

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA**



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**“Rafael Donayre Rojas”**



**TITULO**

**“FACTORES ASOCIADOS A PARTO PREMATURO EN EL HOSPITAL II-2 DE TARAPOTO,  
Julio 2014 a Junio 2015”**

**Tesis para optar:  
TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**Presentado por el Bachiller de Medicina Humana:**

**ABDIEL ESTANISLAO, AREVALO SAAVEDRA**

**Asesor:**

**Dr. JESUS, MAGALLANES CASTILLA**

**REGIÓN LORETO**

**Iquitos - Perú**

**2016**

## INDICE DEL CONTENIDO

Índice del contenido	ii
Índice de tablas	iii
Dedicatoria	iv
Reconocimiento	v
Resumen	vi
Capítulo I	
1. Introducción	2
2. Planteamiento del Problema	4
3. Objetivos	5
Capítulo II	
4. Marco Teórico	7
5. Hipótesis	18
6. Variables	19
7. Operacionalización de variables	20
Capítulo III	
8. Metodología	23
8.1 Tipo y Diseño de investigación	23
8.2 Población y Muestra	23
8.3 Técnicas e Instrumentos	25
8.4 Procedimiento de Recolección de Datos	25
8.5 Análisis e Interpretación de datos	26
8.6 Protección de los Derechos humanos	26
Capítulo IV	
9. Resultados	28
10. Discusión	41
11. Conclusiones	44
12. Recomendaciones	46
Capítulo V	
13. Referencias Bibliográficas	48
14. Anexos	51

## Índice de Tablas

Tabla N° 1	Distribución según edad de las madres con parto prematuro	28
Tabla N° 2	Distribución según procedencia de las madres con parto prematuro	28
Tabla N° 3	Distribución según estado civil de las madres con parto prematuro	29
Tabla N° 4	Distribución según nivel de instrucción de las madres con parto prematuro	29
Tabla N° 5	Distribución según N° de gestaciones de las madres con parto prematuro	29
Tabla N° 6	Distribución según N° de abortos de las madres con parto prematuro	30
Tabla N° 7	Paridad de las madres con parto prematuro	30
Tabla N° 8	Número de controles prenatales de las madres con parto prematuro	30
Tabla N° 9	Periodo intergenésico y antecedente de gestación previa de las madres con parto prematuro	31
Tabla N° 10	Antecedentes obstétricos de las madres con parto prematuro	31
Tabla N° 11	Morbilidad de las madres con parto prematuro	32
Tabla N° 12	Edad y N° de gestaciones de las madres con parto prematuro	32
Tabla N° 13	Edad y Aborto de las madres con parto prematuro	33
Tabla N° 14	Edad y Paridad de las madres con parto prematuro	33
Tabla N° 15	Estado civil y Paridad de las madres con parto prematuro	34
Tabla N° 16	Edad y antecedente de hijo de las madres con parto prematuro	34
Tabla N° 17	Edad y morbilidad de las madres con parto prematuro	35
Tabla N° 18	Edad y Tipo de morbilidad de las madres con parto prematuro	35
Tabla N° 19	Relación entre la Edad y Tipo de morbilidad de las madres con parto prematuro	36
Tabla N° 20	Relación entre la Edad de la madre y parto prematuro	36
Tabla N° 21	Relación entre el Estado Civil de la madre y parto prematuro	37
Tabla N° 22	Relación entre la Procedencia de la madre y parto prematuro	37
Tabla N° 23	Relación entre el Nivel de instrucción de la madre y parto prematuro	38
Tabla N° 24	Relación entre el Antecedente de prematuridad de la madre y parto prematuro	38
Tabla N° 25	Relación entre la Paridad de la madre y parto prematuro	38
Tabla N° 26	Relación entre el Control prenatal de la madre y parto prematuro	39
Tabla N° 27	Relación entre la Morbilidad de la madre y parto prematuro	39
Tabla N° 28	Relación entre el tipo de morbilidad de la madre y parto prematuro	40

## **DEDICATORIA**

A Dios Todopoderoso por ser mi luz, mi guía, mi inspiración y haberme dado la fortaleza necesaria para culminar con éxito mi carrera.

A mis Padres Abdiel y Luana por todo lo que me han brindado en la vida con su ejemplo, su paciencia, su amor, su apoyo incondicional y por estar siempre conmigo en los momentos difíciles.

A mis hermanos y hermanas por su comprensión, su confianza y su apoyo permanente en toda mi etapa universitaria.

A todos mis tíos y primos que siguieron de cerca mi carrera y que me brindaron su apoyo.

## RECONOCIMIENTO

A mi Asesor el Dr. Jesús Magallanes Castilla quien me brindó su apoyo, experiencia y orientación para realizar este trabajo y sobre todo por haber contribuido en mi formación profesional.

A mis Maestros por sus conocimientos y sabiduría inculcados en todos mis años de estudio, por compartir sus experiencias y consejos.

A mis Compañeros que siempre me brindaron su apoyo y por haber compartido todo este tiempo hermoso conmigo.

## RESUMEN

### Factores asociados a parto prematuro en el Hospital II – 2 de Tarapoto, Julio 2014 a Junio 2015 Bach. Abdiel Arévalo Saavedra.

#### Introducción

El parto prematuro es la principal causa de mortalidad neonatal y morbilidad neurológica a corto y largo plazos, la identificación oportuna de los factores que lo condicionan es una medida preventiva para un manejo adecuado, el presente estudio tiene el propósito de identificar los factores maternos que inciden en la presencia de partos prematuros.

#### Objetivo

Determinar los factores asociados a parto prematuro en el Hospital II – 2 de Tarapoto – San Martín, entre julio 2014 a junio 2015.

#### Metodología

El presente estudio es de tipo cuantitativo de diseño analítico de caso control, de una población de 240 partos prematuros se calculó una muestra de 148 gestantes (caso) y 296 gestantes (control) que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, recogiendo información de las historias clínicas.

#### Resultados

Las madres que presentaron con mayor frecuencia partos prematuros fueron entre 20 a 34 años (65.5%), proceden de la zona urbano marginal (44.6%), son convivientes (54.0%) y de nivel de instrucción secundaria (48.7%).

Las madres con partos prematuros presentan 2 gestaciones (39.2%), ningún aborto (67.6%), son multíparas (61.5%), tienen menos de 6 controles pre natales (62.2%); el 63.4% tienen periodo intergenésico > 2 años, el 25.0% tienen antecedente de prematuridad.

El 89.2% han presentado morbilidad durante el embarazo; las principales morbilidades registradas fueron infección del tracto urinario (64.9%), vulvovaginitis (48.6%), anemia (23.6%), hipertensión inducida del embarazo (21.6%), pre eclampsia (13.5%), y ruptura prematura de membrana (12.2%).

Las madres que presentan edades menores de 20 años (OR 2.30) y mayores de 34 años (OR 1.40) tuvieron mayor riesgo, pero no fue significativa ( $p=0.375$ ); las que presentan de 20 a 34 años tienen un OR protectorio (0.51).

Las madres casadas (OR 1.72) y convivientes (OR 1.03) tuvieron mayor riesgo, pero no fue significativa ( $p=0.128$ ); las madres solteras tienen un OR protectorio (0.59).

Las madres que proceden de la zona rural tienen (OR 2.01) y zona urbanomarginal (OR 2.46) tuvieron mayor riesgo, no fue significativa ( $p=0.386$ ); las que proceden de la zona urbana tienen un OR protectorio (0.32).

Las madres con nivel de instrucción primaria tienen (OR 4.58), técnica (OR 1.04) y superior (OR 1.11), tuvieron mayor riesgo, no fue significativa ( $p=0.264$ ); las de nivel secundaria tienen un OR protectorio (0.56).

Las madres con antecedente de prematuridad tienen (OR 4.86), tuvieron mayor riesgo, no fue significativa ( $p=0.569$ ); las que no presentan antecedente de prematuridad tienen un OR protectorio (0.21).

Las madres multíparas tienen (OR 1.03) y gran multíparas (OR 1.00) tuvieron mayor riesgo, no fue significativa ( $p=0.142$ ); las primíparas tienen un OR protectorio (0.97).

Las madres con menos de 6 controles prenatales tuvieron un OR de 2.16 ( $p=0.302$ ) para presentar parto prematuro; las que tienen 6 a más controles tienen un OR protectorio (0.46).

Las madres con morbilidad asociada tuvieron un OR de 1.52 ( $p=0.302$ ) para presentar parto prematuro; las madres sin morbilidad asociada tienen un OR protectorio (0.66).

Las madres con infección urinaria (OR 1.70;  $p=0.135$ ), vulvovaginitis (OR 1.18;  $p=0.139$ ), anemia (OR 4.10;  $p=0.586$ ), hipertensión inducida del embarazo (OR 4.77;  $p=0.590$ ), tuvieron mayor riesgo de parto prematuro; pre eclampsia (OR 0.56;  $p=0.205$ ), ruptura prematura de membrana (OR 0.39;  $p=0.059$ ) y eclampsia (OR 0.43;  $p=0.183$ ) tienen OR protectivos respectivamente.

#### Conclusiones

Los antecedentes obstétricos y morbilidad durante el embarazo condicionan la presencia de parto prematuro.

**Palabras claves:** Parto prematuro, Factores maternos, Tarapoto.

## CAPITULO I

## 1. INTRODUCCION

El neonato pretérmino representa la primera causa de mortalidad perinatal y la primera causa de ingreso a la terapia intensiva neonatal. Representa, aproximadamente el 12% de todos los nacimientos. Existen complicaciones del periodo neonatal inmediato y secuelas a largo plazo con predilección del sistema nervioso central. No se conoce la causa del fenómeno desencadenante del parto prematuro (PP) espontáneo, por consiguiente, las medidas terapéuticas no han dado los resultados esperados, por lo que su frecuencia no ha disminuido. Parece ser que solamente las medidas preventivas, la identificación de algunos factores de riesgo, y algunas mediciones de laboratorio y gabinete permitirán iniciar tratamientos o tomar medidas en edades tempranas del embarazo y, probablemente, disminuir las complicaciones, las secuelas y la mortalidad<sup>1</sup>.

El parto prematuro es considerado cuando el nacimiento ocurre entre las 20.1 y 36.6 semanas de gestación (SDG) y esto acontece, aproximadamente en el 12.7% de todos los nacimientos. A pesar de las investigaciones en este campo, la frecuencia parece haberse incrementado en las dos últimas décadas. Son tres factores los principales responsables de este aumento en la frecuencia de parto prematuro: 1) dramático incremento en los embarazos múltiples, como consecuencia de las técnicas de fertilización asistida, 2) cambios en la conducta obstétrica entre las 34 y 36 SDG y 3) aumento en las intervenciones obstétricas a edades tempranas de la gestación<sup>2</sup>.

El parto prematuro es la causa principal de morbilidad y mortalidad perinatal en recién nacidos sin malformaciones congénitas. La sobrevida neonatal es críticamente dependiente de la madurez del neonato y aumenta progresivamente con la edad gestacional. Cada día impacta críticamente sobre la madurez, aun en semanas de gestación en donde la sobrevida podría estar asegurada<sup>3</sup>.

Existe un aumento de la tasa de prematuridad en los países desarrollados, que refleja no solo el aumento de la tasa de incidencia, sino también los cambios en la práctica asistencial a estos neonatos, con avances de los cuidados obstétricos y neonatales, que permite la supervivencia de neonatos cada vez más inmaduros. Desde el punto de vista estadístico hay que tener en cuenta la limitación de la clasificación tradicional en aborto, muerte fetal y muerte neonatal precoz y de las diferentes legislaciones nacionales, que establecen límites



de obligatoriedad de registro, con edad gestacional (EG) descendente a tenor de las supervivencias conseguidas<sup>4</sup>.

El parto prematuro es el problema clínico patológico más importante que enfrenta la reproducción contemporánea. Se ha constituido en un verdadero reto para la medicina moderna, obstetricia, pediatría y medicina perinatal.

El neonato pretérmino es la causa número uno de morbilidad y mortalidad en el mundo. Su frecuencia se ha mantenido estable con ligera tendencia a incrementarse, el no conocer la etiología de los partos prematuros espontáneos ha ocasionado que el diagnóstico y el tratamiento sean difíciles de establecer.

La tasa de nacimientos prematuros es un indicador de las condiciones de salud de una población, y se relaciona con el nivel socioeconómico, la salud materna, el acceso oportuno a los servicios de salud adecuados, la calidad en la atención y las políticas públicas en materia de salud materna y perinatal. Además, es un reflejo claro de las circunstancias de vida, el estatus social y la importancia que para el Estado tiene la salud de sus ciudadanos.

El parto prematuro indicado ocurre por interrupción obligada de la gestación ante enfermedad materna, fetal u ovular que ponen en riesgo la salud del binomio madre-niño. En estos casos los datos clínicos maternos y de laboratorio suelen ser suficientes para diagnosticar el factor de riesgo, ya que las lesiones placentarias habitualmente inespecíficas y comunes a varias enfermedades maternas y placentarias, tienen limitado aporte al diagnóstico.

El presente estudio fue realizado en el Hospital II-2 de Tarapoto (Hospital de Mediana Complejidad, recategorizado en Nivel de Atención II-2, según Resolución Directoral N° 168-DG-DIRES/SM-09) y tiene el propósito de conocer los factores asociados a parto prematuro a través de las características sociodemográficas, obstétricas y presencia de morbilidad de la madre, que dan como consecuencia a un recién nacido prematuro; los resultados permitirán que la institución a través de sus profesionales que realizan el control prenatal reconozcan oportunamente en la madre los factores que influyen en la presencia de parto prematuro y establezcan estrategias de atención preventivo promocional y educacionales para mejorar la calidad de atención.

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

¿Cuáles son los factores asociados a parto prematuro en el Hospital II – 2 de Tarapoto, Julio 2014 a Junio 2015?

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

- Determinar los factores asociados a parto prematuro en el Hospital II – 2 de Tarapoto, entre Julio 2014 a Junio 2015.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar las características sociodemográficas de las gestantes con parto prematuro como: edad, procedencia, nivel de instrucción, estado civil.
- Identificar las características obstétricas de las gestantes con parto prematuro como: edad gestacional, paridad, control prenatal, periodo intergenésico, antecedente de hijo prematuro, retardo del crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer.
- Identificar la morbilidad asociada durante el embarazo de la madre con parto prematuro.
- Relacionar las características sociodemográficas de la gestante con la presencia de parto prematuro.
- Relacionar las características obstétricas de la gestante con la presencia de parto prematuro.
- Relacionar la morbilidad asociada durante el embarazo con la presencia de parto prematuro.

## **CAPITULO II**

## 4 MARCO TEÓRICO

### 4.1 Definiciones

El término pretérmino no implica valoración de madurez, como lo hace prematuro, aunque en la práctica ambos términos se usan indistintamente. Un recién nacido prematuro es aquel que nace antes de completar la semana 37 de gestación<sup>11</sup>, siendo la gestación una variable fisiológica fijada en 280 días, más menos 15 días.

La OMS ha clasificado a los niños prematuros de acuerdo con su edad gestacional en<sup>12</sup>:

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

En los Estados Unidos y Latinoamérica se usa una clasificación según el peso y las definiciones son las siguientes:<sup>12</sup>

- a) Peso bajo: menor de 2.500 g independientemente de la edad gestacional.
- b) Peso muy bajo al nacimiento: menor de 1.500 g.
- c) Peso extremadamente bajo: menor de 1.000 g.

### 4.2 Epidemiología

Los países desarrollados del mundo duplicaron la tasa promedio de nacimientos prematuros al 6% desde 1995, pese a los esfuerzos por reducir el fenómeno; en los últimos dos años los nacimientos prematuros han aumentado considerablemente a nivel mundial, 15 millones de los 135 millones de bebés que nacieron en el 2010 lo hicieron prematuramente, y 1,1 millón murió, según el reporte "Born Too Soon" (Nacer Muy Pronto), que fue compilado como parte de la iniciativa de Naciones Unidas "Cada Mujer, cada Niño", y la prematuridad se ha convertido en un grave problema de salud, debido a que es la primera causa de muerte neonatal y la segunda en menores de 5 años<sup>13,14</sup>.

La OMS reporta en su boletín del 2010 que la tasa de prematuros en el Perú es de 7.3 a comparación del 9.2 Brasil, 9.0 Bolivia, 8.8 de Colombia, 8.1 Venezuela, 8.0 Argentina 7.8 Paraguay, 7.3 México, 7.1 Chile, 6.4 Cuba, Ecuador 5.1 <sup>15</sup>.

Solo en el Perú mueren al año alrededor de 12,400 recién nacidos prematuros y cerca de un millón a nivel mundial no logran sobrevivir, según cifras de la OMS <sup>13</sup>.

En la Maternidad de Lima se registran 1,600 partos prematuros anualmente, cifra que se ha mantenido estable en los últimos 5 años. Para esta institución, los nacimientos prematuros representan el 9% de sus partos totales, población que requiere de atención más especializada y de estancias hospitalarias más prolongadas <sup>16</sup>.

En el Perú, la incidencia de parto prematuro 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 prematuro aumenta significativamente, hasta un 14 – 16%; conjuntamente con las tasas de morbilidad infantil y materna.<sup>33</sup> En la región Loreto se ha encontrado una prevalencia de 7.2% para 1995<sup>34</sup> y de 7.9% para el 2008<sup>35</sup>.

Los partos prematuros representan casi la mitad de las muertes de recién nacidos a nivel global, lo que los convierte en la segunda causa de muerte en niños menores de 5 años, luego de la neumonía <sup>13</sup>.

### **4.3 Etiología**

Aunque estos procesos ocurren a menudo, simultáneamente cada uno tiene una característica única bioquímica y biofísica con manifestaciones variables temporales y distintos perfiles epidemiológicos. Sin considerar el evento disparador, estos procesos convergen en una vía biológica final común caracterizada por la degradación de la membrana de la matriz extracelular cervical y fetal; la activación miometrial, originando contracciones uterinas que aumentarán en intensidad y frecuencia ocasionando cambios cervicales con o sin RPM<sup>17-19</sup>.

Experiencias clínicas y experimentales ligan a la mayoría de los partos prematuros a cuatro procesos patológicos distintos:

- a) Activación del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal materno o fetal.
- b) Inflamación decidual y amniocoriónica.
- c) Hemorragia decidual.
- d) Distensión uterina patológica (embarazos múltiples y polihidramnios).

La mayor parte de los prematuros son nacidos tras la presentación de un parto prematuro espontáneo o nacido tras amniorrexis prematura (>50%). La presencia de infección clínica o subclínica es sospechada, aunque el tratamiento antibacteriano no es eficaz en el parto prematuro espontáneo. Por el contrario su uso en la amniorrexis prematura, consigue prolongar el embarazo, disminuir la tasa de corioamnionitis y mejorar los resultados neonatales <sup>20</sup>. Otros factores asociados son la existencia de partos prematuros previos, la situación socioeconómica desfavorable de la madre y el tabaquismo materno. La gestación múltiple espontánea o inducida, aumenta las tasas de prematuridad y representan aproximadamente una cuarta parte de los pretérminos. La incidencia de gemelos y tripletes se multiplicó en los primeros años de desarrollo de las técnicas de reproducción asistida. Más del 50% de los gemelos y casi la totalidad de los tripletes y múltiples, son recién nacidos pretérminos.

Las complicaciones maternas y fetales son la causa del 15 y el 25% de los pretérmino. El mayor porcentaje viene representado por la hipertensión materna y la desnutrición intrauterina, seguidas por el polihidramnios. La prematuridad es obstétricamente inducida en determinadas patologías fetales como la fetopatía diabética, el hidrops fetal etc.

#### **4.4 Factores de riesgo**

La identificación de factores de riesgo para nacimientos pretérmino, antes de la concepción o tempranamente en el embarazo, idealmente conduciría a intervenciones que podrían ayudar a prevenir esta complicación. Sin embargo, esta meta ha sido difícil de conseguir, por varias razones:

- Un número importante de nacimientos pretérmino ocurre en mujeres sin ningún factor de riesgo.

- Algunas complicaciones obstétricas que terminan en parto prematuro requieren de cofactores para ejercer sus efectos, haciendo que la cadena de causalidad sea difícil de documentar.
- No existe un adecuado modelo animal para estudiar el parto prematuro.

Sin embargo, antecedente de un nacimiento pretérmino es el factor de riesgo más poderoso para futuros nacimientos pretérminos <sup>21</sup>.

Factores de riesgo identificados:

- Antecedentes: nacimientos pretérminos previos, pérdidas gestacionales en el segundo trimestre, aborto habitual, anomalías uterinas, colonización del cérvix.
- Anteparto: gemelos, triples (50 y 90% posibilidad de parto prematuro, respectivamente), ruptura prematura de membranas, polihidramnios, hemorragia anteparto, cirugía intraabdominal infección del tracto urinario, infección materna severa, trauma físico-emocional<sup>1</sup>.

#### 4.5 Diagnóstico

Los signos y síntomas tempranos de parto prematuro incluyen: dolor lumbar bajo y constante, contracciones uterinas de intensidad leve a intervalos irregulares y flujo hemático. Sin embargo, estos signos y síntomas no son específicos y frecuentemente, se presentan en mujeres conforme el embarazo llega al término<sup>17</sup>.

El diagnóstico de parto prematuro teóricamente es simple, pues consiste en identificar la presencia de contracciones uterinas de suficiente intensidad y frecuencia para producir progresivamente borramiento y dilatación del cérvix entre las 20 y 37 SDG <sup>23</sup>. Inicialmente, se desarrollaron criterios específicos para seleccionar mujeres con parto prematuro e incluyeron contracciones uterinas persistentes (4 cada 20 minutos u 8 cada 60 minutos, documentando los cambios cervicales o borramiento cervical del 80 % o dilatación cervical mayor de 2 cm). Esta sola presencia de contracciones uterinas como criterio diagnóstico ha traído como consecuencia que el parto prematuro sea la causa más frecuente de hospitalizaciones en la mujer embarazada. Sin embargo, el identificar a las mujeres con contracciones uterinas prematuras que originen un nacimiento pre



término es un proceso inexacto. En una revisión sistemática, aproximadamente el 30% de los partos prematuros se resolvieron espontáneamente. Varios investigadores han tratado, no obstante, ninguno ha sido capaz de identificar el umbral de la intensidad de contracciones uterinas que efectivamente identifique a las mujeres que van a parir prematuramente.

El examen cervical digital tiene una reproducibilidad limitada entre los examinadores, especialmente cuando los cambios no son pronunciados<sup>17</sup>.

### **Predictores de parto prematuro**

Ante la inconsistencia y la poca sensibilidad de los datos del interrogatorio y a la exploración física por los métodos habituales para diagnosticar parto prematuro, la mayoría de las guías clínicas, revisiones sistemáticas y estudios originales coinciden en que la predicción del parto prematuro (PP) a través de mediciones de la longitud cervical por ultrasonido con transductor endovaginal y las determinaciones de fibronectina fetal (FNF) en secreción cérvico vaginal (SCV) en forma combinada, son los mejores métodos para predecir el riesgo de un nacimiento pre término.

**Fibronectina fetal (FNF):** La FNF es una glicoproteína producida por la membrana coriónica y está localizada en la decidua basal adyacente al espacio intervelloso. Su objetivo principal parece el de una molécula de adhesión (pegamento) la cual favorece la unión entre las membranas coriónicas con la decidua materna contigua.

Puede ser encontrada, normalmente, en SCV en las primeras 22 SDG. Virtualmente, nunca es encontrada en la misma secreción entre las 24 y 34 SDG, a menos que el cérvix haya desarrollado borramiento y dilatación prematura, generalmente en asociación con contracciones uterinas sintomáticas. Existe una fuerte asociación entre la expresión de FNF en SCV y parto prematuro. Numerosos ensayos han mostrado una asociación entre la presencia de FNF y nacimientos pretérmino, así como una reducción en el riesgo de nacimientos pretérmino cuando el resultado de esta prueba es negativo. En un meta análisis de 27 trabajos usando el nacimiento <34 SDG como resultado, una prueba de FNF positiva predijo la posibilidad de nacimiento pretérmino en el 61%. Con

una prueba negativa se pudo predecir la posibilidad de continuar el embarazo más allá de la semana 34 en el 83%<sup>17</sup>.

Los beneficios con el uso de la prueba de FNF <sup>21</sup> son:

- Disminución de ingresos hospitalarios y de la duración de los días de hospitalización.
- Identificación más apropiada de pacientes que necesitan esteroides y tratamiento con agentes tocolíticos.
- Disminución del uso de agentes tocolíticos en pacientes que no están en riesgo de nacimiento pre término.
- Reducción del estrés y ansiedad para la mujer embarazada y su familia debido a la tranquilidad de no realizar una transportación u hospitalización innecesaria.
- Las indicaciones para FNF son: embarazos de 24 a 34 SDG, síntomas de parto prematuro (contracciones uterinas regulares >6 por hora y/o presión pélvica) membranas amnióticas intactas, cérvix <3 cm de dilatación y bienestar fetal documentado.

Las contraindicaciones para el uso de FNF son: edades gestacionales <24 ó >34 semanas completas, ruptura prematura de membranas, cérvix >3 cm de dilatación, cerclaje, sangrado genital activo, examen vaginal o relaciones sexuales en las últimas 24 horas.

**Longitud cervical por ultrasonido y determinaciones de FNF en SCV como predictores de parto prematuro:** En mujeres con contracciones prematuras, la valoración por ultrasonido de la longitud cervical, seguido de FNF; si el cérvix está corto mejora la capacidad de distinguir entre mujeres que entraran en trabajo de parto prematuro y las que no, dentro de un periodo de 7 a 14 días. Esto se observó en un estudio que muestra que mujeres que tenían una longitud cervical >30 mm, era poco probable que entraran en trabajo de parto prematuro y que las determinaciones de FNF no aumentarían el valor predictivo del examen ultrasónico. En comparación, si el cérvix era <30 mm de longitud, el riesgo de nacimiento dentro de 7 días con FNF positiva y negativa fue 45 y 11%, respectivamente. El riesgo de nacimiento dentro de los siguientes 14 días fue 56 y 13%, respectivamente. Nacimientos dentro de 7 días ocurrieron en el 75% de mujeres con una longitud cervical <15 mm y FNF positiva<sup>17</sup>.

Un estudio prospectivo ciego concluyó que la FNF fue más útil en mujeres sintomáticas con longitud cervical de 16 a 30 mm. En este estudio los resultados fueron ciegos para los investigadores. Una FNF >50 ng/ml fue significativamente más confiable que una longitud cervical por ultrasonido <25 mm para identificar pacientes que entrarían en parto prematuro. La sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivos y negativos de una longitud cervical <25 mm para parto prematuro fueron 75, 63, 24 y 94%, respectivamente, mientras que las correspondientes valoraciones para FNF >50 ng/ml fueron 63, 81, 33 y 93%, respectivamente<sup>17</sup>.

#### **4.6 Complicaciones**

La patología prevalente del pretérmino es la derivada del binomio inmadurez-hipoxia por el acortamiento gestacional y la ineficacia de la adaptación respiratoria postnatal tras la supresión de la oxigenación trasplacentaria; con frecuencia el test de Apgar es bajo y necesita reanimación neonatal. En los datos del grupo SEN 1500 del año 2006, 9 referidos a pretérminos de peso <1.500 gr. Presentaban un test de Apgar < 6 el 46% al primer minuto y el 13% a los 5 minutos, y precisaron alguna medida reanimación el 68%, que incluye en un 33,6% intubación endotraqueal, tasas que descienden a medida que se eleva el peso y la edad gestacional.

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

#### 4.7 Pronóstico

La mortalidad neonatal es aun elevada en el recién nacido pre término, a pesar de la mejoría de la asistencia perinatal con valores globales del 4-6 %, con una gran variación dependiente del grado de prematuridad. La mortalidad neonatal analizada en nuestro medio, para la última década del siglo XX, fue del 4,22 %, el 87 % estaba constituida por recién nacidos pretérmino y más del 50% de los neonatos fallecidos presentaban un peso al nacimiento inferior a 1500 gr. <sup>27</sup>.

Cuando se buscan los factores predictores de mortalidad en la población de pretérminos, se encuentran como significativos: el acortamiento de la edad gestacional, el sexo varón y el peso bajo para su edad gestacional.<sup>28</sup>

#### 4.8 Estudios de investigación

**VILLANUEVA (2008)**<sup>5</sup> en su estudio de perfil epidemiológico del parto prematuro, anota que el parto prematuro es la principal causa de mortalidad neonatal y morbilidad neurológica a corto y largo plazos. Este problema de salud tiene un costo económico y social considerable para las familias y los gobiernos. Su frecuencia varía entre 5 y 12% en las regiones desarrolladas del mundo, pero puede ser de hasta 40% en las regiones más pobres. Tiene muchas causas y el principal factor de riesgo es el antecedente de parto prematuro, además de la vaginosis bacteriana que se asocia con corioamnionitis. No obstante que varias características maternas se relacionan con el padecimiento, en muchos casos sus causas no son claras; sin embargo, la influencia de las enfermedades infecciosas, sobre todo las intrauterinas, es muy importante. El acceso a un control prenatal temprano y adecuado es particularmente relevante para muchas mujeres con alto riesgo de parto prematuro: madres jóvenes, pobres y sin apoyo social.

**MEZA (2007)**<sup>6</sup> en su estudio tuvo como objetivo determinar los factores maternos relacionados con el parto prematuro y su repercusión en el neonato. Se realizó en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima durante el período enero 2002 - diciembre 2006. Se estudiaron 285 casos de gestantes con diagnóstico de parto prematuro y sus respectivos neonatos. Los factores maternos como multiparidad, parto abdominal, ruptura prematura de membranas y edad gestacional de 24 a 30 semanas, se asocian

con un incremento en la probabilidad de presentar morbilidad neonatal. Asimismo, la edad gestacional de 24 a 30 semanas se asocia con un incremento en la probabilidad de presentar depresión neonatal. También la obesidad, la gran multiparidad, la edad gestacional de 24 a 30 semanas se asocian al incremento en la probabilidad de presentar asfixia neonatal. Finalmente, los factores maternos como control prenatal inadecuado, edad gestacional de 24 a 30 semanas, se asocian al incremento en la probabilidad de presentar mortalidad neonatal.

**OSOMO y col. (2008)**<sup>7</sup> determinaron la prevalencia de los factores maternos de riesgo y la relación de cada uno de ellos con la prematuridad en la población estudiada. Se evaluaron una cohorte de recién nacidos vivos en el Centro Médico Nacional Ignacio García Téllez, con peso de 500 g o mayor. Se consideraron casos los neonatos prematuros y controles los de 37 semanas de embarazo o más. Se comparó la prevalencia de prematuridad con y sin factores de riesgo. Se calculó la razón de momios y los intervalos de confianza de 95% para cada uno de los antecedentes estudiados, y las fracciones atribuibles en expuestos y poblacional. La tasa de prematuridad fue de 11.9% (3,018 en 25,355). Entre los factores de riesgo asociados con la prematuridad destacan: madre analfabeta (RM: 1.54; IC 95%, 1.2-1.94), no casada, trabajadora, de edad avanzada (RM: 1.81; IC 95%, 1.56-2.09), con parto prematuro previo (RM: 2.21; IC 95%, 1.54-3.16), embarazo multifetal, morbilidad obstétrica (preeclampsia-eclampsia; RM: 7.9; IC95%, 6.6-9.4), diabetes gestacional (RM: 2.3; IC 95%, 1.75-2.92), infecciones urinarias (RM: 1.8; IC 95%, 1.56-1.96) y vaginales, rotura prematura de membranas, oligohidramnios, polihidramnios (RM: 4.48; IC 95%, 3.04-6.6), placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta (RM: 9.96; IC 95%, 5.62-17.7). Cuarenta y tres por ciento (1,302 de 3,018) de los partos prematuros ocurrió en embarazos con evolución normal. La rotura prematura de membranas y la morbilidad materna durante el embarazo fueron los factores de riesgo más importantes de prematuridad.

**GARCIA y col. (2010)**<sup>1</sup> realizaron búsqueda de la información y revisión del contenido a través de la vía electrónica (PubMed) y búsqueda de fuentes de información secundaria, sobre parto prematuro, encontrando que a los padres de los neonatos extremadamente prematuros se les debe informar sobre las tasas de supervivencia de neonatos que varían del 0% a las 21 semanas de gestación (SDG), al 75% a las 25 SDG; y del 11% de los 401 a 500 g de peso al nacer, al 75% de los 701 a 800 g. Dentro del manejo médico, los

efectos del uso antenatal de esteroides en neonatos extremadamente prematuros no son claros, sin embargo, es recomendable que todas las mujeres con riesgo de parto prematuro entre las 24 y 34 SDG sean candidatas a un curso de esteroides. De la misma manera, el traslado materno a centros neonatales terciarios, antes del nacimiento, debe ser considerado. El factor de riesgo más poderoso para predecir un nuevo parto prematuro es el antecedente de un nacimiento pre término, además, existen evidencias de que, en mujeres con nacimientos pre término previos, la búsqueda y el tratamiento de infecciones vaginales (p. ej. vaginosis bacteriana), reducen la posibilidad de nacimientos pre término. En la predicción de pacientes susceptibles a desencadenar trabajo de parto prematuro, el uso del ultrasonido para determinar la longitud cervical, la determinación de fibronectina fetal (FNf) en secreción cérvico vaginal (SCV), o la combinación de ambas, pueden ser de utilidad para identificar mujeres con riesgo de PP. Sin embargo, su utilidad clínica descansa en el valor predictivo negativo. En las pacientes que cursan con PP, no está establecida una primera línea de manejo de tocolíticos. Las circunstancias clínicas, la preferencia y la experiencia del médico serán definitivas. Los agentes tocolíticos prolongan el embarazo de 2 a 7 días, tiempo necesario para la administración de esteroides para madurez fetal y considerar el traslado de la paciente a un tercer nivel de atención.

**PARRA (2012)**<sup>8</sup> su estudio tuvo como objetivo determinar factores de riesgo materno, fetal y socio demográficos asociados a parto prematuro de las gestantes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de la ciudad de Tacna durante el período 2010-2012. Es un estudio retrospectivo de casos y controles, cuya población se constituyó por todas las pacientes con gestación que culminó en parto de recién nacido vivo pre término, durante el periodo planteado, tal cifra fue de 642, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo 416 casos aptos, seleccionando la muestra por muestreo aleatorio simple, para mejorar la potencia estadística se escogió una relación 1:2 respecto a los controles, seleccionándose 400 controles. Luego del análisis estadístico se tiene que, los factores asociados al parto prematuro son la edad materna < 18 años, el antecedente de parto prematuro, período intergenésico < 2 años, la ganancia durante el embarazo < 8 kg, preeclampsia y ruptura prematura de membranas, embarazo gemelar, estado civil soltera y la ocupación de agricultora.

**OVALLE y col. (2012)**<sup>9</sup> con el objetivo de conocer la mortalidad perinatal del parto prematuro y los factores de riesgo asociados, evaluaron a 407 nacimientos prematuros, únicos, entre 22.0 y 34.0 semanas de gestación. Se estudiaron las muertes fetales y neonatales hasta los 7 días de vida. Fallecieron 122 niños (64 muertes fetales y 58 neonatales), 78 tuvieron autopsia. La mortalidad perinatal fue de 30% (122/407). El 71% (87/122) de las muertes ocurrieron antes de las 30 semanas y el 81% (99/122) en nacidos con peso menor de 1500 gramos. Las principales causas de muerte perinatal según el factor asociado con el parto prematuro fueron: infección bacteriana ascendente (IBA) 41% (50/122), anomalía congénita 20% (24/122) e hipertensión arterial 12% (15/122). Los factores de riesgo de muerte perinatal, identificados mediante análisis de regresión logística, fueron: edad gestacional al parto ( $p < 0,001$ ), anomalía congénita ( $p < 0,001$ ), infección bacteriana ascendente ( $p = 0,02$ ) e hipertensión arterial ( $p = 0,03$ ). Las principales causas de muerte perinatal fueron: hipoxia (aguda o crónica) 28%, infección congénita 23% (preferentemente neumonía 18%), desprendimiento prematuro de placenta con hipoxia y shock hipovolémico 18%, anomalía congénita 18% y síndrome hipertensivo con hipoxia aguda o crónica 7%. *Conclusiones:* Entre las 22 y 34 semanas de gestación, el parto prematuro por infección bacteriana ascendente fue la causa más frecuente de muerte perinatal, la edad gestacional al parto fue el principal factor de riesgo de mortalidad y la hipoxia fue la causa más frecuente de muerte.

**RODRIGUEZ y col. (2013)**<sup>10</sup> determinaron los factores de riesgo y la relación de cada uno de ellos y cómo influyen en la prematuridad de los nacidos en Hospital de Ginecoobstetricia 23 del IMSS, Monterrey NL. Evaluaron a 300 mujeres que finalizaron el embarazo entre las semanas 28 a 36 en el grupo de casos y 600 pacientes que lo hicieron entre las semanas 37 a 41, en el periodo de abril a septiembre de 2011. Los factores de riesgo para nacimiento prematuro en el grupo de casos fueron: edad materna mayor de 35 años (14.6%), placenta previa (9.3%) e infecciones urinarias (46%). La asociación de factores como la ruptura prematura de membranas y procesos infecciosos fue más significativa con cervicovaginitis (76%). Los factores de riesgo asociados con recién nacidos prematuros resaltaron la atención prenatal deficiente y la coexistencia de dos o más factores de riesgo. Es indiscutible que debe mejorarse la atención y el seguimiento de pacientes con factores de riesgo susceptibles de prevención.





## 5 HIPOTESIS

- Las edades extremas de la madre se asocian a la presencia de partos prematuros.
- Las madres que proceden de zonas alejadas a la ciudad presentan con mayor frecuencia partos prematuros.
- Las madres con infección urinaria durante el embarazo se asocian a la presencia de partos prematuros.
- Las madres con hipertensión inducida por el embarazo se asocian a la mayor frecuencia de partos prematuros.

## 6 VARIABLES

### Variable Dependiente

- Parto Prematuro

### Variables Independientes

- Características sociodemográficas
  - Edad
  - Procedencia
  - Nivel de Instrucción
  - Estado civil
- Características obstétricas
  - Fórmula Obstétrica
  - Paridad
  - Control pre natal
  - Periodo intergenésico
  - Antecedente de hijo prematuro
  - Antecedente de hijo con RCIU
  - Antecedente de hijo con BPN
- Morbilidad asociada

## 7. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA
FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS	Edad registrada en la historia clínica.	<b>Edad:</b> Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de ocurrir el parto, se forma 3 grupos menores de 20 años, de 20 a 34 años y las mayores de 34 años de edad.	Continua
	Dirección de la paciente registrada en la historia clínica y en el SIS.	<b>Procedencia</b> Lugar donde vive o reside la mujer gestante. <b>Urbano:</b> La gestante reside en la zona céntrica o dentro de la ciudad. <b>Urbanomarginal:</b> La gestante reside en el margen de la ciudad. <b>Rural:</b> La gestante reside en pueblos, caseríos fuera de la ciudad.	Nominal
	Nivel de instrucción registrado en la Historia Clínica.	<b>Nivel de instrucción:</b> Años de estudios cursados y aprobados, tendrá 4 índices: sin estudios, primaria, secundaria y técnica o superior. <b>Sin estudios:</b> No cursó estudios en un centro educativo. <b>Primaria:</b> Solo tuvo estudios en centro educativo primario, pudo ser completa o incompleta. <b>Secundaria:</b> Solo tuvo estudios en centro educativo secundario, pudo ser completa o incompleta. <b>Técnica o superior:</b> Tiene estudios en centro educativo técnico o superior, pudo ser completa o incompleta.	Ordinal
	Estado civil registrado en la historia clínica.	<b>Estado civil:</b> Estado en la persona con respecto a sus deberes y derechos con niveles sociales, económicos y legales. <b>Soltera:</b> Vive sola con sus hijos y no tiene vínculo con el padre. <b>Casada:</b> Tiene vínculo legal (civil) con el padre. <b>Conviviente:</b> No tiene vínculo legal pero vive con el padre.	Nominal
CARACTERISTICAS OBSTETRICAS	Antecedente de hijo prematuro registrado en la historia clínica.	<b>Antecedente de hijo prematuro:</b> Antecedente de tener un hijo con menos de 37 semanas de gestación.	Nominal
	Fórmula obstétrica G: Grávida P: Partos de embarazos a término A: Abortos P: Prematuros V: Vivos actuales.	<b>Paridad:</b> Se dice que una mujer ha parido cuando ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o cesárea) uno o más productos (vivos o muertos), y que pesaron 500 g o más, o que poseen más de 20 semanas de edad gestacional. <b>Nulípara:</b> No tuvo ningún parto. <b>Primípara:</b> Solo tuvo 1 parto.	Nominal

VARIABLES	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA
		<p><b>Multiparas:</b> Mujer que ha presentado 2 o más partos.</p> <p><b>Gran Multipara:</b> Mujer con 5 partos a más.</p>	Nominal
	Número de controles registrado en la Historia clínica.	<p><b>Control Prenatal:</b> Evaluación repetida con enfoque de riesgo que efectúa el profesional de salud en la mujer gestante vigilando su bienestar y el de su producto de la Concepción.</p> <p><b>Control Prenatal controlada:</b> Tiene 6 a más atenciones en el programa de control prenatal.</p> <p><b>Control Prenatal no controlada:</b> Tiene menos de 6 controles en el programa de control prenatal, o no tiene ningún control.</p>	Nominal
<b>Comorbilidad materna</b>	Morbilidad de madre durante el embarazo, registrado en la historia clínica.	<p><b>Comorbilidad materna:</b> Enfermedad durante el embarazo que pone en riesgo la vida de la madre y del feto como: Anemia, Infección del Tracto Urinario, Vulvovaginitis, Preeclampsia, Eclampsia, S. de Hellp, Malaria, etc.</p>	Nominal
<b>Parto Prematuro</b>	Parto que ocurre entre la semana 22 y antes de las 37 semanas registrado en la historia perinatal.	<p><b>Parto Prematuro:</b> Parto que ocurre entre la semana 22 y antes de las 37 semanas de gestación.</p>	Nominal

### **CAPITULO III**

## 8. METODOLOGIA

### 8.1 Tipo y Diseño de Investigación:

El presente estudio es de tipo cuantitativo de diseño analítico de caso control; cuyo proceso es comparar dos poblaciones, uno que presenta la variable dependiente (madre con parto prematuro) denominado caso, frente a otro grupo que son madres con parto a término, analizando la influencia de las variables independientes sobre la variable dependiente.

### 8.2 Población y Muestra:

#### a) Población

La población del presente estudio de investigación estuvo constituida por 240 gestantes con parto prematuro según la Unidad de Inteligencia Sanitaria del Hospital II-2 Tarapoto, entre los meses de Julio 2014 a Junio 2015.

#### b) Muestra

La muestra estará constituida por 148 gestantes con parto prematuro (caso) y 296 gestantes con parto a término (control), que cumplen los criterios de inclusión y exclusión.

#### c) Tamaño muestral

El tamaño muestral fue calculado a través de la fórmula de poblaciones finitas.

Cálculo del Tamaño de la Muestra:

$$TM = n / (1 + (n/N))$$

$$n = (Z^2)(p)(q)/e^2$$

$Z = 1.96$ , valor de Z al 95% de confianza

$p =$  probabilidad 50%.

$q = 1 - p$

$e =$  error estándar, que su valor es de 0.05

$N =$  población, que es 240

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2} = 384.16$$

$$TM = 384.16 / (1 + (384.16/240)) = 148$$

Los criterios de inclusión fueron:

- Todos los partos prematuros nacidos en el Hospital II-2 Tarapoto durante julio 2014 a junio 2015.
- Presencia de la historia clínica de la madre completa.
- Presencia de la historia clínica perinatal.

Los criterios de exclusión fueron:

- Ausencia de la Historia clínica o la historia clínica perinatal.
- Historia clínica o la historia clínica perinatal incompleta.
- Historia clínica o la historia clínica perinatal con letra ilegible.

El tipo de muestreo fue probabilístico, una vez seleccionado la unidad de estudio (historias clínicas) se enumeraron y se escogieron a través de los números randon, hasta completar el tamaño del muestral.

### **8.3 Técnicas e Instrumentos:**

La técnica que se usó para el presente estudio de investigación es la de recolección de información de fuente secundaria, la información se recoge de las historias clínicas de la madre e historia perinatal del prematuro.

El instrumento consta de tres ítems, la primera parte del instrumento recoge información sobre las características sociodemográficas como: su edad, procedencia, estado civil y nivel de instrucción, la segunda recoge información sobre las características obstétricas como: paridad, control prenatal, periodo intergenésico, antecedente de hijo prematuro, hijo con retardo de crecimiento intrauterino, hijo con bajo peso al nacer; la tercera parte recoge información sobre la comorbilidad que pudo sufrir la madre durante su gestación, como: anemia, infección urinaria, hipertensión inducida del embarazo, etc.

El instrumento de recolección de datos es una extracción de información que se encuentra registrada en la historia clínica de la madre y la historia clínica perinatal del prematuro, por lo que no se necesitó de una validación ya que las variables estudiadas presentan definiciones estandarizadas.

### **8.4 Procedimiento de recolección de datos:**

Previamente a la aprobación del proyecto de tesis se realizó la revisión del libro de hospitalización del Servicio de Gineco-Obstetricia y Pediatría del Hospital II-2 de Tarapoto, para obtener los números de historia clínica de las madres que tuvieron recién nacidos prematuros, se revisaron las historias para separar las que cumplieron con los criterios de inclusión y separar las que tienen los criterios de exclusión al estudio; a través de los números aleatorios Randon se obtuvieron las historias clínicas que ingresan al estudio.

La recolección de datos estuvo a cargo del investigador de la presente tesis.



### **8.5 Análisis e interpretación de datos:**

La información recogida será ingresada en una base de datos creada con el software SPSS 15.0, luego se procederá a realizar análisis univariado, los resultados se presentarán a través de estadística descriptiva y analítica mediante tablas univariadas de frecuencias relativas la estadística analítica se hará a través de la prueba de chi cuadrado y se determinara la razón de desigualdad (OR) de cada categoría presentándolo en tablas de contingencia.

### **8.6 Protección de los Derechos Humanos:**

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

## **CAPITULO IV**

## 9. RESULTADOS

### a. Características sociodemográficas de las madres con parto prematuro atendidas en el Hospital II-2 de Tarapoto.

Se evaluaron 148 madres con parto prematuro, el 65.5% de ellas tuvieron entre 20 a 34 años de edad (Tabla N° 01).

**Tabla N° 01**  
**Distribución según edad de las madres con parto prematuro**  
**Hospital II-2 de Tarapoto. Julio 2014 a Junio 2015**

Edad	Nº	%
< 20 años	25	16.9%
20 a 34 años	97	65.5%
> 34 años	26	17.6%
<b>Total</b>	<b>148</b>	<b>100.0%</b>

El 44.6% de las madres con parto prematuro proceden de la zona urbano marginal, el 39.2% de zona urbana de la ciudad (Tabla N° 02).

**Tabla N° 02**  
**Distribución según procedencia de las madres con parto prematuro**  
**Hospital II-2 de Tarapoto. Julio 2014 a Junio 2015**

Procedencia	Nº	%
Urbano	58	39.2%
Urbano marginal	66	44.6%
Rural	24	16.2%
<b>Total</b>	<b>148</b>	<b>100.0%</b>

El 54.0% de las madres con parto prematuro son convivientes, el 19.6% son solteras (Tabla N° 03).

**Tabla N° 03**  
**Distribución según estado civil de las madres con parto prematuro**  
**Hospital II-2 de Tarapoto. Julio 2014 a Junio 2015**

Estado civil	Nº	%
Soltera	29	19.6%
Conviviente	80	54.0%
Casada	39	26.4%
<b>Total</b>	<b>148</b>	<b>100.0%</b>

El 48.7% de las madres con parto prematuro tienen un nivel de instrucción secundaria, y el 19.6% técnica (Tabla N° 04).

**Tabla N° 04**  
**Distribución según nivel de instrucción de las madres con parto prematuro**  
**Hospital II-2 de Tarapoto.**  
**Julio 2014 a Junio 2015**

<b>Nivel de instrucción</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Primaria</b>	24	16.2%
<b>Secundaria</b>	72	48.7%
<b>Técnica</b>	29	19.6%
<b>Superior</b>	23	15.5%
<b>Total</b>	148	100.0%

**b. Características obstétricas de las gestantes con parto prematuro atendidas en el Hospital II-2 de Tarapoto.**

El 39.2% de las madres con parto prematuro presentan 2 gestaciones y el 29.0% 4 a más gestaciones (Tabla N° 05).

**Tabla N° 05**  
**Distribución según N° de gestaciones de las madres con parto prematuro**  
**Hospital II-2 de Tarapoto.**  
**Julio 2014 a Junio 2015**

<b>N° gestaciones</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>1</b>	17	11.5%
<b>2</b>	58	39.2%
<b>3</b>	30	20.3%
<b>4 a más</b>	43	29.0%
<b>Total</b>	148	100.0%

El 67.6% de las madres con parto prematuro no presentaron abortos, el 24.3% presento un aborto (Tabla N° 06).

**Tabla N° 06**  
**Distribución según N° de abortos de las madres con parto prematuro**  
**Hospital II-2 de Tarapoto.**  
**Julio 2014 a Junio 2015**

<b>N° de abortos</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Ninguno</b>	100	67.6%
<b>1</b>	36	24.3%
<b>2</b>	11	7.4%
<b>3 a más</b>	1	0.7%
<b>Total</b>	148	100.0%

El 61.5% de las madres con parto prematuro son multíparas y el 26.3% son primíparas (Tabla N° 07).

**Tabla N° 07**  
**Paridad de las madres con parto prematuro**  
**Hospital II-2 de Tarapoto.**  
**Julio 2014 a Junio 2015**

<b>Paridad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Primípara</b>	39	26.3%
<b>Multípara</b>	91	61.5%
<b>Gran Multípara</b>	18	12.2%
<b>Total</b>	148	100.0%

El 62.2% de las madres con parto prematuro tuvieron entre 0 a 5 controles prenatales (Tabla N° 08).

**Tabla N° 08**  
**Número de controles prenatales de las madres con parto prematuro**  
**Hospital II-2 de Tarapoto.**  
**Julio 2014 a Junio 2015**

<b>CPN</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>≥ 6</b>	56	37.8%
<b>0 a 5</b>	92	62.2%
<b>Total</b>	148	100.0%

De las 131 madres con parto prematuro y antecedente de gestación previa, el 33.6% tuvieron un periodo intergenésico menor de 2 años (Tabla N° 09).

**Tabla N° 09**  
**Periodo intergenésico y antecedente de gestación previa**  
**de las madres con parto prematuro**  
**Hospital II-2 de Tarapoto.**  
**Julio 2014 a Junio 2015**

<b>Periodo intergenésico</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>1 año</b>	12	9.2%
<b>2 años</b>	32	24.4%
<b>&gt; 2 años</b>	83	63.4%
<b>No registro</b>	4	3.0%
<b>Total</b>	131	100.0%

El 25.0% de las madres con parto prematuro tuvieron antecedente de hijo prematuro, el 38.5% de hijo RNBPN y el 36.5% de RCIU (Tabla N° 10).

**Tabla N° 10**  
**Antecedentes obstétricos de las madres con parto prematuro**  
**Hospital II-2 de Tarapoto**  
**Julio 2014 a Junio 2015**

<b>Antecedentes Obstétricos</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Antecedente de hijo RNBPN</b>	57	38.5%
<b>Antecedente de hijo con RCIU</b>	54	36.5%
<b>Antecedente de hijo prematuro</b>	37	25.0%
<b>Total</b>	148	100.0%

**c. Morbilidad de las madres con parto prematuro atendidas en el Hospital II-2 de Tarapoto.**

El 89.2% de las madres con parto prematuro presentaron alguna morbilidad durante el embarazo; las morbilidades más frecuente de las madres con parto prematuro durante su embarazo fueron infección urinaria (64.9%), vulvovaginitis (48.6%), anemia (23.6%) e hipertensión inducida del embarazo (21.6%) (Tabla N° 11).

**Tabla N° 11**  
**Morbilidad de las madres con parto prematuro**  
**Hospital II-2 de Tarapoto. Julio 2014 a Junio 2015**

Morbilidad	Nº	%
<b>Morbilidad</b>	<b>132</b>	<b>89.2%</b>
Infección del Tracto Urinario	96	64.9%
Vulvovaginitis	72	48.6%
Anemia	35	23.6%
Hipertensión Inducida del Embarazo	32	21.6%
Pre Eclampsia	20	13.5%
Ruptura Prematura de Membrana	18	12.2%
Eclampsia	15	10.1%
Malaria	6	4.1%
Desprendimiento Prematuro Placenta	3	2.0%
Placenta previa	3	2.0%
Muerte Materna	2	1.4%
Síndrome de Hellp	2	1.4%
Condilomatosis	2	1.4%
Leptospirosis	1	0.7%
<b>No morbilidad</b>	<b>16</b>	<b>10.8%</b>

**d. Relación entre las características sociodemográficas, obstétricas y morbilidad de las gestantes con parto prematuro atendidas en el Hospital II-2 de Tarapoto**

El 56.0% de las madres menores de 20 años y el 43,3% de las de 20 a 34 años de edad con parto prematuro presentaron dos gestaciones, el 84,6% de las mayores de 34 años presentan 4 a más gestaciones; se encuentra relación significativa ( $p=0.000$ ) entre la edad y el número de gestaciones (Tabla N° 12).

**Tabla N° 12**  
**Edad y Número de gestaciones de las madres con parto prematuro**  
**Hospital II-2 de Tarapoto. Julio 2014 a Junio 2015**

Edad	Número de gestaciones								Total
	1	2	3	4 a más					
< 20 años	8	32.0%	14	56.0%	3	12.0%	0	0.0%	25
20 a 34 años	8	8.2%	42	43.3%	26	26.8%	21	21.6%	97
> 34 años	1	3.8%	2	7.7%	1	3.8%	22	84.6%	26
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>11.5%</b>	<b>58</b>	<b>39.2%</b>	<b>30</b>	<b>20.3%</b>	<b>43</b>	<b>29.1%</b>	<b>148</b>

$p=0.000$

El 53.8% de las madres mayores de 34 años y el 40.0% de menores de 20 años de edad con parto prematuro presentaron con mayor frecuencia aborto; se encuentra relación significativa ( $p=0.012$ ) entre la edad y presencia de aborto (Tabla N° 13).

**Tabla N° 13**  
**Edad y Aborto de las madres con parto prematuro**  
**Hospital II-2 de Tarapoto**  
**Julio 2014 a Junio 2015**

Edad	Aborto	%	Total
< 20 años	10	40.0%	25
20 a 34 años	24	24.7%	97
> 34 años	14	53.8%	26
<b>Total</b>	<b>48</b>		<b>148</b>

$p=0.012$

Las madres mayores de 34 años con parto prematuro son gran multíparas (53.8%) y multíparas (42.3%), mientras que las menores de 20 años son primíparas (68.0%); se encuentra relación significativa ( $p=0.000$ ) entre la edad y la paridad de la madre con parto prematuro (Tabla N° 14).

**Tabla N° 14**  
**Edad y Paridad de las madres con parto prematuro**  
**Hospital II-2 de Tarapoto**  
**Julio 2014 a Junio 2015**

Edad	Primípara		Multípara		Gran Multípara		Total
< 20 años	17	68.0%	8	32.0%	0	0.0%	25
20 a 34 años	21	21.7%	72	74.2%	4	4.1%	97
> 34 años	1	3.9%	11	42.3%	14	53.8%	26
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>26.3%</b>	<b>91</b>	<b>61.5%</b>	<b>18</b>	<b>12.2%</b>	<b>148</b>

$p=0.000$

Las madres casadas con parto prematuro son con más frecuencia multíparas (74.4%) que las convivientes y solteras; se encuentra relación significativa ( $p=0.009$ ) entre el estado civil y la paridad de la madre con parto prematuro (Tabla N° 15).



**Tabla N° 15**  
**Estado civil y Paridad de las madres con parto prematuro**  
**Hospital II-2 de Tarapoto**  
**Julio 2014 a Junio 2015**

Estado civil	Primípara		Multípara		Gran Multípara		Total
<b>Soltera</b>	13	44.8%	16	55.2%	0	0.0%	29
<b>Conviviente</b>	19	23.7%	46	57.5%	15	18.8%	80
<b>Casada</b>	7	17.9%	29	74.4%	3	7.7%	39
<b>Total</b>	39	26.3%	91	61.5%	18	12.2%	148

p=0.009

Las madres mayores de 34 años de edad con parto prematuro presentan con más frecuencia antecedente de hijo RCIU (50.0%) y de 20 a 34 años presentan con mayor frecuencia antecedente de hijo RNBP (43.3%); no se encuentra relación significativa entre la edad con antecedente de prematuridad (p=0.236) (Tabla N° 16).

**Tabla N° 16**  
**Edad y antecedente de hijo de las madres con parto prematuro**  
**Hospital II-2 de Tarapoto**  
**Julio 2014 a Junio 2015**

Edad	Antecedente de hijo						N°
	RCIU		Prematuro		RNBP		
<b>&lt; 20 años</b>	11	44.0%	6	24.0%	8	32.0%	25
<b>20 a 34 años</b>	30	30.9%	25	25.8%	42	43.3%	97
<b>&gt; 34 años</b>	13	50.0%	6	23.1%	7	26.9%	26
<b>Total</b>	54	36.5%	37	25.0%	57	38.5%	148
<b>p</b>	p=0.000		p=0.236		p=0.000		

El 100% de las madres mayores de 34 años de edad con parto prematuro presentan morbilidad durante el embarazo a diferencia de las menores de 20 años (88.0%) y 20 a 34 años (86.6%); no se encuentra relación significativa entre la edad y la presencia de morbilidad (p=0.144) (Tabla N° 17).

**Tabla N° 17**  
**Edad y morbilidad de las madres con parto prematuro**  
**Hospital II-2 de Tarapoto. Julio 2014 a Junio 2015**

Edad	morbilidad	%	Total
< 20 años	22	88.0%	25
20 a 34 años	84	86.6%	97
> 34 años	26	100.0%	26
<b>Total</b>	132		148

p=0.144

Las madres de 20 a 34 años presentan con mayor frecuencia Infección del Tracto Urinario (65.6%), vulvovaginitis (70.8%), anemia (71.4%), Hipertensión Inducida del Embarazo (40.6%) y pre eclampsia (35.0%) (Tabla N° 18).

**Tabla N° 18**  
**Edad y Tipo de morbilidad de las madres con parto prematuro**  
**Hospital II-2 de Tarapoto. Julio 2014 a Junio 2015**

Morbilidad	< 20 años		20 a 34 años		> 34 años		Total
Infección del tracto Urinario	13	13.6%	63	65.6%	20	20.8%	96
Vulvovaginitis	10	13.9%	51	70.8%	11	15.3%	72
Anemia	5	14.3%	25	71.4%	5	14.3%	35
Hipertensión Inducida del E	12	37.5%	13	40.6%	7	21.9%	32
Pre Eclampsia	7	35.0%	7	35.0%	6	30.0%	20
RPM	1	5.6%	15	83.3%	2	11.1%	18
Eclampsia	3	20.0%	7	46.7%	5	33.3%	15
Malaria	3	50.0%	0	0.0%	3	50.0%	6
DPP	0	0.0%	2	66.7%	1	33.3%	3
Placenta previa	0	0.0%	3	100.0%	0	0.0%	3
Muerte Materna	0	0.0%	1	50.0%	1	50.0%	2
Síndrome de Hellp	1	50.0%	0	0.0%	1	50.0%	2
Condilomatosis	0	0.0%	2	100.0%	0	0.0%	2
Leptospirosis	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1

Al relacionar la edad con el tipo de morbilidad se encontró que la Infección del Tracto Urinario fue más frecuente en las madres con parto prematuro menores de 20 años, de 20 a 34 años y mayores de 34 años (p=0.176) (Tabla N° 19).

**Tabla N° 19**  
**Relación entre la Edad y Tipo de morbilidad de las madres con parto prematuro**  
**Hospital II-2 de Tarapoto**  
**Julio 2014 a Junio 2015**

Edad	Infección T. Urinario	Vulvo-vaginitis	Anemia	HIE	Pre eclampsia	RPM	Eclampsia
< 20 años	13 52.0%	10 40.0%	5 20.0%	12 48.0%	7 28.0%	1 4.0%	3 12.0%
20 a 34 años	63 64.9%	51 52.6%	25 25.8%	13 13.4%	7 7.2%	15 15.5%	7 7.2%
> 34 años	20 76.9%	11 42.3%	5 19.2%	7 26.9%	6 23.1%	2 7.7%	5 19.2%
<b>Total</b>	96 64.9%	72 48.6%	35 23.6%	32 21.6%	20 13.5%	18 12.2%	15 10.1%
<b>P</b>	0.176	0.065	0.702	0.001	0.007	0.219	0.186

El 16.9% de las madres menores de 20 años presentaron partos prematuros, menor frecuencia que las mayores de 34 años (17.6%) y las de 20 a 34 años de edad (65.5%); esta tendencia no fue estadísticamente significativa ( $p = 0.375$ ) (Tabla N° 20).

**Tabla N° 20**  
**Relación entre la Edad de la madre y parto prematuro**  
**Hospital II – 2 de Tarapoto**  
**Julio 2014 a Junio 2015**

Edad de la Madre	Parto prematuro		Parto a término		OR
< 20 años	25	16.9%	24	8.1%	2.30
20 a 34 años	97	65.5%	233	78.7%	0.51
> 34 años	26	17.6%	39	13.2%	1.40
<b>Total</b>	148	100.0%	296	100.0%	

$p = 0.375$

El 54.0% de las madres que son convivientes presentaron partos prematuros, con mayor frecuencia que las casadas (26.4%) y las solteras (19.6%); esta tendencia no fue estadísticamente significativa ( $p = 0.128$ ) (Tabla N° 21).

**Tabla N° 21**  
**Relación entre el Estado civil de la madre y parto prematuro**  
**Hospital II – 2 de Tarapoto**  
**Julio 2014 a Junio 2015**

Estado Civil	Parto prematuro		Parto a término		OR
<b>Casada</b>	39	26.4%	51	17.2%	1.72
<b>Conviviente</b>	80	54.0%	158	53.4%	1.03
<b>Soltera</b>	29	19.6%	87	29.4%	0.59
<b>Total</b>	148	100.0%	296	100.0%	

p=0.128

El 16.2% de las madres que proceden de la zona rural presentaron partos prematuros con un OR de 2.01; el 44.6% de las madres que proceden de la zona urbanomarginal presentaron partos prematuros con un OR de 2.46; el 39.2% de las madres que proceden de la zona urbana presentaron partos prematuros y tienen un OR protectorio de 0.32 para presentar partos prematuros; esta tendencia no fue estadísticamente significativa ( $p = 0.386$ ) (Tabla N° 22).

**Tabla N° 22**  
**Relación entre la Procedencia de la madre y parto prematuro**  
**Hospital II – 2 de Tarapoto**  
**Julio 2014 a Junio 2015**

Procedencia	Parto prematuro		Parto a término		OR
<b>Urbana</b>	58	39.2%	197	66.5%	0.32
<b>Urbanomarginal</b>	66	44.6%	73	24.7%	2.46
<b>Rural</b>	24	16.2%	26	8.8%	2.01
<b>Total</b>	148	100.0%	296	100.0%	

p=0.386

El 48.7% de las madres con nivel de instrucción secundaria presentaron partos prematuros, una frecuencia mayor que las madres con nivel de instrucción superior (15.5%), técnica (19.6%) y primaria (16.2%); esta tendencia no fue estadísticamente significativa ( $p = 0.264$ ) (Tabla N° 23).

**Tabla N° 23**  
**Relación entre el Nivel de instrucción de la madre y parto prematuro**  
**Hospital II – 2 de Tarapoto**  
**Julio 2014 a Junio 2015**

Nivel de Instrucción	Parto prematuro		Parto a término		OR
Primaria	24	16.2%	12	4.1%	4.58
Secundaria	72	48.7%	186	62.8%	0.56
Técnica	29	19.6%	56	18.9%	1.04
Superior	23	15.5%	42	14.2%	1.11
Total	148	100.0%	296	100.0%	

p=0.264

El 25.0% de las madres con antecedente de prematuridad presentaron partos prematuros, menor que las que no tienen el antecedente (75.0%); esta tendencia no fue estadísticamente significativa (p = 0.569) (Tabla N° 24).

**Tabla N° 24**

**Relación entre el antecedente de prematuridad de la madre y parto prematuro  
Hospital II – 2 de Tarapoto  
Julio 2014 a Junio 2015**

Antecedente de prematuridad	Parto prematuro		Parto a término		OR
SI	37	25.0%	19	6.4%	4.86
NO	111	75.0%	277	93.6%	0.21
Total	148	100.0%	296	100.0%	

p=0.569

El 61.5% de las madres multíparas presentaron partos prematuros, con mayor frecuencia que las gran multíparas (12.1%) y primíparas (26.4%); esta tendencia no fue estadísticamente significativa (p = 0.142) (Tabla N° 25).

**Tabla N° 25**

**Relación entre la paridad de la madre y parto prematuro  
Hospital II – 2 de Tarapoto  
Julio 2014 a Junio 2015**

Paridad	Parto prematuro		Parto a término		OR
Primípara	39	26.4%	80	27.0%	0.97
Multípara	91	61.5%	180	60.8%	1.03
Gran Multípara	18	12.1%	36	12.2%	1.00
Total	148	100.0%	296	100.0%	

p = 0.142

El 62.2% de las madres con menos de 6 controles prenatales tuvieron partos prematuros, teniendo un OR de 2.16; mientras que el 37.8% que tienen 6 a más

controles lo presentaron, siendo un factor protector con un OR de 0.46 esta tendencia no fue estadísticamente significativa ( $p = 0.302$ ) (Tabla N° 26)

**Tabla N° 26**  
**Relación entre el control prenatal de la madre y parto prematuro**  
**Hospital II – 2 de Tarapoto**  
**Julio 2014 a Junio 2015**

Control prenatal	Parto prematuro		Parto a término		OR
<b>≥ 6</b>	56	37.8%	168	56.8%	0.46
<b>0 a 5</b>	92	62.2%	128	43.2%	2.16
<b>Total</b>	148	100.0%	296	100.0%	

$p=0.302$

El 89.2% de las madres con morbilidad durante el embarazo tuvieron partos prematuros, teniendo un OR de 1.52; mientras que el 10.8% que no tienen morbilidad presentaron parto prematuro, siendo un factor protector con un OR de 0.66 esta tendencia no fue estadísticamente significativa ( $p = 0.342$ ) (Tabla N° 27)

**Tabla N° 27**  
**Relación entre la morbilidad de la madre y parto prematuro**  
**Hospital II – 2 de Tarapoto**  
**Julio 2014 a Junio 2015**

Morbilidad asociada	Parto prematuro		Parto a término		OR
SI	132	89.2%	250	84.5%	1.52
NO	16	10.8%	46	15.5%	0.66
Total	148	100.0%	296	100.0%	

$p=0.342$

Las madres con Infección del Tracto Urinario ( $p=0.135$ ), Vulvovaginitis ( $p=0.139$ ), Anemia ( $p=0.586$ ), Hipertensión Inducida del Embarazo ( $p=0.590$ ), Pre eclampsia ( $p=0.205$ ), Ruptura Prematura de Membranas ( $p=0.059$ ) y Eclampsia ( $p=0.183$ ) estadísticamente no se relacionaron con la presencia de parto prematuro (Tabla N° 28)

**Tabla N° 28**  
**Relación entre el tipo de morbilidad de la madre y parto prematuro**

**Hospital II – 2 de Tarapoto  
Julio 2014 a Junio 2015**

<b>Morbilidad</b>	<b>Parto Prematuro</b>		<b>Parto a término</b>		<b>Total</b>	<b>OR, p</b>
<b>Infección del T. Urinario</b>	96	38.4%	154	61.6%	250	1.70, 0.135
<b>Vulvovaginitis</b>	72	38.7%	114	61.3%	186	1.18, 0.139
<b>Anemia</b>	35	66.0%	18	34.0%	53	4.10, 0.586
<b>HIE</b>	32	69.6%	14	30.4%	46	4.77, 0.590
<b>Preeclampsia</b>	20	26.3%	56	73.7%	76	0.56, 0.205
<b>RPM</b>	18	21.2%	67	78.8%	85	0.39, 0.059
<b>Eclampsia</b>	15	22.1%	53	77.9%	68	0.43, 0.183

## 10. DISCUSION

El estudio muestra que las madres con parto prematuro presentan entre los 20 a 34 años de edad (65.5%), así como predomina su condición de conviviente (54.0%), y con un predominio en las mujeres de instrucción secundaria (48.7%); pero la procedencia mayoritaria es la zona urbano marginal (44.6%), lo que implicaría que proceden de un estrato de nivel socioeconómico menor, siendo este un factor que se ha descrito en la literatura como factor de riesgo para la presencia de prematuridad, como lo descrito por **VILLANUEVA** <sup>5</sup>, en que los estratos más deprimidos económicamente hay mayor tendencia a partos prematuros.

La condición del estado civil lo reporto **OSOMO** <sup>7</sup> en su estudio, donde encuentra que las gestantes no casadas tienen 1.8 de riesgo de presentar parto prematuro. **PARRA** <sup>8</sup> reporta al estado civil soltera como un factor asociado a prematuridad.

Se encontró una mayor tendencia a la presencia de abortos en las madres jóvenes, aunque no se logró investigar si el parto prematuro fue inmediatamente después de aborto, esto podría incidir en el periodo intergenésico menor de 2 años, que si es considerado un factor de riesgo de prematuridad, el estudio muestra que una tercera parte de las madres con parto prematuro tienen un periodo intergenésico menor de 2 años, **PARRA**<sup>8</sup> encuentra como factor asociado a parto prematuro el periodo intergenésico < 2 años.

6 de cada 10 madres con parto prematuro es múltipara, **MEZA** <sup>6</sup> considera en su estudio que la multiparidad se asocia con un incremento en la probabilidad de presentar morbilidad neonatal.

Se aprecia que más del 60% de las madres con parto prematuro tienen control prenatal adecuado, **VILLANUEVA** <sup>5</sup> anota que el acceso a un control prenatal temprano y adecuado es particularmente relevante para muchas mujeres con alto riesgo de parto prematuro, aunque se esperaba un mayor porcentaje de madres con control prenatal adecuado ya que casi el 90% de ellas presentan alguna morbilidad durante su embarazo. **MEZA** <sup>6</sup> anota que un control prenatal inadecuado no determina los factores oportunamente a la presencia de un parto prematuro.



La cuarta parte de las madres con parto prematuro han tenido ya un hijo prematuro, este antecedente es considerado un factor asociado en el estudio de **VILLANUEVA** <sup>5</sup> que lo considera en su estudio como el principal factor de riesgo; **OSOMO** <sup>7</sup> encuentra que el antecedente parto prematuro previo tienen 2.2 veces más riesgo de otro parto prematuro en relación a los que no tienen dicho antecedente; **PARRA**<sup>8</sup> también considera factor de riesgo al antecedente de parto prematuro. **GARCIA** <sup>1</sup> en su revisión considera que el factor de riesgo más poderoso para predecir un nuevo parto prematuro es el antecedente de un nacimiento pre término. Nuestro estudio también encuentra que hay relación entre antecedente de parto prematuro y antecedente de hijo con RNBPN.

En los grupos etareos hay morbilidad que se repite, y entre ellas dos procesos infecciosos como Infección del Tracto Urinario y vulvovaginitis, **VILLANUEVA** <sup>5</sup> reporta que la presencia de vaginosis bacteriana se asocia con corioamnionitis llevando a un riesgo de prematuridad; es verdad que nuestro estudio reporta la presencia de infección vaginal pero no determina la etiología de las vulvovaginitis. **OSOMO** <sup>7</sup> también encuentra que las infecciones urinarias y vaginales aumentan el riesgo de la presencia de parto prematuro. **RODRIGUEZ** <sup>10</sup> encuentra a las infecciones urinarias como factor de riesgo para nacimiento prematuro; pero anota que los casos de ruptura prematura de membranas se asociaron a cervicovaginitis. **GARCIA**<sup>1</sup> encuentra en su revisión encuentra que el tratamiento de infecciones vaginales reducen la posibilidad de nacimientos pre término.

Los grupos extremos de edades de las madres con parto prematuro reportan hipertensión inducida del embarazo y pre eclampsia; **PARRA** <sup>8</sup> reporta asociado a prematuridad a los casos de preclampsia. **OSOMO** <sup>7</sup> un riesgo alto, cerca de 8 veces más presencia de prematuridad en las gestantes que desarrollan durante el embarazo preeclampsia-eclampsia; considerando que los casos de hipertensión inducida durante el embarazo lleva a una insuficiencia placentaria dificultando el desarrollo del feto y con la presencia de preclampsia severa o eclampsia el aumento de morbimortalidad del binomio madre niño decidiendo la extracción del producto antes de tiempo.

Le tercera causa de morbilidad es la anemia, 1 de cada 5 madres con parto prematuro; significativamente las gestantes anémicas presentan complicación perinatal, esto lo reporta **RAMIREZ** <sup>30</sup>, reportando prematuridad, recién nacido de bajo peso y aborto; en relación a

las gestantes no anémicas, así como **IGLESIAS** <sup>31</sup> y **GIACOMIN** <sup>32</sup> reportan una mayor tendencia de prematuridad en las gestantes anémicas.

Las madres con parto prematuro mayores de 20 años presentan en sus principales causas de morbilidad a la ruptura prematura de membrana, **MEZA** <sup>6</sup> reporta a la ruptura prematura de membrana como factor de riesgo de parto prematuro, similar hallazgo lo encuentra **PARRA** <sup>8</sup>.

## 11. CONCLUSIONES

- Las características sociodemográficas de las gestantes con parto prematuro atendidas en el Hospital Hospital II-2 Tarapoto son: en cuanto a la edad, el grupo de mayor frecuencia fue entre 20 a 34 años (65.5%), en cuanto a la procedencia fueron mayormente de la zona urbano marginal (44.6%), y en cuanto al nivel de Instrucción, frecuentemente fueron de Nivel secundario en un (48.7%)
  - Se identificaron las características obstétricas de las gestantes con parto prematuros:
  - Las madres con partos prematuros presentan 2 gestaciones (39.2%), ningún aborto (67.6%), son multíparas (61.5%), tienen menos de 6 controles pre natales (62.2%); el 63.4% tienen periodo intergenésico > 2 años, el 25.0% tienen antecedente de prematuridad.
  - El 89.2% han presentado morbilidad durante el embarazo; las principales morbilidades registradas fueron infección del tracto urinario (64.9%), vulvovaginitis (48.6%), anemia (23.6%), hipertensión inducida del embarazo (21.6%), pre eclampsia (13.5%), y ruptura prematura de membrana (12.2%).
- Existe asociación significativa el grupo de edades entre 20 a 34 años y partos prematuros, además las gestantes que proceden de la zona urbana marginal presentan más riesgo de presentar parto prematuro que aquellas madres que proceden de la zona urbano y rural.
- Existe una asociación entre el estado civil, por lo tanto las gestantes conviviente y solteras, tuvieron mayor riesgo pero no es significativo a comparación de las gestantes convivientes
- Con respecto al nivel de instrucción, es factor de riesgo entre el nivel de instrucción secundaria y parto pre termino,
- Existe asociación entre las gestantes con antecedente de prematuridad, la cual tuvieron mayor riesgo, pero no fue significativa ( $p=0.569$ ); pues las que no presentan antecedente de prematuridad tienen un factor protectorio para parto prematuro.
- Con relación a las madres multíparas y gran multíparas, no fue significativa ( $p=0.142$ ); en relación a las primíparas que si presentan factor de riesgo la cual presenta un OR protectorio (0.97).

- Las madres con menos de 6 controles prenatales tuvieron un OR de 2.16 ( $p=0.302$ ) por lo tanto presenta un factor de riesgo para presentar parto prematuro; las que tienen 6 a más controles tienen un OR protectorio (0.46) para parto prematuro.
- Las madres con morbilidad asociada tuvieron un OR de 1.52 ( $p=0.302$ ) para presentar parto prematuro; las madres sin morbilidad asociada tienen un OR protectorio (0.66).
- Las madres con infección urinaria (OR 1.70;  $p=0.135$ ), vulvovaginitis (OR 1.18;  $p=0.139$ ), anemia (OR 4.10;  $p=0.586$ ), hipertensión inducida del embarazo (OR 4.77;  $p = 0.590$ ), tuvieron mayor riesgo de parto prematuro; pre eclampsia (OR 0.56;  $p= 0.205$ ), ruptura prematura de membrana (OR 0.39;  $p = 0.059$ ) y eclampsia (OR 0.43;  $p= 0.183$ ) tienen OR protectivos respectivamente, por lo cual se concluye que la infección urinaria es un factor predisponentes para desencadenar un parto prematuro.

## 12. RECOMENDACIONES

Los resultados obtenidos del presente estudio, nos permite recomendar:

- Priorizar campañas de concientización a la población, dirigidas específicamente, a las mujeres en edad reproductiva, gestantes, gestantes con antecedentes de parto pretermino para promover la iniciativa de realizar un adecuado control prenatal y así evitar cualquier tipo de complicación durante el embarazo y el parto.
- Fortalecer los controles prenatales desde el inicio de la gestación, la cual construirá una base de prevención y mayor control de nuestras gestantes
- Fortalecer los programas de salud preventiva en las gestantes, la cual permitan educar desde el inicio de la captación hasta el alumbramiento.
- Promocionar información básica sobre los riesgos de parto prematuro de manera sencilla y temprana en los centro de salud, puestos de salud, instituciones públicas y privadas.
- Aumentar la cobertura del Control Prenatal en todas las gestantes, principalmente en los pueblos jóvenes y asentamientos humanos que tiene poca accesibilidad a una atención de salud.
- Priorizar la vigilancia de las gestantes con factor de riesgo asociado a parto prematuro.

## **CAPITULO V**

### 13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. García A., Rosales S., Jiménez G. Diagnóstico y manejo del parto pretérmino. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia. 2010.
2. Newton RE. Preterm Labor, Preterm Premature of Membrane and Chorioamnionitis. Clin Perinatol 2005;32:571-600.
3. Guideline. Assessment of risk factors for preterm birth. American College of Obstetricians and Gynecologists; Oct 2001. p. 8. ACOG Practice Bulletin No. 31. p. 1-5.
4. Rodríguez S, García C. Aragón M. El recién nacido prematuro. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. 2008. [www.aeped.es/protocolos/](http://www.aeped.es/protocolos/).
5. Villanueva L., Contreras A., Pichardo M., Rosales J. Perfil epidemiológico del parto prematuro Ginecol Obstet Mex 2008;76(9):542-8.
6. Meza J. Factores maternos relacionados con el parto pretérmino y su repercusión en el neonato. Hospital Nacional Hipólito Unanue: 2002 -2006. Rev Per Obst Enf 2007. 3(2): 115-125.
7. Osorno L., Rupay G., Rodríguez J., Lavadores A., Dávila J., Echeverría M. Factores maternos relacionados con prematuridad Ginecol Obstet Mex 2008; 76(9):526-36.
8. Parra F. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período enero 2010 - diciembre 2012. 2013:1-12.
9. Ovalle A., Kakarieka E., Díaz M., García T., Acuña M., Morong C., Abara S., Fuentes A. Mortalidad perinatal en el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago, Chile. Rev Chil Obstet Ginecol 2012; 77(4): 263 -270.
10. Rodríguez-Coutiño S., Ramos-González R., Hernández-Herrera R. Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles. Ginecol Obstet Mex 2013;81:499-503.
11. Kimberly G.L, Choherty J.P. Identificación del recién nacido de alto riesgo y valoración de la edad gestacional. Prematuridad, hipermadurez, peso elevado y bajo peso para su edad gestacional. En Manual de Cuidados Neonatales. Edt Choherty J P, Eichenwald E.C., Stark A.R. 4 Ed (Barc) 2005, 3 :50-66.
12. Palencia A. parto prematuro. CCAP. 9(4):11-19.
13. <http://peru21.pe/actualidad/alrededor-12400-recien-nacidos-prematuros-mueren-al-ano-peru-2157901>.
14. <http://elcomercio.pe/tecnologia/actualidad/nacimientos-prematuros-aumentan-todo-mundo-noticia-1409371>.
15. [http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/2010\\_pretermbirthsper100births\\_es.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/2010_pretermbirthsper100births_es.pdf)

16. [http://peru.nutrinet.org/areas-tematicas/materno-infantil/noticias/227-peru-se-evalua-creacion-de-un-banco-de-leche/6\\_11\\_09/3.10pm](http://peru.nutrinet.org/areas-tematicas/materno-infantil/noticias/227-peru-se-evalua-creacion-de-un-banco-de-leche/6_11_09/3.10pm).
17. Lockwood Ch. Overview of preterm labor and delivery. UpToDate, April 2007. p. 1-9.
18. Snegovskikh S, Shin PJ, and Norwitz E. Endocrinology of Parturition. *Endocrinol Metab Clin N Am* 2006;35:73-191.
19. Di Renzo GC, Cabero RL. Guidelines for the management of spontaneous preterm labor. Review. *J Perinat Med* 2006; 34:359-66.
20. Jain S, Cheng J. Emergency Department Visit and Rehospitalizations in Late Preterm Infants. *Clin Perinat* 2006; 33: 935-946.
21. Obstetric Guideline 2a. Preterm Labor. British Columbia Reproductive Care Program, March 2005. p. 1-18.
22. Honest H, Bachmann LM, Gupta JK, Kleijnen J, Khan KS. Accuracy of cervicovaginal fetal fibronectina test in predicting risk of spontaneous preterm birth: Systematic review. *BMJ* 2002; 325:289-90.
23. Newton RE. Preterm Labor, Preterm Premature of Membrane and Chorioamnionitis. *Clin Perinatol* 2005;32:571-600.
24. López Maestro M, Pallás Alonso C R, Muñoz Labian M.C, Barrio AndresMC, Medina López C, de la Cruz Bartola J. Uso de CPAP en la estabilidad inicial de los niños con peso al nacimiento inferior a 1500 gr. *An Pediatr (Barc)* 2006; 64: 422-427.
25. [www.se.neonatal.es](http://www.se.neonatal.es). SEN 1500.
26. Schmidt B. Roberts R.S. Davis P. Doyle L.W. BarringtonK.J. OhlssonA Solimano A. and Tin W. The Internacional Caffeine for Apnea of Prematurity (CAP) Trial: Outcomes al 18-21 months Hot Topics in Neonatology 2007. Ed Lucey J.F.Washinton 2007: 194.
27. Evans N.: Wich inotrope for which baby? *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2006;91:F213-F220.
28. Santos García J.G. Gallego Fuentes M.J. Imaz Roncero A., Martínez Robles J.V., Fernández Calvo J.L. Mortalidad neonatal del Hospital Clínico Universitario de Valladolid en la década de los noventa” *Bol Pediatr* 2004; 44: 113-119.
29. Perfil Epidemiológico. <http://www.buenastareas.com/ensayos/Perfil-Epidemiológico/3245902.html>.
30. Ramírez J., Delgado N., Infante R. Factores predisponentes y complicaciones maternas-neonatales de la anemia en el embarazo. *Multimed* 2008; 12(1).
31. Iglesias-Benavides J., Tamez-Garza L., Reyes-Fernández I. Anemia y embarazo, su relación con complicaciones maternas y Perinatales. *Medicina Universitaria*



- 2009;11(43):95-98.
32. Giacomini-Carniol L., Leal-Mateos M., Moya-Sibaja R. Anemia materna en el tercer trimestre de embarazo como factor de riesgo para parto pretérmino. *Acta Médica Costarricense*. 2009, 51(1):39-43.
  33. Pacheco Romero, J. Ginecología, Obstetricia y Reproducción; 2º edición, *Revistas Especializadas Peruanas SAC (REP SAC)*, Lima Perú 2007. Pags. 1244 – 1267.
  34. 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.
  35. Gutiérrez Cristóbal 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.

## 14. ANEXOS

**ANEXO N° 1**  
**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**  
**FACTORES ASOCIADOS A PARTO PREMATURO EN EL HOSPITAL II-2 DE**  
**TARAPOTO**  
**Julio 2014 a Junio 2015**

### 1. Características Sociodemográficas:

- Edad de la madre:            años
- Procedencia:    1. Urbana   2. Urbano marginal    3. Rural
- Estado civil: 1. Soltera   2. Conviviente   3. Casada
- Nivel de Instrucción: 1.Sin estudios   2.Primaria   3.Secundaria   4.Técnica   5.Superior

### 2. Características Obstétricas:

- Fórmula Obstétrica:        G:            P:
- Paridad: 1. Nulípara   2. Primípara   3. Multípara   4. Gran multípara
- Control pre-natal: 1.  $\geq 6$    2. 0 – 5
- Periodo intergenésico:       años
- Antecedente de hijo prematuro:            1. Si   2. No
- Antecedente de hijo con RCIU:            1. Si   2. No
- Antecedente de hijo con BPN:            1. Si   2. No

### 3. Comorbilidad de la madre:

- Madre sin patología durante su embarazo:    1. Si   2. No
- Anemia    1. Si   2. No
- Infección del tracto Urinario                    1. Si   2. No
- Vulvovaginitis                                        1. Si   2. No
- Pre Eclampsia     1. Si   2. No
- Eclampsia    1. Si   2. No
- Síndrome de Hellp                                    1. Si   2. No
- Malaria     1. Si   2. No
- Muerte Materna                                      1. Si   2. No
- Otros: