedentes de Aborto:

- H_a : El factor de antecedentes de aborto de la gestante está relacionado con la presentación de parto pretérmino.
- H_0 : El factor de antecedentes de aborto de la gestante no está relacionado con la presentación de parto pretérmino.

6.2.5 Factor I.M.C:

- H_a : El factor de I.M.C de la gestante está relacionado con la presentación de parto pretérmino.
- H_0 : El factor de I.M.C de la gestante no está relacionado con la presentación de parto pretérmino

6.2.6 Factor C.P.N:

- H_a : El factor de C.P.N de la gestante está relacionado con la presentación de parto pretérmino.

- H_0 : El factor de C.P.N de la gestante no está relacionado con la presentación de parto pretérmino.

6.2.7 Factor Anemia:

- H_a : El factor de anemia de la gestante está relacionado con la presentación de parto pretérmino.
- H_0 : El factor de anemia de la gestante no está relacionado con la presentación de parto pretérmino.

6.2.8 Factor I.T.U

- H_a : El factor de I.U.T de la gestante está relacionado con la presentación de parto pretérmino.
- H_0 : El factor de I.U.T de la gestante no está relacionado con la presentación de parto pretérmino.

6.2.9 Factor Pre eclampsia:

- H_a : El factor de pre eclampsia de la gestante está relacionado con la presentación de parto pretérmino.
- H_0 : El factor de pre eclampsia de la gestante no está relacionado con la presentación de parto pretérmino.

6.2.10 Factor Eclampsia:

- H_a : El factor de eclampsia de la gestante está relacionado con la presentación de parto pretérmino.
- H_0 : El factor de eclampsia de la gestante no está relacionado con la presentación de parto pretérmino.

6.2.11 Factor Amenaza de Parto Pretérmino:

- H_a : El factor de amenaza de parto pretérmino de la gestante está relacionado con la presentación de parto pretérmino.
- H_0 : El factor de amenaza de parto pretérmino de la gestante no está relacionado con la presentación de parto pretérmino.

6.3 FACTORES UTERO – PLACENTARIO

6.3.1 Factor Desprendimiento Prematuro de Placenta:

- H_a : El factor de desprendimiento prematuro de placenta de la gestante está relacionado con la presentación de parto pretérmino.

- H_0 : El factor de desprendimiento prematuro de placenta de la gestante no está relacionado con la presentación de parto pretérmino.

6.3.2 Factor Hemorragia del Embarazo:

- H_a : El factor de hemorragia del embarazo de la gestante está relacionado con la presentación de parto pretérmino.
- H_0 : El factor de hemorragia del embarazo de la gestante no está relacionado con la presentación de parto pretérmino.

6.3.3 Factor Ruptura Prematura de Membrana:

- H_a : El factor de ruptura prematura de membrana de la gestante está relacionado con la presentación de parto pretérmino.
- H_0 : El factor de ruptura prematura de membrana de la gestante no está relacionado con la presentación de parto pretérmino.

6.4 FACTORES FETALES

6.4.1 Factor Embarazo Múltiple:

- H_a : El factor de embarazo múltiple de la gestante está relacionado con la presentación de parto pretérmino.
- H_0 : El factor de embarazo múltiple de la gestante no está relacionado con la presentación de parto pretérmino.

CAPÍTULO VII

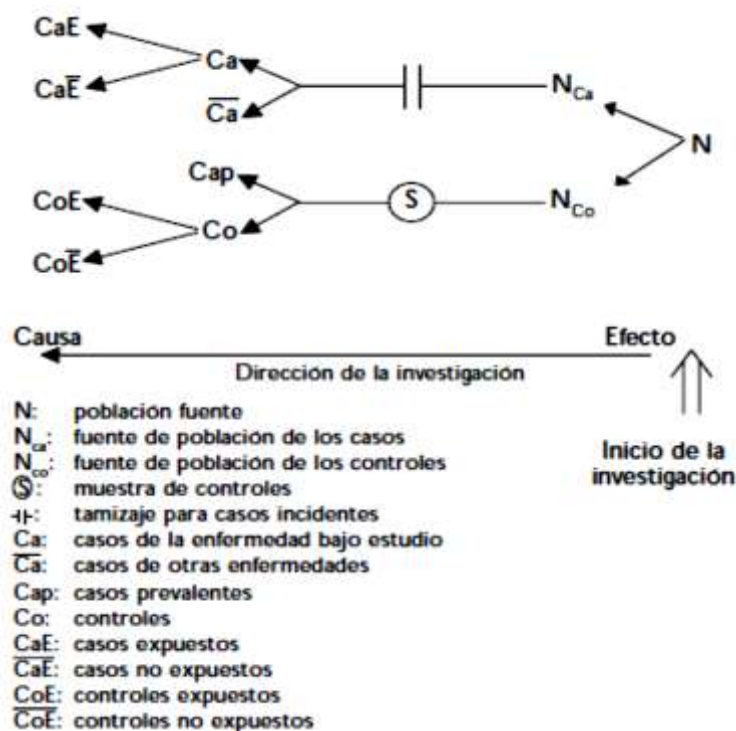
METODOLOGÍA

7.1 Tipo de Investigación

En la presente investigación el método a utilizar corresponde al cuantitativo. El tipo de Investigación será **Retrospectivo**, porque se analiza en el presente, pero con datos del pasado. Su inicio es posterior a los hechos estudiados y **Transversal** porque se realiza con datos obtenidos en un momento puntual como el estudio de prevalencia.

7.2 Diseño de Investigación

Estudio de Casos y Controles: Este tipo de estudio se orienta hacia la determinación del factor de riesgo, probablemente, más asociado a un efecto conocido. Para comprobar *la existencia de este factor se compara la magnitud de la exposición que han experimentado dos grupos de sujetos, uno con el efecto presente (E+), denominado **casos**, y el otro con el efecto ausente (E-) denominado **control**.*



7.3 Población y Muestra

Población: La constituyen todos los partos producido en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2013, aproximadamente 3222. La población objetivo la conforman todos los partos pre término producidos en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2013, aproximadamente 585.

Muestra: El tipo de muestreo es probabilístico. Se realizó a través del paquete informático EpiInfo Versión Windows (StatCalc). En este tipo de diseño para el cálculo del tamaño de muestras no apareadas se necesita estimar:

- El máximo nivel alfa dispuesto a tolerar: 0.05 $1 - \alpha = 95.00\%$
- El máximo nivel beta dispuesto a tolerar: 0.20 $1 - \beta = 80.00\%$
- Razón de casos y controles: $1:1$
- El mínimo riesgo relativo (RR) considerado como útil o importante de detectar: $OR = 2.00$.
- La prevalencia (probabilidad) de la exposición en el grupo control: 5% .
- Porcentaje de exposición entre los casos: 20% .

Con estos datos, y para un planteamiento bilateral, para el cálculo del tamaño muestral se utilizará la expresión:

$$n = \left(\frac{z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}}{P_1 - P_2} \right)^2$$

donde: $p = \frac{P_1 + P_2}{2}$;

- w es una idea del valor aproximado del OR que se desea estimar;
- p_1 es la frecuencia de la exposición entre los casos;
- p_2 es la frecuencia de la exposición entre los controles; y
- $z_{1-\alpha/2}$ 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 80 % se tiene que $z_{1-\alpha/2} = 1,96$ y $z_{1-\beta} = 0,84$.

Este procedimiento arrojó como número de muestra para el grupo casos: 75, para el grupo control 75, haciendo un total de 150.

Casos: Son los partos pre termino producidos en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2013; a quienes se aplicará el instrumento diseñado para el presente estudio de investigación.

Control: Son los partos a término producidos en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2013, a quienes se aplicará el mismo instrumento de recolección de datos.

La muestra será no apareada (muestras independientes).

La selección se realizará a través del muestreo aleatorio simple con tabla de números aleatorios.

Para permitir la recolección de la información de manera fiable sobre la que se basará la interpretación de los resultados, y aumentar la validez interna de las observaciones, para la selección de las muestras se considerarán los siguientes **criterios de inclusión:**

Casos:

- Nacimientos vivos producidos por parto pre término (28 – 37 ss gestación).
- Historias clínicas completas

Controles:

- Nacimientos vivos producidos por parto a término (> 37 ss gestación).
- Historias clínicas completas.

Se considerarán los siguientes **criterios de exclusión:**

Casos:

- Nacimientos vivos producidos por a término (> 37 ss gestación).
- Historias clínicas ilegibles.

Controles:

- Nacimientos vivos producidos por pre término (28 – 37 ss gestación).
- Historias clínicas ilegibles.

Limitaciones del estudio:

El presente estudio se encuentra limitado en la consignación de algunos datos específicos tales como: Nivel socioeconómico, especificación en cantidad y frecuencia del consumo de hábitos nocivos, Glicemia, urocultivo, intervalo intergenesico.

7.4 Procedimientos, técnica e instrumentos de recolección de datos**7.4.1 Procedimiento de recolección de datos**

1. *Se solicitará autorización por escrito al Director del centro hospitalario para el acceso a los datos estadísticos.*
2. *El investigador se capacitara previamente para el manejo del paquete de instrumentos.*
3. *Para el grupo **casos** se tomarán los datos del libro de partos y base de datos del Servicio de Neonatología, de donde se identificará el número de historia clínica. Luego de ello se verificará si los datos se encuentran completos.*
4. *Para el grupo **control** se tomarán los datos también del libro de partos, de donde se identificará el número de historia clínica. Luego de ello se verificará si los datos se encuentran completos.*
5. *Luego de obtendrá la información que servirá para el llenado de los instrumentos de recolección de datos.*

7.4.2 Técnicas:

- a. **Recolección de datos de las fuentes de información:** Permitirá al equipo investigador, verificar datos de los sujetos en estudio a fin de proceder a la aplicación de los instrumentos.

7.4.3 Instrumentos:

- a. **Cuestionario semiestructurado:** Que será llenado por el equipo investigador a través de la revisión de las fuentes de datos e historias clínicas y que permitirá recolectar información sobre datos y características maternas, gestacionales, fetales y placentarias - uterinos de los sujetos en estudios, la misma que consta de preguntas abiertas y cerradas, y se divide en 3 partes (Ver Anexo 1):

Datos Generales:

- I. Datos Maternos
- II. Datos Gestacionales
- III. Datos Fetales
- IV. Datos Factores útero – placentarios

7.4.4 Validez y Confiabilidad:

Para la validez y confiabilidad del cuestionario será sometido a juicio de expertos y a una prueba piloto en otros establecimientos de salud de similares características, excluyendo el ámbito. Los expertos estarán conformados por profesionales que tienen experiencia en investigación y laboran en el área de estudio en diversas instituciones en el ámbito regional. Se realizará una prueba piloto tomando al 20% de la población en estudio, que no constituirán parte de la muestra. Se analizarán las no respuestas y las preguntas con mayor número de datos perdidos para la modificación respectiva.

7.4.5 Protección a los Derechos Humanos:

Los derechos humanos de las personas que conformarán la muestra del presente estudio de investigación serán respetadas y se aplicarán los instrumentos sólo a documentos fuentes.

Los instrumentos serán manipulados y procesados sólo por el equipo investigador, y luego del análisis correspondiente de los datos los instrumentos serán desechados.

7.4.6 ANALISIS E INTERPRETACIÓN

Se tuvo en consideración lo siguiente:

Se cuantificó el riesgo de cada una de las variables independientes con Odds Ratio y los intervalos de confianza para la estimación del riesgo:

$$OR = \frac{a \times d}{b \times c}$$

El cálculo del 95% IC para el OR en un estudio de casos se efectuó a partir de la siguiente relación:

$$(OR) \exp \left[\pm 1.96 \sqrt{1/a + 1/b + 1/c + 1/d} \right]$$

Donde:

- OR es la estimación puntual del Odds ratio
- Exp es la base del logaritmo natural elevada a la cantidad entre paréntesis.
- a,b,c y d representan los valores numéricos de la tabla de 2 x 2

El cálculo del intervalo de confianza del odds ratio es fundamental al realizar el análisis de cualquier estudio. Dicho cálculo nos indica no solo la dirección del efecto, sino la significancia estadística, si el intervalo no engloba el valor 1 y la precisión del intervalo que está directamente relacionada con el tamaño muestral del estudio. Se estimará el riesgo de cada variable de forma independiente.

Para el análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS.

CAPITULO VIII
RESULTADOS
ANALISIS UNIVARIADO

TABLA N° 01

Factores maternos de gestantes del grupo de estudio Hospital Regional de Loreto 2013

Factores Maternos	Grupo de estudio			
	Pre término		Término	
Edad	N	%	N	%
< 19	31	41.3	17	22.7
19 a 35	37	49.3	51	68.0
>35	7	9.3	7	9.3
Total	75	100.0	75	100.0
Procedencia				
Urbano	10	13.3	18	24.0
Urbano marginal	34	45.3	29	38.7
Rural	31	41.3	28	37.3
Total	75	100.0	75	100.0
Estado civil				
Soltera	15	20.0	18	24.0
Casada	6	8.0	9	12.0
Conviviente	54	72.0	48	64.0
Total	75	100.0	75	100.0
Nivel de instrucción				
Analfabeta/Primaria	31	41.4	25	33.3
Secundaria	37	49.3	40	53.3
Superior	7	9.3	10	13.3
Total	75	100.0	75	100.0
Hábitos nocivos				
Cafe	61	81.3	68	90.7
Tabaco	11	14.7	1	1.3
Alcohol	3	4.0	6	8.0
Total	75	100.0	75	100.0
Enfermedades sistémicas previas				
Presente	32	42.7	22	29.3
No presente	43	57.3	53	70.7
Total	75	100.0	75	100.0

En la **tabla n° 01**, se observa que del **100.0% (75)** gestantes con parto pretérmino del Hospital Regional de Loreto, el **49.3% (37)** de ellas tienen edades entre 19 a 35, mientras que en el grupo de gestantes a término el **68.0% (51)** pertenecen al mismo grupo etareo.

Asimismo del grupo de gestantes pretérmino **45.3% (34)** proceden de zonas urbanas marginales, mientras que en el grupo a término el **38.7% (29)**, perteneces a esas mismas zonas.

El **72.0% (54)** del grupo de gestantes pretérmino es conviviente, contra un **64.0% (48)** del grupo de las gestantes que también presentan estado civil conviviente.

Con respecto al grado de instrucción, del **100.0% (75)** gestantes con parto pretérmino, el **49.3% (37)** tienen grado de instrucción secundaria, mientras que en el grupo de las gestante a término, el **53.3% (40)**, pertenece al mismo nivel de instrucción.

En la tabla también se muestra que el **81.3% (61)** de las gestantes que pertenece al grupo pretérmino, consumen café, mientras que en el grupo a término consumen café el **90.7% (68)**.

Del **100.0% (75)** de gestantes que pertenecen al grupo de parto pretérmino, el **57.3% (43)**, no presentan enfermedades previas, sin embargo en el grupo de gestantes a término no presentan enfermedades el **70.7% (53)**.

Tabla N° 02

Factores gestacionales obstétricos de gestantes del grupo de estudio Hospital Regional de Loreto, 2013

Factores Gestacionales Obstétricos	Grupo de estudio			
	Pre término		Término	
	N	%	N	%
Gestaciones previas y paridad				
Primigesta	31	41.3	26	34.7
Multigesta	44	58.7	49	65.3
Total	75	100.0	75	100.0
Antecedentes de aborto y parto pretérmino				
Presente	30	40.0	17	22.7
No presente	45	60.0	58	77.3
Total	75	100.0	75	100.0
IMC				
Bajo peso	22	29.3	18	24.0
Normal	49	65.3	47	62.7
Obeso: Tipo I -II	4	5.3	10	13.3
Total	75	100.0	75	100.0
Atención pre natal				
Ninguno	10	13.3	3	3.0
Mal controlada(≤ 4)	25	33.4	19	25.3
Controlada(> 4)	40	53.3	53	70.7
Total	75	100.0	75	100.0
Anemia				
Presente	30	40.0	16	21.3
No presente	45	60.0	59	78.7
Total	75	100.0	75	100.0
Infección de tracto urinario				
Presente	35	46.7	19	25.3
No presente	40	53.3	56	74.7
Total	75	100.0	75	100.0
Preclamsia				
Presente	7	9.3	17	22.7
No presente	68	90.7	58	77.3
Total	75	100.0	75	100.0
Eclamsia				
Presente	2	2.7	1	1.3
No presente	73	97.3	74	98.7
Total	75	100.0	75	100.0

EN la tabla N° 02, se observa que del **100.0% (75)** gestantes con parto pretérmino, el **58.7% (44)** presentan gestaciones previas, multigesta el **58.7% (44)** y de las gestantes del grupo a término el **65.3% (49)** presentan multigesta.

Con respecto a los antecedentes de aborto el **60.0% (45)** del grupo pretérmino no presentan antecedentes, mientras que en el grupo de las gestantes a término representan el **77.3% (58)** sin antecedentes.

En el grupo de gestantes pretérmino el **65.3% (49)** de ellas presentan obesidad tipo I, mientras que las que presentan la misma obesidad en el grupo a término representan al **62.7% (47)**.

Asimismo en el grupo de las gestantes pretérmino se observa que **53.3% (40)** presentan atención prenatal controlada y en el grupo a término el porcentaje es del **70.7% (53)**.

Las gestantes con anemia en el grupo de las pretérmino es del **40.0% (30)**, mientras que las gestantes anémicas en el grupo de las a término es del **21.3% (16)**.

También se observa en la tabla, que el porcentaje que presenta infección del tracto urinario en el grupo pretérmino es de **46.7% (35)** y en el grupo a término el porcentaje es de **25.3% (19)**.

Presentan preclamsia el **9.3% (7)** en el grupo pretérmino, mientras que en el grupo a término presentan el **22.7% (17)**.

La presencia de eclampsia en el grupo de gestantes pretérmino es del **2.7% (2)**, y el **1.3% (1)** en el grupo de gestantes a término.

Tabla N° 03

Factores útero-placentarios de gestantes del grupo de estudio Hospital Regional de Loreto, 2013

Factores útero-placentarios	Grupo de estudio			
	Pre término		Término	
	N	%	N	%
Desprendimiento de placenta				
Presente	2	2.7	0	0.0
No presente	73	97.3	75	100.0
Total	75	100.0	75	100.0
Hemorragia en el embarazo				
Ninguno	15	20.0	25	33.3
2° Trimestre	60	80.0	50	66.7
Total	75	100.0	75	100.0
Ruptura prematura de membrana				
Presente	27	36.0	0	0.0
No presente	48	64.0	75	100.0
Total	75	100.0	75	100.0

Según la tabla N° 03, del **100.0% (75)** gestantes con parto pretérmino, el **97.3% (73)** no presentan desprendimiento de placenta, mientras que en el grupo de las gestantes a término ninguna de las pacientes presento desprendimiento de placenta.

EL **80.0% (60)** de las gestantes del grupo pretérmino presentaron hemorragia en el 2° trimestre y un porcentaje menor de **66.7% (50)** presentaron hemorragia en el grupo a término.

Asimismo se encontró que el **36.0% (27)** gestantes del grupo de estudio pretérmino presentaron ruptura prematura de la membrana (RPM) y en el grupo a término no se encontró ningún caso de RPM.

Tabla N° 04

Factores fetales de gestantes del grupo de estudio Hospital Regional de Loreto 2013

Factores fetales	Grupo de estudio			
	Pre término		Término	
Embarazo múltiple	N	%	N	%
Múltiple	14	18.7	16	21.3
Único	61	81.3	59	78.7
Total	75	100.0	75	100.0

En la tabla N° 04, se observa que del **100.0% (75)** gestantes del grupo de estudio pretérmino el **81.3% (61)** presentan embarazo único y en el grupo de las gestantes a término el porcentaje es de **78.7% (59)**.

ANÁLISIS BIVARIADO

Tabla N° 05

Relación entre el factor edad y la presentación de parto pretérmino en gestantes del grupo de estudio Hospital Regional de Loreto 2013

Edad	Grupo de estudio				Total	
	Pretérmino		Término			
	Ni	%	Ni	%	Ni	%
<19	31	41.3	17	22.7	48	32.0
19 a más	44	58.7	58	77.3	102	68.0
Total	75	100.0	75	100.0	150	100.0
$X^2 = 6.005$ $GL = 1$ $p = 0.014$ $OR = 2.404$ $IC = (1.182 - 4.887)$						

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se observa un $X^2 = 6.005$, y un valor $p = 0.014 < \alpha = 0.05$, lo que indica que existe relación estadísticamente significativa entre la edad y la presencia de parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional de Loreto, 2013.

Asimismo tener de 19 años a mas es un factor de riesgo para el parto pretérmino con un $OR = 2.404$ y un $IC = (1.182 - 4.887)$, es decir las gestantes de 19 años a mas tienen 2.404 veces más de presentar parto pretérmino. (Tabla N° 05).

Tabla N° 06

Relación entre el factor lugar de procedencia y la presentación de parto pretérmino en gestantes del grupo de estudio Hospital Regional de Loreto 2013

Lugar de procedencia	Grupo de estudio				Total	
	Pretérmino		Término			
	Ni	%	Ni	%	Ni	%
Urbano	10	13.3	18	24.0	28	18.7
Urbano marg/Rural	65	86.7	57	76.0	122	81.3
Total	75	100.0	75	100.0	150	100.0
$X^2 = 2.810$ $GL = 1$ $p = 0.094$ $OR = 0.487$ $IC = (0.208 - 1.141)$						

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se observa un $X^2 = 2.810$, y un valor $p = 0.094 > \alpha = 0.05$, lo que indica que no existe relación estadísticamente significativa entre el lugar de procedencia y la presencia de parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional de Loreto 2013. Asimismo proceder de zona urbana no es un factor de riesgo para el parto pretérmino con un $OR = 0.487$ y un $IC = (0.208 - 1.141)$ en gestantes del (Tabla N° 06)

Tabla N° 07

Relación entre el factor estado civil y la presentación de parto pretérmino en gestantes del grupo de estudio Hospital Regional de Loreto 2013

Estado civil	Grupo de estudio				Total	
	Pretérmino		Término			
	Ni	%	Ni	%	Ni	%
Soltera	15	20.0	18	24.0	33	22.0
Casada/conviviente	60	80.0	57	76.0	117	78.0
Total	75	100.0	75	100.0	150	100.0
$X^2 = 0.350$ $GL = 1$ $p = 0.554$ $OR = 0.792$ $IC = (0.365 - 1.719)$						

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se observa un $X^2 = 0.350$, y un valor $p = 0.554 > \alpha = 0.05$, lo que indica que no existe relación estadísticamente significativa entre el estado civil y la presencia de parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional de Loreto 2013

Asimismo ser gestante soltera no es un factor de riesgo para el parto pretérmino con un $OR = 0.554$ y un $IC = (0.365 - 1.719)$ (Tabla N° 07).

Tabla N° 08

Relación entre el factor nivel de instrucción y la presentación de parto pretérmino en gestantes del grupo de estudio Hospital Regional de Loreto 2013

Nivel de instrucción	Grupo de estudio				Total	
	Pretérmino		Término			
	Ni	%	Ni	%	Ni	%
Primaria	31	41.3	25	33.3	56	37.3
Secundaria/ Superior	44	58.7	50	66.7	94	62.7
Total	75	100.0	75	100.0	150	100.0
$X^2 = 1.026$ $GL = 1$ $p = 0.311$ $OR = 1.409$ $IC = (0.725 - 2.739)$						

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se observa un $X^2 = 1.026$, y un valor $p = 0.311 > \alpha = 0.05$, lo que indica que no existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de instrucción y la presencia de parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional de Loreto 2013. Asimismo ser gestante con nivel de instrucción primaria no es un factor de riesgo para el parto pretérmino con un $OR = 1.409$ y un $IC = (0.725 - 2.739)$.(Tabla N° 08)

Tabla N° 09

Relación entre el factor hábitos nocivos y la presentación de parto pretérmino en gestantes del grupo de estudio Hospital Regional de Loreto 2013

Hábitos nocivos	Grupo de estudio				Total	
	Pretérmino		Término			
	Ni	%	Ni	%	Ni	%
Café	61	81.3	68	90.7	129	86.0
Tabaco/alcohol	14	18.7	7	9.3	21	14.0
Total	75	100.0	75	100.0	150	100.0
$X^2 = 2.713$ GL = 1 p = 0.100 OR= 0.449 IC=(0.170 – 1.184)						

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se observa un $X^2 = 2.713$, y un valor $p = 0.100 > \alpha = 0.05$, lo que indica que no existe relación estadísticamente significativa entre los hábitos nocivos y la presencia de parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional de Loreto 2013. Asimismo la presencia de hábitos nocivos no es un factor de riesgo para el parto pretérmino con un **OR = 0.449** y un **IC = (0.170 – 1.184)** (Tabla N° 09)

Tabla N° 10

Relación entre el factor enfermedades sistémicas previas y la presentación de parto pretérmino en gestantes del grupo de estudio Hospital Regional de Loreto 2013

Enfermedades sistémicas previas	Grupo de estudio				Total	
	Pretérmino		Término			
	Ni	%	Ni	%	Ni	%
Presente	32	42.7	22	29.3	54	36.0
No presente	43	57.3	53	70.7	96	64.0
Total	75	100.0	75	100.0	150	100.0
$X^2 = 2.894$ $GL = 1$ $p = 0.089$ $OR = 1.793$ $IC = (0.912 - 3.520)$						

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se observa un $X^2 = 2.894$, y un valor $p = 0.089 > \alpha = 0.05$, lo que indica que no existe relación estadísticamente significativa entre las enfermedades sistémicas previas y la presencia de parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional de Loreto 2013.

Asimismo la presencia de enfermedades previas no es un factor de riesgo para el parto pretérmino con un $OR = 1.793$ y un $IC = (0.912 - 3.520)$ (Tabla N° 10)

Tabla N° 11

Relación entre el factor gestaciones previas y paridad y la presentación de parto pretérmino en gestantes del grupo de estudio Hospital Regional de Loreto 2013

Gestaciones previas y paridad	Grupo de estudio				Total	
	Pretérmino		Término			
	Ni	%	Ni	%	Ni	%
Primigesta	31	41.3	26	34.7	57	38.0
Multigesta	44	58.7	49	65.3	93	62.0
Total	75	100.0	75	100.0	150	100.0
$X^2 = 0.707$ GL = 1 p = 0.400 OR= 1.328 IC=(0.685 – 2.572)						

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se observa un $X^2 = 0.707$, y un valor $p = 0.400 > \alpha = 0.05$, lo que indica que no existe relación estadísticamente significativa entre las gestaciones previas y paridad y la presencia de parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional de Loreto 2013.

Asimismo las gestantes primigestas no es un factor de riesgo para el parto pretérmino con un **OR = 1.328** y un **IC = (0.685 – 2.572)** (Tabla N° 11)

Tabla N° 12

Relación entre el factor antecedente de aborto y parto pretérmino y la presentación de parto pretérmino en gestantes del grupo de estudio Hospital Regional de Loreto 2013

Antecedentes de aborto y parto pretérmino	Grupo de estudio				Total	
	Pretérmino		Término			
	Ni	%	Ni	%	Ni	%
Presente	30	40.0	17	22.7	47	31.3
No presente	45	60.0	58	77.3	103	68.7
Total	75	100.0	75	100.0	150	100.0
$X^2 = 5.237$ GL = 1 p = 0.022 OR= 2.275 IC=(1.117 – 4.631)						

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se observa un $X^2 = 5.237$, y un valor $p = 0.022 < \alpha = 0.05$, lo que indica que existe relación estadísticamente significativa entre los antecedentes de aborto y la presencia de parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional de Loreto 2013. Asimismo los antecedentes de aborto es un factor de riesgo para el parto pretérmino con un **OR = 2.275** y un **IC = (1.117 – 4.631)**, es decir las gestantes con antecedentes de aborto **2.275** más veces de presentar parto pretérmino. (Tabla N° 12)

Tabla N° 13

Relación entre el factor índice de masa corporal (IMC) y la presentación de parto pretérmino en gestantes del grupo de estudio Hospital Regional de Loreto 2013

IMC	Grupo de estudio				Total	
	Pretérmino		Término			
	Ni	%	Ni	%	Ni	%
Bajo peso	22	29.3	18	24.0	40	26.7
Obeso: Tipo I y II	53	70.7	57	76.0	110	73.3
Total	75	100.0	75	100.0	150	100.0
$X^2 = 0.545$ GL = 1 p = 0.460 OR= 1.314 IC=(0.636 – 2.718)						

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se observa un $X^2 = 0.545$, y un valor $p = 0.460 > \alpha = 0.05$, lo que indica que no existe relación estadísticamente significativa entre el índice de masa corporal (IMC) y la presencia de parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional de Loreto 2013

Asimismo el sobrepeso en gestantes no es un factor de riesgo para el parto pretérmino con un **OR = 1.314** y un **IC = (0.636 – 2.718)** (Tabla N° 13)

Tabla N° 14

Relación entre el factor atención prenatal y la presentación de parto pretérmino en gestantes del grupo de estudio Hospital Regional de Loreto 2013

Atención prenatal	Grupo de estudio				Total	
	Pretérmino		Término			
	Ni	%	Ni	%	Ni	%
Mal controlada	35	46.7	22	29.3	57	38.0
Controlada	40	53.3	53	70.7	93	62.0
Total	75	100.0	75	100.0	150	100.0
$X^2 = 4.782$ GL = 1 p = 0.029 OR= 2.108 IC=(1.075 – 4.132)						

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se observa un $X^2 = 4.782$, y un valor $p = 0.029 < \alpha = 0.05$, lo que indica que existe relación estadísticamente significativa entre la atención prenatal y la presencia de parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional de Loreto 2013.

Asimismo la atención prenatal mal controlada es un factor de riesgo para el parto pretérmino con un **OR = 2.108** y un **IC = (1.075 – 4.132)** (Tabla N° 14)

Tabla N° 15

Relación entre el factor anemia y la presentación de parto pretérmino en gestantes del grupo de estudio Hospital Regional de Loreto 2013

Anemia	Grupo de estudio				Total	
	Pretérmino		Término			
	Ni	%	Ni	%	Ni	%
Presente	30	40.0	16	21.3	46	30.7
No presente	45	60.0	59	78.7	104	69.3
Total	75	100.0	75	100.0	150	100.0
$X^2 = 6.145$ $GL = 1$ $p = 0.013$ $OR = 2.458$ $IC = (1.196 - 5.051)$						

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se observa un $X^2 = 6.145$, y un valor $p = 0.013 < \alpha = 0.05$, lo que indica que existe relación estadísticamente significativa entre la anemia y la presencia de parto pretérmino.

Asimismo la presencia de anemia en las gestantes es un factor de riesgo para el parto pretérmino con un $OR = 2.458$ y un $IC = (1.196 - 5.051)$ en gestantes del Hospital Regional de Loreto 2013. (Tabla N° 15)

Tabla N° 16

Relación entre el factor infección de tracto urinario y la presentación de parto pretérmino en gestantes del grupo de estudio Hospital Regional de Loreto 2013

Infección de tracto urinario	Grupo de estudio				Total	
	Pretérmino		Término			
	Ni	%	Ni	%	Ni	%
Presente	35	46.7	19	25.3	54	36.0
No presente	40	53.3	56	74.7	96	64.0
Total	75	100.0	75	100.0	150	100.0
$X^2 = 7.407$ GL = 1 p = 0.006 OR= 2.579 IC=(1.293 – 5.143)						

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se observa un $X^2 = 7.407$, y un valor $p = 0.006 < \alpha = 0.05$, lo que indica que existe relación estadísticamente significativa entre la infección de tracto urinario y la presencia de parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional de Loreto 2013. Asimismo la presencia de infección del tracto urinario es un factor de riesgo para el parto pretérmino con un **OR = 2.579** y un **IC = (1.293 – 5.143)**, es decir las gestantes con presencia de infección tienen **2.579** veces más de presentar parto pretérmino con respecto a las que no la tienen. (Tabla N° 16)

Tabla N° 17

Relación entre el factor preclamsia y la presentación de parto pretérmino en gestantes del grupo de estudio Hospital Regional de Loreto 2013

Preclamsia	Grupo de estudio				Total	
	Pretérmino		Término			
	Ni	%	Ni	%	Ni	%
Presente	7	9.3	17	22.7	24	16.0
No presente	68	90.7	58	77.3	126	84.0
Total	75	100.0	75	100.0	150	100.0
$X^2 = 4.960$ GL = 1 p = 0.026 OR= 0.351 IC=(0.136 – 0.906)						

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se observa un $X^2 = 4.960$, y un valor $p = 0.026 < \alpha = 0.05$, lo que indica que no existe relación estadísticamente significativa entre la preclamsia y la presencia de parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional de Loreto 2013.

Asimismo la presencia de preclamsia no es un factor de riesgo para el parto pretérmino con un **OR = 0.351** y un **IC = (0.136 – 0.906)**. (Tabla N° 17)

Tabla N° 18

Relación entre el factor eclampsia y la presentación de parto pretérmino en gestantes del grupo de estudio Hospital Regional de Loreto 2013

Eclamsia	Grupo de estudio				Total	
	Pretérmino		Término			
	Ni	%	Ni	%	Ni	%
Presente	2	2.7	1	1.3	3	2.0
No presente	73	97.3	74	98.7	147	98.0
Total	75	100.0	75	100.0	150	100.0
$X^2 = 0.340$ $GL = 1$ $p = 0.560$ $OR = 2.027$ $IC = (0.180 - 22.848)$						

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se observa un $X^2 = 0.340$, y un valor $p = 0.560 > \alpha = 0.05$, lo que indica que no existe relación estadísticamente significativa entre la eclampsia y la presencia de parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional de Loreto 2013.

Asimismo la presencia de eclampsia no es un factor de riesgo para el parto pretérmino con un $OR = 2.027$ y un $IC = (0.180 - 22.848)$. (Tabla N° 18)

Tabla N° 19

Relación entre el factor desprendimiento de placenta y la presentación de parto pretérmino en gestantes del grupo de estudio Hospital Regional de Loreto 2013

Desprendimiento de placenta	Grupo de estudio				Total	
	Pretérmino		Término			
	Ni	%	Ni	%	Ni	%
Presente	2	2.7	0	0.0	2	1.3
No presente	73	97.3	75	100.0	148	98.7
Total	75	100.0	75	100.0	150	100.0
$X^2 = 2.027$ GL = 1 p = 0.155						

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se observa un $X^2 = 2.027$, y un valor $p = 0.155 > \alpha = 0.05$, lo que indica que no existe relación estadísticamente significativa entre el desprendimiento de placenta y la presencia de parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional de Loreto 2013. (Tabla N° 19)

Tabla N° 20

Relación entre el factor hemorragia en el embarazo y la presentación de parto pretérmino en gestantes del grupo de estudio Hospital Regional de Loreto 2013

Hemorragia en el embarazo	Grupo de estudio				Total	
	Pretérmino		Término			
	Ni	%	Ni	%	Ni	%
Ninguno	15	20.0	25	33.3	40	26.7
2° Trimestre	60	80.0	50	66.7	110	73.3
Total	75	100.0	75	100.0	150	100.0
$X^2 = 3.409$ $GL = 1$ $p = 0.065$ $OR = 0.500$ $IC = (0.238 - 1.050)$						

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se observa un $X^2 = 3.409$, y un valor $p = 0.065 > \alpha = 0.05$, lo que indica que no existe relación estadísticamente significativa entre la hemorragia en el embarazo y la presencia de parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional de Loreto 2013.

Asimismo la presencia de hemorragia en el embarazo no es un factor de riesgo para el parto pretérmino con un $OR = 0.500$ y un $IC = (0.238 - 1.050)$, (Tabla N° 20)

Tabla N° 21

Relación entre el factor ruptura prematura de membrana y la presentación de parto pretérmino en gestantes del grupo de estudio Hospital Regional de Loreto 2013

Ruptura prematura de membrana	Grupo de estudio				Total	
	Pretérmino		Término			
	Ni	%	Ni	%	Ni	%
Presenta	27	36.0	0	0.0	27	18.0
No presenta	48	64.0	75	100.0	123	82.0
Total	75	100.0	75	100.0	150	100.0
$X^2 = 32.927$ GL = 1 p = 0.000						

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se observa un $X^2 = 32.927$, y un valor $p = 0.000 < \alpha = 0.05$, lo que indica que no existe relación estadísticamente significativa entre la ruptura prematura de membrana y la presencia de parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional de Loreto 2013.

Asimismo la presencia de ruptura prematura de membrana no es un factor de riesgo para el parto pretérmino con un **OR = 0.000**. (Tabla N° 21)

Tabla N° 22

Relación entre el factor embarazo múltiple y la presentación de parto pretérmino en gestantes del grupo de estudio Hospital Regional de Loreto 2013

Embarazo múltiple	Grupo de estudio				Total	
	Pretérmino		Término			
	Ni	%	Ni	%	Ni	%
Múltiple	14	18.7	16	21.3	30	20.0
Único	61	81.3	59	78.7	120	80.0
Total	75	100.0	75	100.0	150	100.0
$X^2 = 0.167$ GL = 1 p = 0.683 OR= 1.182 IC= (0.530 – 2.634)						

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se observa un $X^2 = 0.167$, y un valor $p = 0.683 > \alpha = 0.05$, lo que indica que existe relación estadísticamente significativa entre el embarazo múltiple y la presencia de parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional de Loreto 2013.

Asimismo la presencia de embarazo múltiple es un factor de riesgo para el parto pretérmino con un **OR = 1.182** y un **IC = (0.530 – 2.634)**, es decir las gestantes con embarazo múltiple tienen **1.182** veces más de presentar parto pretérmino con respecto a las que no la tienen. (Tabla N° 22)

CAPITULO IX

DISCUSIÓN

El parto y el nacimiento pretérmino continúa siendo una de las complicaciones más frecuentes en la obstetricia, a pesar de los grandes avances de la medicina moderna, por lo que constituye un reto y punto de atención que continúa para el Gineco-obstetra. Los estudios epidemiológicos han demostrado una relación constante entre diversas características demográficas maternas, antecedentes obstétricos, útero placentarios, fetal y riesgo de parto pretérmino.

A. FACTORES MATERNOS

a. **Edad Materna:** En comparación con diversos estudios nacionales e internacionales en el que encuentran relación significativa entre la edad de la gestante y la ocurrencia del parto pretérmino; para el presente estudio entra en desacuerdo con los estudios realizados por: Gian CARLO DI RENZO.³¹, Manrique R.³³, VELA R.¹⁸, LAULATE B.¹⁹, en el que observan que la mayor relación del parto pretérmino con la edad de la gestante, son aquellas edades “extremas”, como las menores de 19 años y mayores de 35 años, encontrando una relación significativa. Es por esto que concordamos con lo observado en los estudios de WILFREDO V.¹⁶ y GUTIÉRREZ V.³⁶, quienes encuentran que la mayor proporción de gestantes con parto pretérmino oscila entre la edad materna de 19 a 35 años. Para el presente estudio se dio que, tanto para el grupo de Casos, como para el grupo de estudio Control, que la mayor proporción de gestantes con parto pretérmino son aquellas con edad entre los 19 a 35 años, quienes no representan una edad de riesgo sino más bien la edad adecuada de embarazo. En cuanto a las gestantes con parto pretérmino menores de 19 años decimos que se encontró relación no significativa ($p = 0.142$ OR= 0.54), y de la misma manera para nuestras gestante con parto pretérmino mayores de 35 años a quienes se encontró relación no significativa ($P = 0.287$ y OR = 0.58).

b. **Procedencia:** En relación a la procedencia de las gestantes con parto pretérmino en el HRL, provienen de zonas urbanas el 13% (10). Este factor puede

relacionarse también con los ingresos económicos que en este grupo de gestantes sería adecuado, lo que nos indica que este factor no está relacionado a la prematuridad. De otra manera comparando con la procedencia de Urbano marginal y rural, no encontramos relación estadísticamente significativa como la que si encontraron en sus estudios FAINETE P.³⁸ VELA R.¹⁸ y LAULATE B.¹⁹, quienes demuestran que existe relación de significancia con la procedencia de la zona rural y Urbano marginal respectivamente. Esto podría deberse a que la gestante provee información no original, la cual causaría sesgo en el presente estudio.

c. Estado civil: No se encontró asociación significativa entre tener una unión no estable con las gestantes de parto pretérmino, aunque se reporta que la soltería está relacionado con una situación social desfavorable por lo que presentaría asociación con el parto pretérmino como lo menciona SANDOVAL L⁴, quien lo demuestra en su estudio con una relación de significancia y riesgo (OR = 3.81). lo opuesto encontrado por ARANGO M³⁹ y LAULATE B.¹⁹ quienes a lo igual que en el presente estudio, no encuentra relación de significancia estadística. En la tabla N° 05 se aprecia que el mayor porcentaje del grupo casos es conviviente (76.1%), luego están los grupos de solteras y casadas con 11.4% y 12.5% respectivamente y el grupo de controles con distribución similar que el grupo de casos; no se puede descartar que los resultados obtenidos esconden un sesgo importante pues no es fiable el dato del estado civil proporcionado por la madre.

d. Nivel de Instrucción: No se encontró asociación significativa entre ser una gestante con grado de instrucción de primaria/ analfabeta (menor o igual a primaria incompleta) con parto pretérmino, con respecto a aquellas gestante que tienen grado de instrucción secundaria y/o superior. En el presente estudio concordamos por lo descrito por los autores VELA R.¹⁸ y GUTIÉRREZ V.³⁶ en relación al parto pretérmino. En la tabla N° 08 se aprecia que el grupo que predomina es el de las madres con grado de instrucción secundaria con el 58.7% (44) en los casos y 66.7% (50) en el grupo de los controles, esto puede deberse a que existe un nivel adecuado de escolaridad en las gestantes atendidas en el HRL.

e. Hábitos nocivo: En relación a esta variable, los estudios encontrados para la determinación, de si esta variable influye como predictor del parto pretérmino han concordado con el estudio presente, es así como MALLOL V.⁴⁴ y ARANGO M³⁹ demuestran al no encontrar una relación de significancia estadística. En la misma manera para los estudios hechos por VELA R.¹⁸, quien en su población de estudio no encontró antecedentes de hábitos nocivos. Podemos observar en la tabla N° 09 que en el grupo de estudio de las gestantes con parto pretérmino (Casos) estaba representada por el 81.3% (61), y en el grupo de las gestantes con parto a término (Control) estaba representada por el 90.7% (68), demostrando de esta manera una relación estadísticamente no significativa ($p = 0.100$ OR= 0.449).

f. Enfermedades sistémicas previas y Otras: En el estudio presente no se encontró relación estadísticamente significativa entre las enfermedades sistémicas previas al embarazo como diabetes, hipertensión arterial crónica, Neumopatía, cardiopatía, nefropatía y entre otras enfermedades en relación a la presentación de parto pretérmino del grupo de estudio, y de la misma manera para nuestro grupo de estudio con parto a término. Concordando de esta manera con los estudios de LICEA P.⁴⁷ y GÓMEZ J.⁴⁸ quienes tampoco observaron en sus revisiones, alguna significancia con la presentación de parto pretérmino. En la tabla N° 10 podemos observar que el 42.7% (32) de las gestantes con parto pretérmino presentaron alguna enfermedad sistémica y el 29.3% (22) de las gestantes con parto a término presentaron alguna de las enfermedades sistémicas y entre otras.

B. FACTORES OBSTÉTRICOS

a. Antecedente de Gestación y paridad: Para el presente estudio, en cuanto a los resultados entra en desacuerdo con lo descrito por los autores PEÑA M.⁵⁰, quien encuentra relación estadísticamente significativa entre la nuliparidad y el parto pretérmino ($P = 0.01$ y $OR = 1.3$). de la misma manera que concluyen REYES I.⁵¹ y VELA R.¹⁸ quienes encuentran relación estadísticamente significativa en cuanto a la Multigesta con el parto pretérmino. El presente estudio no concluyo en sus resultados de igual manera que los autores descritos con anterioridad, pues muestra una relación no significativa, tanto para el antecedente

de número gestaciones, como para el antecedente de número de partos. Esto podría deberse a que los estudios antes descritos con los cuales no encontramos concordancia son realizados con poblaciones mayores, quienes ofrecen mayor grado de significancia. Según las literaturas, en cualquier población obstétrica el elevado número de embarazos suele asociarse con mayor riesgo para el producto una explicación sería la coexistencia de factores de riesgo con las Multigesta.

b. Antecedentes de aborto y de parto pretérmino: A pesar de que conocemos que es un factor de riesgo para la presentación de parto pretérmino así como lo revelan los diferentes estudios ALTHABE F.⁵⁴, VILLANUEVA E.⁵⁵, RIVAS N.⁵⁶, se encontró q existe una relación estadísticamente significativa entre las gestantes con antecedentes de aborto y el parto pretérmino, estando solo en concordancia con los estudios hechos por GUTIÉRREZ V.⁵⁷ Se observa que en el grupo de Casos el 60.0% (45) corresponde a las gestantes que no tuvieron ningún aborto y solo el 40.0% (30) tuvieron uno o más abortos. En el grupo Control se aprecia según lo investigado igual distribución así el 77.3% (58) corresponde a las gestantes que no tuvieron ningún aborto y solo el 22.7% (17) tuvieron uno o más abortos. En cuanto a la presencia del antecedente de parto pretérmino se encontró que solo el 25.0% (19) representa a las gestantes del grupo de Casos y el 12.4% (8) en el grupo Control.

c. Índice de masa corporal: El resultado encontrado de IMC en nuestro estudio se correlaciona con la talla y el peso encontrado. La literatura menciona que la desnutrición materna es un factor asociado a parto pretérmino, pues de similar manera a los estudios dados por GRANDI C.⁵⁹ y GUTIÉRREZ V.⁶⁰, en nuestro estudio solo se encontró que el 29.3% (22) representaban a las gestantes del grupo Casos y el 3.4% (3) representaban a las gestante del grupo Control, porcentaje menor aun que el encontrado en la obesidad con 65.3% (49) y 5.3% (4) para el grupo Casos y Control respectivamente. Analizando en forma conjunta el peso pregestacional, la talla y el índice de masa corporal, se puede decir que nuestra población gestante en riesgo de parto prematuro se caracteriza por tener una talla promedio de 1.50 metros y el peso que varía de 50 a 70 kilos pero con tendencia ascendente.

d. Control Prenatal: El embarazo sin control constituye motivo de preocupación de salud pública por los efectos adversos que puede tener tanto en la gestante como en el producto de la gestación. Se observa que en el grupo de los casos el grupo de gestantes con parto pretérmino sin control sumado con las gestantes que tuvieron un control prenatal inadecuado fue de 46.7%, con $p = 0.029$ OR= 2.108 respectivamente, mostrando de esta manera la relación estadística significativa y la concordancia con todos los estudios dados por; IRIARTE.⁶², TUANAMA B., VELA R.¹⁸, LAULATE B.¹⁹ GUTIÉRREZ V.⁶⁰ y después están las madres con control completo con 33.0% (29). En el grupo de control se observa distribución diferente donde el mayor porcentaje 90.9% (80) corresponde a las gestantes que tuvieron un control prenatal adecuado luego siguen, las gestantes de control inadecuado y sin control prenatal con 6.8% (6) y 2.3% (2) respectivamente. En este trabajo de investigación el patrón para considerar adecuado al CPN fue solo cuantitativo pues bastó que la gestante tuvieran 4 consultas. Se encontró que aquellas madres que presentan controles prenatales menor o igual de 3 tienen 8.4 veces más el riesgo de tener un parto pretérmino que aquellas que presentan 4 a más controles prenatales; la falta de vigilancia del embarazo es un problema de salud que afecta a toda la población, las gestantes de procedencia rural presentan dificultades para acceder a un centro de salud, por las dificultades de transporte y en ocasiones por la idiosincrasia de la población y es por este mismo resultado que podemos determinar un pequeño sesgo en cuanto a la procedencia dada por la gestante.

Patología asociada a Embarazo:

e. Anemia: El factor de hemoglobina como indicador de anemia en la gestante, en nuestro país causa varias controversias en varios estudios, es así que: MARDONES F.⁶⁶, ROBAINA C.⁶⁸ y GUTIÉRREZ V.⁶⁰, encuentran una relación estadísticamente significativa con relación a la presentación del parto pretérmino, como tal lo demuestra ROBAINA C.⁶⁸ que en su población de estudio de caso y control encuentra que el 62.1% de las gestantes con parto pretérmino presentaron anemia gestacional (OR = 16.3). Sin embargo en el presente estudio tan solo

encontramos que el 40.0% (30) de las gestantes del grupo Casos estaban con anemia, y el 21.3% (16) represento a las gestantes del grupo Control con el factor de anemia. De esta forma entrando en similar comparación con los estudios realizados por VELA R.¹⁸ y LAULATE B.¹⁹, quienes tampoco encontraron relación estadísticamente significativa de asociación. Este resultado difiere con los resultados dados por ROBAINA C.⁶⁸, pero son similares por los datos estadísticos de la DIRESA de la región de Loreto.²³

f. Infección del tracto urinario: Mayormente la detección de esta patología obstétrica no suele ser el motivo de consulta sino que es un hallazgo secundario al realizarse análisis complementarios por el verdadero motivo de consulta, sin dejar de ser un factor que aumenta la prematuridad. La literatura menciona que las bacterias patógenas causantes de la infección del tracto urinario pueden ser causa indirecta de prematuridad y por ende es la complicación infecciosa más frecuente durante el embarazo debido a que las complicaciones anatómicas y fisiológicas parecen predisponer esta alta frecuencia. Sin embargo para el estudio presente, se encontró asociación estadísticamente significativa entre el factor de infección del tracto urinario y la presentación de parto pretérmino, a manera de concordancia entre los resultados obtenidos en este estudio con los de; RIVERA O.⁷², FANAITE P.⁷³, TORRES I.⁷⁴, y CALDERÓN G.⁷⁵ quienes en todos sus estudios muestran significancia en más del 50% de su población. Por otra parte los estudios hecho en nuestra región por VELA R.¹⁸, LAULATE B.¹⁹, y GUTIÉRREZ V.⁶⁰, dan un diferente resultado a lo encontrado en nuestros estudios el cual fue de 46.7% (35) de todas las gestantes con parto pretérmino.

g. Preeclampsia: Este factor en su clasificación de severa, se asocia con el parto pretérmino, pues dicha complicación representaba en el estudio el 9.3% (07), de aquellas gestantes con parto pretérmino, a diferencia de las gestantes con parto a término quienes fueron representadas con tan solo el 2.3% (2). Es de esta manera como nuestros resultados concuerdan con estudios realizados por JARAMILLO P.¹, WILFREDO V.¹⁶, CARRILLO C.⁸⁰ y VELA R.¹⁸ quienes también muestran la significancia de este factor como riesgo para la presencia del parto pretérmino, a diferencia de los estudios realizados por LAULATE B.¹⁹

quien no encuentra significancia de relación, y esto probablemente podría deberse al déficit de calidad de control en las gestantes que tuvo en su población de estudio.

h. Eclampsia: Con respecto a este factor, no encontramos que en nuestro estudio se asocie con el parto pretérmino, pues dicha complicación tan solo representaba en el estudio el 2.7% (2), y en aquellas gestantes con parto a término el 1.3% (1) de casos. El resultado de este factor en nuestra población de estudio fue similar a los encontrados en todos los demás estudios a excepción de los estudios de CARRILLO C.⁸⁰, quien encuentra significancia en su población de Huancayo y Lima.

i. Amenaza de parto pretérmino: Con respecto a este factor, encontramos que, en nuestro estudio la relación estadística de significancia fue como factor protector mas no de riesgo por presentar una $P = 0.00$ y $OR = 0.08$, y la representación de este fue de 30.7% (27) y el 3.4% (3) para las gestantes con parto pretérmino y a término respectivamente, similar a lo encontrado por VELA R.¹⁸ en la misma sede de estudio.

j. Desprendimiento prematuro de membrana y otras Hemorragia del embarazo: Se observó en este estudio que solo el 2.7% (2) de las gestantes con parto pretérmino se relacionó con el factor de desprendimiento prematuro de membrana, mientras que no se manifestó ningún caso asociado a este factor en el grupo de las gestantes con parto a término, de igual manera se dio con respecto al factor de hemorragia del 2º trimestre el cual solo se presentó en gestante con parto pretérmino en un 80.0% (60) y en parto a término en un 66.7% (50) de casos. Este resultado en comparación a otros estudios como el de CASTILLA F.⁸², y WILFREDO V.¹⁶ en quienes estos factores tienen estadísticamente significancia, puede deberse a que los centros de estudios son en hospitales referenciales y en poblaciones con mayor frecuencia de complicaciones obstétricas. Por el contrario estudios como los de CARRILLO C.⁸⁰ y otros propios de la región como los de; VELA R.¹⁸, LAULATE B.¹⁹ y GUTIÉRREZ V.⁶⁰, indican resultados muy similares a los encontrados en este estudio.

k. Ruptura prematuro de membrana: Este factor ocuparía el primer lugar entre todos los factores estudiados y hallados en nuestra población, pues por la literatura también la describen como el factor de riesgo más predictivo sobre el parto pretérmino, y no fue la excepción en nuestro estudio, representada con el 36.0% (27) y 0.0% (0) de todas las gestantes con parto pretérmino y a término, respectivamente, y mostrando que este factor tiene 4.5 veces más riesgo de hacer manifestar un parto pretérmino que aquellas que no lo presentan. De tal forma que concordamos con todos los estudios descritos como referencia, incluso no hubo mucho diferencia en lo hallado por estudios regionales. Por lo tanto observamos la constante presencia de este factor, que continúa siendo un desafío para quienes a diario se enfrentan con esta entidad.

Embarazo múltiple: Si bien tenemos que muchas literaturas definen a este factor como uno de los predictores estadísticamente significativos para la presencia de parto pretérmino, para nuestro estudio no fue la excepción, de igual manera lo describen los estudios hechos en la región, como; VELA R.18 y LAULATE B.19 quienes encuentran similares resultados. En cuanto al resultado que observamos descritos en la tabla N° 22, lo relacionamos que el OR= 1.182 y con $p = 0.683$, es indicativo de factor protector a favor de todas aquellas gestantes que no presentaron embarazo múltiple.

CAPÍTULO X

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

10.1 CONCLUSIONES

1. La prematuridad es un problema de salud que afecta al binomio madre e hijo en el Hospital Regional de Loreto debido a la comorbilidad asociada, costo alto institucional y secuelas en el recién nacido.
2. Los factores maternos/sociodemográficos relacionados al parto pretérmino con mayor frecuencia fueron: la edad materna entre los 19 a 35 años con el 49.3% (37), procedencia urbana marginal con 45.3% (34), estado civil conviviente con el 72.0% (54), nivel de instrucción secundaria con 49.3% (37). Sin hábito nocivo con 81.3% (61), Sin enfermedad sistémica con 57.3% (43). Encontrando que en ninguno de ellos existe relación estadísticamente significativa con el parto pretérmino.
3. Los factores gestacionales/obstétricos relacionados al parto pretérmino con mayor frecuencia fueron: Multigesta 58.7% (44), múltipara con 37.5% (33), sin antecedente de parto pretérmino con 60.0% (45), sin antecedente de aborto con 60.0% (45), el IMC normal con 65.3% (49), CPN adecuado con 53.3% (40), sin anemia con 60.0% (45), sin ITU con 53.3% (40), sin Pre eclampsia con 90.7% (68), sin eclampsia con 97.3% (73), sin amenaza de parto pretérmino con 69.3% (61). Encontrando que en las gestantes con Preclampsia severa, con inadecuado y ningún control prenatal, existe relación estadísticamente significativa y de riesgo con el parto pretérmino.
4. Los factores útero/placentarios relacionados al parto pretérmino con mayor frecuencia fueron: sin DPP con 97.3% (73), con hemorragia en el I° trimestre del embarazo con 80.0% (60), sin RPM con 64.0% (48). Encontrando que en las gestantes con ruptura prematura de membrana, existe relación estadísticamente significativa y de riesgo con el parto pretérmino.

5. Los factores fetales relacionados al parto pretérmino con mayor frecuencia fueron: embarazo múltiple con 81.3% (61). Encontrando que este factor si representa relación estadísticamente significativa con el parto pretérmino.

6. Los factores de riesgo encontrados en el Hospital Regional de Loreto que se relacionaron con el parto pretérmino fueron 06, y de estos, el que tuvo mayor representatividad fue la infección del tracto urinario (factor gestacional/obstétrico) con $P = 0.006$ y $OR = 2.579$; seguido por la presencia de anemia (factor gestacional/obstétrico) con $P = 0.013$ y $OR = 2.458$; seguido por edad entre 19 y 35 años (factor materno) con $P = 0.014$ y $OR = 2.40$ seguido de antecedente de aborto y parto pretérmino (factor gestacional/obstétrico) con $P = 0.022$ y $OR = 2.27$, gestantes con ningún CPN (factor obstétrico) con $P = 0.029$ y $OR = 2.10$ y por último el embarazo múltiple (factor fetal) con $P = 0.683$ $OR = 1.182$.

7. No todos los factores de riesgos maternos, obstétricos/gestacionales, útero placentario y fetal tienen la misma significancia estadística en comparación a otros estudios realizados en relación al tiempo y lugar de investigación.

10.2 RECOMENDACIONES

- Forzar en el manejo de la gestante con inadecuado y ningún control prenatal, así como en las gestantes con Preeclampsia severa, y aquellas con ruptura prematura de membranas.
- Dar conocimiento al centro hospitalario del estudio, de cuales fueron los resultados de la investigación, para la posterior toma de mayores medidas preventivas en el sector obstétrico.
- Motivar a realizar mayores estudios de investigación de aquellos posibles factores de riesgo que se asocian al parto pretérmino con metodología de Caso y Control en diferentes centros hospitalarios de la región, con el objetivo de poder realizar posteriormente un análisis de casuística del problema en la región y establecimientos de salud que cuenten con atención obstétrica cuales son aquellos factores que se determinaron como riesgo en la gestante.
Realizar estudios de investigación
- Las estrategias dirigidas a disminuir la prematuridad como promoción de salud, tienen que encarar con énfasis los aspectos e importancias del adecuado control prenatal hacia las gestantes.
- Considerar en el control prenatal; con enfoque de riesgo que permita la identificación y control de las gestantes más susceptibles a estos factores.
- Se sugiere realización de futuros trabajos de investigación en el que ahonden sobre aquellos factores que tuvieron elevada representatividad y significancia de riesgo como en muchos estudios de referencia.
- Priorizar la vigilancia y no solo a la prematuridad, si no a los factores de riesgo que la condicionan.

- Fortalecer el componente educativo del Programa De Salud Reproductiva, en relación a identificar los factores de riesgo de la prematuridad y otras complicaciones prevalentes.
- Capacitación periódica en atención materna perinatal al personal de salud de los establecimientos periféricos, para poder identificar precozmente los factores de riesgo de parto pretérmino y así derivar oportunamente a establecimientos de mayor complejidad.
- Mejorar la calidad de los registros de las Historias Clínicas Perinatales del Departamento De Gineco-Obstetricia (Red de Información Perinatal) del Hospital Regional de Loreto.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. JARAMILLO PRADO, Jhon. Factores asociados con parto pretérmino en el tercer nivel de atención en salud en Manizales. Julio 2009 - Junio 2010. RevColombObstetGinecol vol.57 no.2 Bogotá June 2010. ISSN 0034-7434.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342006000200002&script=sci_arttext&tlng=es
2. MEZA MARTINEZ, Jessica. Factores maternos relacionados con el parto pretérmino y su repercusión en el neonato: Hospital Nacional Hipólito Unanue: 2002 -2006. *Rev Per ObstEnf.*, jul./dic. 2007, vol.3, no.2, p.115-125. ISSN 1816-7713.
http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S1816-77132007000200007&lng=es
3. PACHECO ROMERO, J. Ginecología, Obstetricia y Reproducción; 2º edición, Revistas Especializadas Peruanas SAC (REP SAC), Lima Perú 2007. Pags. 1244 – 1267.
4. SANDOVAL LIZARRA C. Parto Prematuro: Factores De Riesgo En El Hospital Regional De Loreto Para El Año 1995. Tesis Para Optar El Grado De Médico Cirujano; Facultad De Medicina Humana; Universidad Nacional De La Amazonía Peruana. 1995.
5. GUTIERREZ CRISTOBAL V. Factores Maternos Asociados A Parto Pretérmino Y Hallazgos En El Neonato En El Hospital Regional De Loreto; 2007. Tesis Para Optar El Grado De Médico Cirujano, Facultad De Medicina Humana, Universidad Nacional De La Amazonía Peruana.2007.

-
6. GOLDENBERG RL. The management of preterm labor. *ObstetGynecol* 2002; 100:1020-37 .[online]
<http://www.geosalud.com/embarazo/embarazopretermino.htm>
 7. WILFREDO VILLAMONTE, Nelly Lam. [Factores de Riesgo del Parto Pretérmino](#). Instituto Materno Perinatal. *Ginecología y Obstetricia*. Vol. 47. N°2. Abril 2001. Lima – Perú. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_47n2/fact_riesgparto.htm
 8. CUNINGHAM, Gary; GANT, Norman. “Williams Obstetricia”. 21ª Edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 2002. p. 592.
 9. ALVARADO, Juan C. “Manual de Obstetricia.” Editorial Apuntes Médicos del Perú. 1998. p. 241-245.
 10. NORMA RIVA (2004). Factores de Riesgo para Parto Pretermino Espontaneo en Gestante Adolescentes del Hospital Apoyo N° 2 Yarinacocha – Pucallpa.
www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2004.
 11. EDITORIAL (2001). El Parto de Pretérmino como Problema de Salud Pública. *PerinatolReprodHum*; Vol 15: N° 2; Abril – Junio 2001; 113 – 114.
www.inper.edu.mx/revista/pdf/Pr012-01e.pdf
 12. STACY BECK, DANIEL WOJDYLA, LALE SAY. Incidencia Mundial de Parto Prematuro: Revisión Sistemática de la Morbilidad y Mortalidad Maternas www.who.int/bulletin/volumes
 13. WILFREDO VILLAMONTE, Nelly Lam. [Factores de Riesgo del Parto Pretérmino](#). Instituto Materno Perinatal. *Ginecología y Obstetricia*. Vol. 47.

Nº2. Abril 2001. Lima – Perú. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_47n2/fact_riesgparto.htm

14. CALDERÓN GUILLEN, Juvenal. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. Instituto Mexicano del Seguro Social. RevMed IMSS 2005; 43 (4): 339-342. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-imss/e-im2005/e-im05-4/em-im054i.htm>
15. Op cit 3(2004).
16. WILFREDO VILLAMONTE, Nelly Lam. [Factores de Riesgo del Parto Pretérmino](#). Instituto Materno Perinatal. Ginecología y Obstetricia. Vol. 47. Nº2. Abril 2001. Lima – Perú. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_47n2/fact_riesgparto.htm
17. OLIVEROS M. el recién nacido de bajo peso en el Perú. En medicina fetal: novedades del concebido; boletín informativo de la sociedad peruana de medicina fetal. Edición nº 3, 2003:3.
18. RIVAS REÁTEGUI N. factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes del hospital de apoyo nº 2 de Pucallpa 2004. Tesis para optar el título de especialista en Gineco obstetricia. Facultad de medicina humana. Universidad nacional mayor de san marcos. Perú. 2004.
19. OLIVEROS M. el recién nacido de muy bajo peso en el Perú. Proyecto COSISE, 2001. Rev. peruana ped. 2002;55(2):60-2.

-
- 20.** FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (FIGO). Trabajo de Parto Prematuro (TPP) y Prematurez. www.biblioteca.vitanet.cl/colecciones.
- 21.** Op cit. SANDOVAL LIZARRA C.
- 22.** MEZA, Graciela. “El prematuro: Situación en la región Loreto y en el Perú” para el curso: Avances en neonatología y cirugía neonatal. Iquitos, Perú. 2006. Disponible en:
http://74.125.93.132/search?q=cache:VPYOUuNalx0J:www.cmploreto.com/n eo2007_archivos/1meza.ppt+el+prematuro.+situacion.
- 23.** VELA R. (2000). Factores asociados a prematuridad en el Hospital Apoyo Iquitos. Tesis para titulado profesional. www.unapiquitos.edu.pe/links/medicina/archivos/Tesis
- 24.** LAULATE B. (2003). Parto Pretermino: Factores Asociados para su Ocurrencia y Resultado Neonatal en el Hospital Apoyo Iquitos. www.unapiquitos.edu.pe/links/medicina/archivos/Tesis
- 25.** Op cit 1(2004).
- 26.** LOPEZ ORELLANA, Paulina. “Enfoque preventivo del Parto Pretérmino.” Universidad de Valparaíso. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería y Obstetricia. [online]
<<http://www.uv.cl/enfermeriayobstetricia/obs/publicaciones/PARTO%20DE%20PRETERMINO%202005.pdf>>
- 27.** Op Cit. ALVARADO, Juan C.

-
- 28.** AZA SANTAMARIA, Luis. Comparación de la morbilidad neonatal del pretermino nacido por parto abdominal y vaginal en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Tesis Digitales U.N.M.S.M. Lima – Perú. [online]: Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibVirtualData/Tesis/Salud/sacramento_rh/cap8.pdf
- 29.** TESIS DE TITULADO DE LA UNIVERSIDAD DE MEDICINA CUBANA. Factores Asociado al Parto Pretermino.
www.forumestudiantil.sld.cu.
- 30.** Op cit 3(2004).
- 31.** Salud de la Mujer. “La edad y el estrés aumenta el riesgo de parto pretermino”. Boletín 2007.
http://www.correofarmaceutico.com/edicion/correo_farmaceutico/saludmujer/es/desarrollo/1049037.html
- 32.** Op cit. WILFREDO V. (2001)
- 33.** MANRIQUE, Riscarle, RIVERO, Airlen, ORTUNIO, Magaly *et al.* Parto pretérmino en adolescentes. *Rev Obstet Ginecol Venez.* [online]. sep. 2008, vol.68, no.3 [citado 15 Marzo 2010], p.141-143. Disponible en la World Wide Web:
<http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322008000300002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0048-7732.
- 34.** Op cit. VELA R. (2000)
- 35.** Op cit. LAULATE B. (2003).

-
- 36.** GUTIERREZ V. (2007). Factores Maternos asociados a Parto Prematuro y Hallazgos en el Neonato en el Hospital Regional de Loreto.
www.unapiquitos.edu.pe/links/medicina/archivos/Tesis
- 37.** FAINET, Pedro. ALVAREZ, Norma. RESPILLOZA, Marina. Factores epidemiológicos del parto prematuro. Rev. Obstet. Ginecol. Venezuela; 55 (2): 71 – 6, 1995, disponible en:
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILAC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=234611&indexSearch=ID>
- 38.** ARANGO M.D. Maria del Pilar. Factores de riesgo para Parto Pretérmino en el Departamento de Caldas entre el 2003 – 2006. Archivos de Medicina.Colombia. Volumen 8N°1, Junio de 2008. Pags 22-29. Online, disponible en:
<http://www.umanizales.edu.co/programs/medicina/publicaciones/Revista%20Medicina/Dieciseis/5-factores%20de%20riesgo%20para%20parto%20pretermino.pdf>
- 39.** Op cit. SANDOVAL LIZARRA C.
- 40.** Op cit. LAULATE B. (2003).
- 41.** Op cit. VELA R. (2000)
- 42.** Op cit GUTIERREZ V. (2007).

-
- 43.** MALLOL V, Javier et al. Prevalencia de tabaquismo durante el embarazo en mujeres chilenas de bajo nivel socioeconómico. *Rev. chil. enferm. respir.* [online]. 2007, vol.23, n.1 [citado 2010-03-16], pp. 17-22 . Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482007000100003/htm
- 44.** Op cit. ARANGO M. (2008).
- 45.** Op cit. VELA R. (2000)
- 46.** LICEA PUIG, Manuel. “Salud reproductiva y diabetes. Nefropatía diabética y su efecto sobre el embarazo”. *Rev. Cubana Endocrinología* 2000; 11(2):121-34 Instituto Nacional de Endocrinología. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/end/vol11_2_00/end08200.htm
- 47.** GÓMEZ JIMÉNEZ, Jorge. ARIAS, Luis. “Enfermedades glomerulares durante la gestación. Serie de casos y revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol. 59 N° 4 * 2008 * (343 – 348). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v59n4/v59n4a11.pdf>
- 48.** PENA-MARTI, Guiomar, BARBATO, Jennifer, BETANCOURT, Chuymar *et al.* Asociación entre prematuridad y embarazadas en edad avanzada. *Rev Obstet Ginecol Venez*, ene. 2007, vol.67, no.1, p.15-22. ISSN 0048-7732.
- 49.** REYES MASGO, Isabel. Factores de riesgo de parto pretermino. Tesis U.N.M.S.M. Lima – Perú. 2004. Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2004/reyes_mi/pdf/reyes_mi-TH.7.pdf

50. Op cit. VELA R. (2000)

51. COLEGIO MEXICANO DE ESPECIALISTAS EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (COMEGO); Diagnóstico Y Manejo Del Parto Pretérmino; Guía De Practica Clínica; GinecolObstetMex 2009;77(5):S129-S154. [online] <<http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/2009/mayo/Femego%205.10%20GUIAS.pdf>> [Citado el 5 de setiembre del 2009]

52. ALTHABE, F; El Parto Pretérmino: Detección De Riesgos Y Tratamientos Preventivos; RevPanam Salud Publica/Pan Am J PublicHealth5(6), 1999. [online]. <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v5n6/v5n6a1.pdf>> [citado el 08 de setiembre 2009].

53. VILLANUEVA EGAN, L. et al. Perfil epidemiológico del parto prematuro; GinecolObstetMex 2008;76(9):542-8. [online] <<http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/2008/septiembre2008/Ginecol-542-8.pdf>> [citado el 15 agosto del 2009]

54. RIVAS REÁTEGUI N. factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes del hospital de apoyo n° 2 de Pucallpa 2004. Tesis para optar el título de especialista en Gineco obstetricia. Facultad de medicina humana. Universidad nacional mayor de san marcos. Perú. 2004.

55. Op cit GUTIERREZ V. (2007).

56. DONOSO E. Retardo del Crecimiento Intrauterino. RevLatinPerinatol 1993; 13 (4): 151 – 162.

57. GRANDI, Carlos A. Relación entre la antropometría materna y la ganancia de peso gestacional con el peso de nacimiento, y riesgos de peso bajo al nacer,

pequeño para la edad gestacional y prematuridad en una población urbana de Buenos Aires. *ALAN*, dic. 2003, vol.53, no.4, p.369-375. ISSN 0004-0622.

58. Op cit GUTIERREZ V. (2007).

59. YAÑEZ MONA, Inés. “perfiles epidemiológicos de la madre materna en relación con recién nacido prematuro en el Hospital Ginecoobstétrico Isidro Ayora de Quito”. *Rev. Ecuatoriana de pediatría*. 1995. P. 12-16.

60. IRIARTE, ET AL, Factores De Riesgo Para Parto Pretérmino En El Hospital San Juan De Dios, Bolivia, en el año 2006; *Rev. Clin. Bol.* 2006; vol 2; 6:del 5-18

61. Op cit. VELA R. (2000)

62. Op cit. LAULATE B. (2003).

63. Op cit GUTIERREZ V. (2007).

64. MARDONES S, Francisco et al. Anemia en las embarazadas de la comuna de Puente Alto, Chile. *Rev. méd. Chile* [online]. 2003, vol.131, n.5 [citado 2010-03-17], pp. 520-525 . Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000500007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0034-9887. doi: 10.4067/S0034-98872003000500007.

65. ROBAINA CASTELLANOS, G; Et al. Análisis Multivariado De Factores De Riesgo De Prematuridad En Matanzas. *Rev Cubana ObstetGinecol* 2001;27(1):62-9.
[online]<http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol27_1_01/gin11101.pdf> [citado el 2 de setiembre del 2009].

66. Op cit. VELA R. (2000)

67. Op cit. LAULATE B. (2003).

68. Op cit GUTIERREZ V. (2007).

69. RIVERA-OCHOA; V. et al. Prevalencia De ChlamidiaTrachomatis En Pacientes Con

70. Amenaza De Parto Prematuro. *RevMedPost UNAH* Vol. 6 No. 2 Mayo Agosto, 2001[online] <<http://www.bvs.hn/RMP/pdf/2001/pdf/Vol6-2-2001-6.pdf>> [citado 25 set del 2009].

71. FANEITE, Pedro, GOMEZ, Ramón, MARISELA, Guninad *et al.* Amenaza de parto prematuro e infección urinaria.*RevObstetGinecolVenez*, mar. 2006, vol.66, no.1, p.1-6. ISSN 0048-7732.

72. Op cit Calderón G. (2005).

73. Op cit. VELA R. (2000)

74. Op cit. LAULATE B. (2003).

75. Op cit GUTIERREZ V. (2007).

76. SALVIZ SALHUANA, Manuel, CORDERO MUNOZ, Luis y SAONA UGARTE, Pedro. Pre-eclampsia: Factores de riesgo. Estudio en el Hospital Nacional Cayetano Heredia.*RevMedHered*, ene. 1996, vol.7, no.1, p.24-31. ISSN 1018-130X.

-
- 77.** CARRILLO C, E. y WONG, A. Factores asociados al embarazo pretérmino a nivel del mar y la altura. Acta Andina. 1994; 3 (1): 19 – 28. Lima – Perú.
Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/Acta_Andina/v03_n1/embarzo.htm
- 78.** Op cit. FAINET, P (1995).
- 79.** CASTILLA, Fernando. MONTOYA, Alcira. FERNÁNDEZ, Américo. Desprendimiento prematuro de placenta. Ginecología y Obstetricia. Vol. 43 N°2 Agosto 1997. Lima – Perú. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_43n2/desprendimiento.htm
- 80.** DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA (2005). Rotura Prematura de Membrana.
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo>.
- 81.** GOLDSTEIN SANDOVAL, Bernardo y ZAGLUI MATTA, Carmen. Análisis de los factores de riesgo de prematuridad en el Hospital Calderón Guardia de enero a agosto 2001. *Rev. costarric. salud pública*, mar. 2003, vol.12, no.21, p.23-30. ISSN 1409-1429.