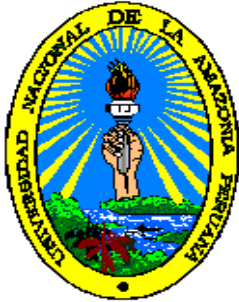


**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA**



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**“Rafael Donayre Rojas”**



**TITULO**

**FACTORES MATERNOS Y OBSTETRICOS RELACIONADOS A PARTO PRETÉRMINO EN**

**EL HOSPITAL “FELIPE ARRIOLA IGLESIAS”**

**de enero a diciembre 2015**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO**

**Presentado por el Bachiller de Medicina Humana**

**ORLANDO ALFREDO MORENO SOTO**

**ASESOR**

**Dr. BEDER CAMACHO FLORES**

**Punchana – Iquitos**

**Perú**

**2016**

**MIEMBROS DEL JURADO Y ASESOR DE TESIS**

---

**Dr. JAVIER VÁSQUEZ VÁSQUEZ**  
**PRESIDENTE**

---

**Dr. RICARDO CHAVEZ CHACALTANA**  
**MIEMBRO**

---

**Dr. JOSÉ SÁNCHEZ ARENAS**  
**MIEMBRO**

---

**DR. BEDER CAMACHO FLORES**  
**ASESOR**

## INDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria	iv
Reconocimiento	v
Índice de tablas	vi
Índice de Gráficas	vii
Resumen	viii
Capítulo I	
1. Introducción	2
2. Planteamiento del Problema	5
3. Objetivos	6
Capítulo II	
4. Marco Teórico	8
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	26
8.5 Análisis e Interpretación	26
8.6 Protección de los Derechos humanos	26
Capítulo IV	
9. Resultados	28
10. Discusión	44
11. Conclusiones	47
12. Recomendaciones	48
Capítulo V	
13. Referencias Bibliográficas	50
14. Anexos	53

## Dedicatoria.

A DIOS y mis padres, origen de todo, quienes me han sostenido y guiado cuando se oscurecía el camino para ser Médico, y que hoy se hizo realidad.

Al amor de mi vida **Connie Fernández**, a mis hijos **Cesar y Liam**, Gracias a todos los familiares y personas que no alcanzaría esta hoja en mencionarlos, que me apoyaron durante este largo camino, también a aquellos que se han preocupado por mí.

## Reconocimiento

A DIOS y mis padres, en especial a ti mamita María Angélica Soto Mestanza que las lágrimas de impotencia alumbrábamos el sendero para iniciar y llegar a terminar esta linda profesión ser médico. Un agradecimiento especial al Dr. *Beder Camacho flores* y al jurado calificador por el aporte y ayuda para que esta tesis vea la luz.

## Índice de Tablas

Tabla N° 1	Tipo de Morbilidad según Parto pretérmino y a término	37
Tabla N° 2	Relación entre la Edad Materna y Parto Pretérmino	38
Tabla N° 3	Relación entre la Procedencia Materna y Parto Pretérmino	38
Tabla N° 4	Relación entre el Nivel de Instrucción Materna y Parto Pretérmino	39
Tabla N° 5	Relación entre el Estado Civil de la Madre y Parto Pretérmino	39
Tabla N° 6	Relación entre los antecedentes obstétricos de la Madre y Parto Pretérmino	40
Tabla N° 7	Relación entre la Paridad de la Madre y Parto Pretérmino	41
Tabla N° 8	Relación entre el Periodo Intergenésico de la Madre y Parto Pretérmino	41
Tabla N° 9	Relación entre el Control Prenatal de la Madre y Parto Pretérmino	42
Tabla N° 10	Relación entre Morbilidad de la Madre y Parto Pretérmino	42
Tabla N° 11	Relación entre Tipo de Morbilidad de la Madre y Parto Pretérmino	43

## Índice de Gráficas

Gráfica N° 1	Edad Materna según Parto pretérmino y a término	28
Gráfica N° 2	Procedencia según Parto pretérmino y a término	29
Gráfica N° 3	Nivel de Instrucción según Parto pretérmino y a término	30
Gráfica N° 4	Estado civil según Parto pretérmino y a término	31
Gráfica N° 5	Antecedentes Obstétricos según Parto pretérmino y a término	32
Gráfica N° 6	Paridad según Parto pretérmino y a término	33
Gráfica N° 7	Intervalo Inter-genésico según Parto pretérmino y a término	34
Gráfica N° 8	Control Prenatal según Parto pretérmino y a término	35
Gráfica N° 9	Morbilidad según Parto pretérmino y a término	36

## Resumen

### **FACTORES MATERNOS Y OBSTETRICOS RELACIONADOS A PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL “FELIPE ARRIOLA IGLESIAS”; de enero a diciembre 2015** **Bach. ORLANDO ALFREDO MORENO SOTO**

#### **Introducción**

La prematuridad es un problema de salud pública en los países en vías de desarrollo, continua siendo la mayor causa de morbilidad neonatal, siendo un indicador de las condiciones de salud de una población, por lo que es importante de conocer los factores de la madre que influyen en su presencia

#### **Objetivo**

Determinar los factores maternos y obstétricos asociados a parto pretérmino en el Hospital “Felipe Arriola Iglesias”, en enero a diciembre del 2015

#### **Metodología**

Se realizó un estudio de diseño analítico caso control, comparando 48 madres con parto pretérmino (casos) y 96 madres con parto a término (controles), atendidas en el Hospital Felipe Arriola Iglesias, entre enero a diciembre 2015, evaluando las características sociodemográficas y obstétricas.

#### **Resultados**

El 45.8% de las madres con parto pretérmino tenían entre 20 a 34 años de edad, el 77.1% procedían de la zona urbana, el 52.1% con instrucción secundaria, el 75.0% son convivientes, el 27.1% tienen antecedente de aborto; el 10.4% con antecedente de hijo prematuro, el 6.3% con hijo con RCIU, el 22.9% con RNBP. El 41.7% son madres nulíparas, el 54.2% con periodo intergenésico de 0 a 2 años; el 62.5% tienen entre 0 a 5 controles prenatales; el 81.3% presentan alguna morbilidad, principalmente anemia (70.8%), ITU (47.9%) y los casos de hipertensión inducida en el embarazo (16.7%).

Los factores relacionados a parto prematuro fueron: procedencia de la zona rural (OR = 3.64, p = 0.023); antecedente de recién nacido prematuro (p = 0.001), menos de 6 controles prenatales (OR = 2.54, p = 0.009); morbilidad materna (OR = 4.52, p = 0.000), la anemia (OR = 4.52, p = 0.000) y RPM (OR = 13.5, p = 0.002).

Los factores protectivos de presentar un parto pretérmino fueron procedencia urbana (OR = 0.22, p = 0.003); periodo intergenésico mayor de 2 años (OR = 0.378, p = 0.033)

El parto pretérmino no se relacionó con: la edad materna (p = 0.09); nivel de instrucción (p = 0.201), estado civil (p = 0.308), antecedente de aborto (p = 0.893), antecedente de hijo con RCIU (p = 0.816), antecedente de RNBP (p = 0.521), paridad (p = 0.142), ITU (p = 0.404), HIE (p = 0.285)

#### **Conclusiones**

Los factores relacionados a parto prematuro en las gestantes del HRL fueron procedencia de zona rural, control prenatal inadecuado, periodo intergenésico menor de 2 años, morbilidad materna, anemia y RPM

**Palabras claves:** Factores, Maternos, Obstétricos, Parto Pretérmino, Iquitos.



## CAPITULO I

## 1. INTRODUCCION

La prematuridad es un problema de salud pública tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo, los nacimientos prematuros representan casi la mitad de las muertes de recién nacidos en el mundo y son la segunda causa de muerte en niños menores de cinco años, después de la neumonía <sup>1</sup>.

La información de la vigilancia epidemiológica evidencia que en el Perú la magnitud de la mortalidad neonatal es similar a la mortalidad fetal, y permite caracterizar el perfil de la mortalidad perinatal y neonatal. En nuestro país cerca del 75% de las muertes neonatales son resultado directo de tres causas principales: los nacimientos prematuros, las infecciones y la asfixia <sup>2</sup>.

Los nacimientos prematuros (bebés nacidos vivos antes de las 37 semanas completas de gestación) son causa directa del 25% de las muertes neonatales en el país. Las causas más comunes incluyen embarazos múltiples, infecciones y enfermedades crónicas; sin embargo, frecuentemente no se identifica una causa. Existe además una influencia genética <sup>3</sup>. Los bebés que nacen prematuramente experimentan más dificultades para tomar el pecho, para mantener una temperatura corporal normal y para resistir las infecciones; para los bebés que sobreviven, hay un mayor riesgo de incapacidad, que representa una pesada carga en las familias y los sistemas de salud.

Son tres factores los principales responsables de este aumento en la frecuencia de parto pretérmino: incremento en los embarazos múltiples, como consecuencia de las técnicas de fertilización asistida, cambios en la conducta obstétrica entre las 34 y 36 semana de gestación (inducción del parto en la ruptura prematura de membranas) y aumento en las intervenciones obstétricas a edades tempranas de la gestación <sup>4</sup>. Aproximadamente, 20% de los nacimientos pretérmino son indicados por razones maternas o fetales (RCIU, preeclampsia, placenta previa, registros cardiotocográficos anormales, etc.). De la restante asociación con nacimientos pretérmino, el 30% resultan de la ruptura prematura de membranas (RPM), del 20 al 25% son el resultado de infecciones intraamnióticas y el otro 25 a 30% son las formas espontáneas o sin causa aparente <sup>5-7</sup>.

Los factores vinculados al nacimiento antes de tiempo son múltiples y en los estudios efectuados se considera entre los más frecuentes la edad materna, intervalo corto entre partos, estrés, infección urinaria, infección intrauterina, enfermedad hipertensiva del embarazo, rotura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta, tabaquismo, embarazo gemelar y embarazo en la adolescente <sup>8,9</sup>.

Villanueva <sup>10</sup> en su estudio, anota que el parto prematuro es la principal causa de mortalidad neonatal y morbilidad neurológica a corto y largo plazos; 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.

La prematuridad continua siendo la mayor causa de morbimortalidad neonatal y la responsable de las muertes neonatales y secuelas neurológicas del recién nacido; producto de las complicaciones neonatales tales como la enfermedad de membrana hialina, hemorragia intraventricular severa y enterocolitis necrotizante, entre otras, suelen ser graves y en muchos casos invalidantes, con repercusiones tanto a nivel individual como familiar <sup>11, 12</sup>.

Los nacimientos prematuros (bebés nacidos vivos antes de las 37 semanas completas de gestación) son causa directa del 25% de las muertes neonatales en el país. Las causas más comunes incluyen embarazos múltiples, infecciones y enfermedades crónicas; sin embargo, frecuentemente no se identifica una causa. Existe además una influencia genética <sup>13</sup>.

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.

En cuanto a las intervenciones tendientes a reducir la morbimortalidad en el recién nacido prematuro pueden ser clasificadas en: primarias en donde tenemos políticas gubernamentales y educativas hacia toda mujer antes o durante el embarazo para prevenir

este desenlace; secundarias (dirigidas a mujeres con algún factor de riesgo ya conocido en donde se puede utilizar por ejemplo antibioticoterapia, disminuir actividad física, monitoreo de actividad uterina en casa) y las terciarias (dirigidas a prevenir el parto y mejorar los resultados neonatales en donde se incluyen tocolíticos, cerclaje, la vía de terminación del parto, esteroides antenatales entre otras <sup>12,14</sup>.

Los bebés que nacen prematuramente experimentan más dificultades para tomar el pecho, para mantener una temperatura corporal normal y para resistir las infecciones; para los bebés que sobreviven, hay un mayor riesgo de incapacidad, que representa una pesada carga en las familias y los sistemas de salud.

El parto pretérmino ocurre generalmente por la interrupción obligada de la gestación ante una enfermedad materna o fetal que ponen en riesgo la salud del binomio madre-niño; y esto lo hemos observado durante la rotación en el Hospital Felipe Arriola Iglesias; por lo que nos motivó a realizar el presente estudio con el propósito de conocer las características sociodemográficas y obstétricas de la madre que influyen en la presencia de parto pretérmino, los resultados permitirán reconocer oportunamente durante la atención prenatal a las madres con factor de riesgo para presentar un parto pretérmino, estableciendo estrategias para su atención oportuna.

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

¿Cuáles son los factores maternos y obstétricos relacionados a parto pretérmino en el Hospital “Felipe Arriola Iglesias”, en enero a diciembre del 2015?

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo general:**

- Determinar los factores maternos y obstétricos relacionados a parto pretérmino en el Hospital “Felipe Arriola Iglesias”, en enero a diciembre del 2015

#### **3.2. Objetivos Específicos:**

- Conocer las características sociodemográficas (edad, estado civil, procedencia, nivel de instrucción) de las madres atendidas en el Hospital Felipe Arriola Iglesias, entre enero a diciembre del 2015.
- Conocer las características obstétricas (antecedentes, paridad, intervalo intergenésico, control prenatal y morbilidad) de las madres atendidas en el Hospital Felipe Arriola Iglesias, entre enero a diciembre del 2015.
- Relacionar la presencia de parto prematuro con las características sociodemográficas de las madres atendidas en el Hospital Felipe Arriola Iglesias, entre enero a diciembre del 2015.
- Relacionar la presencia de parto prematuro con las características obstétricas de las madres atendidas en el Hospital Felipe Arriola Iglesias, entre enero a diciembre del 2015.

## CAPITULO II

## **4. MARCO TEÓRICO**

### **a. Parto Pretérmino.**

Un embarazo normal o a término dura de 37 a 42 semanas; el nacimiento pretérmino es considerado cuando el nacimiento ocurre entre las 20.1 y 36.6 semanas de gestación 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 <sup>15,16</sup>.

Para fines prácticos y con base en las semanas de edad gestacional, el parto pretérmino es clasificado en: pretérmino (33-36 semanas de gestación), pretérmino moderado (29-32 semanas), pretérmino extremo (28 semanas o menos) <sup>5 15</sup>.

El trabajo de parto pretérmino: dinámica uterina igual o mayor a la descrita para la definición de amenaza de parto prematuro (4 contracciones en 20 minutos u 8 en 1 hora), pero con modificaciones cervicales mayores, tales como borramiento del cérvix mayor al 80% y una dilatación mayor de 2 cm. También llamado parto pretérmino establecido cuando la dinámica uterina es mayor <sup>16</sup>.

### **b. Estadísticas de parto pretérmino.**

Los 10 países con las mayores tasas de nacimientos prematuros por cada 100 nacimientos según la Organización Mundial de la Salud son: Malawi (18.1 por cada 100); Comoras y Congo (16.7); Zimbabue (16.6); Guinea Ecuatorial (16.5); Mozambique (16.4); Gabón (16.3); Pakistán (15.8); Indonesia (15.5); y Mauritania (15.4). Estos países contrastan con los 11 países con las tasas más bajas de nacimientos prematuros: Belarús (4.1); Ecuador (5.1); Letonia (5.3); Finlandia, Croacia y Samoa (5.5); Lituania y Estonia (5.7); Barbados/Antigua (5.8); Japón (5.9) <sup>17</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 <sup>17</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 Organización Mundial de la Salud <sup>18</sup>.

### **c. Etiología de parto pretérmino**

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).

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, 20</sup>.

### **d. Factores de riesgo de parto pretérmino**

Se ha reportado como factores de riesgo <sup>10,21,22</sup>:

- Antecedente de parto pretérmino, una paciente con este antecedente, tiene 2.5 veces más riesgo de parto pretérmino y a más temprana edad gestacional del parto antecedente, mayor es el riesgo.
- Raza, las mujeres negras tienen una incidencia entre el 16-18%, comparado con mujeres blancas que es entre 7-9%.
- Edad, los extremos de la edad. Menores de 17 o mayores de 35 años.
- Bajo índice de masa corporal, el índice de masa corporal menor a 19.8 Kg/m<sup>2</sup>, es de mayor riesgo para parto pretérmino, al igual que la poca o la excesiva ganancia de peso durante el control prenatal
- Bajo ganancia de peso durante el embarazo.

- Embarazo múltiple
- Extremos en el volumen de líquido amniótico.
- Cigarrillo, aumenta en un 20-30% el riesgo de parto pretérmino.
- Condiciones médicas coexistentes.
- Colonización cervical por gérmenes.
- Traumatismos.
- Intervenciones quirúrgicas abdominales durante el embarazo.
- Infecciones: Vaginitis Bacteriana, Infecciones urinarias, pielonefritis, enfermedades de transmisión sexual.

#### e. Complicaciones del parto pretérmino

La patología prevalente del pre término 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 <sup>20</sup>.

Las principales complicaciones asociadas con la prematurez son: síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, displasia broncopulmonar, persistencia del conducto arterioso, retinopatía y sepsis <sup>22-24</sup>

**Patología Respiratoria:** distres respiratorio por déficit de síntesis de surfactante y aumento del grosor de la membrana alveolo capilar; apneas del pre término y la displasia broncopulmonar en secuencia cronológica de su aparición. Otras patologías: neumotórax, la hipertensión pulmonar, atelectasia, enfisema intersticial, neumatoceles, edema de pulmón, neumonías infecciosas o aspirativas etc. <sup>25</sup>

**Patología Neurológica:** La susceptibilidad a la hipoxia, a los cambios de la osmolaridad y tensionales, hacen que el sangrado a nivel subependimario sea frecuente con la producción de la hemorragia intraventricular y su forma más grave de infarto hemorrágico <sup>25</sup>.

**Oftalmológicos:** La detención de la vascularización de la retina que produce el nacimiento pre término y el posterior crecimiento desordenado de los neovasos, es el origen de retinopatía del pre término <sup>25</sup>

**Cardiovasculares:** La hipotensión arterial precoz es más frecuente cuanto menor es el peso; la persistencia del ductus arterioso es una patología prevalente en los pre términos <sup>25</sup>.

**Gastrointestinales:** existen trastornos de tolerancia con escasa capacidad gástrica, reflujo gastroesofágico y evacuación lenta <sup>26</sup>.

**Inmunológicos:** El sistema inmune del recién nacido pre término, es incompetente respecto al recién nacido a término; con vulnerabilidad de la barrera cutánea, mucosa e intestinal, disminución de la reacción inflamatoria e incompleta fagocitosis y función bactericida de los neutrófilos y macrófagos. La inmunidad específica, muestra una disminución de IgG que es de transferencia materna, con práctica ausencia de IgA e IgM; la respuesta de la inmunidad celular es relativamente competente <sup>25</sup>.

**Metabolismo:** La termorregulación está afectada por un metabolismo basal bajo con escasa producción de calor, disminución de la reserva grasa corporal, un aumento de la superficie cutánea relativa y deficiente control vasomotor, que condicionan una conducta poiquiloterma con mayor tendencia a la hipotermia que a la hipertermia <sup>25</sup>.

El agua representa más del 80% del peso corporal del recién nacido pre término, que es portador de inmadurez renal que le impide la reabsorción correcta del sodio y agua filtrada.

Presenta escasos depósitos de glucógeno que junto con la interrupción de los aportes de glucosa, hace que se produzca hipoglicemia

**Hematológicos:** La serie roja del pre término tiene valores promedios inferiores a los del recién nacido a término, con una tasa de eritroblastos aumentada <sup>25</sup>.

**Endocrinos:** se detectan signos de hiperfunción tiroidea, que puede encubrir un hipotiroidismo subyacente.

#### f. Antecedentes de investigación

**SAAVEDRA (2015)** <sup>26</sup> determino los factores asociados a prematuridad en el Hospital II – 1 de Yurimaguas - Loreto, entre julio a diciembre 2014; evaluó 55 casos y 110 controles; las madres con recién nacidos prematuro presenta entre 20 a 34 años (74.5%), proceden de la zona urbano marginal (43.6%) y urbana (40.0%), son convivientes (76.4%) y de nivel de instrucción de secundaria (78.2%); el 7.3% tienen antecedente de prematuridad, el 49.1% son primíparas y el 61.8% tienen menos de 6 controles pre natales. El 61.8% han presentado morbilidad durante el embarazo; las principales morbilidades registradas fueron anemia (38.2%), infección urinaria (ITU) (21.8%), hipertensión inducida en el embarazo (14.5%) y pre eclampsia (9.1%). Las madres que proceden de la zona rural tienen (OR 1.39) y zona urbanomarginal (OR 2.16) tuvieron mayor riesgo significativamente ( $p=0.011$ ); las que proceden de la zona urbana tienen un OR protectorio (0.37). Las madres con menos de 6 controles prenatales tuvieron un OR de 2.43 ( $p=0.008$ ) para presentar recién nacido prematuro; las que tienen 6 a más controles tienen un OR protectorio (0.41). Las madres con morbilidad durante el embarazo tienen un OR de 1.94 ( $p=0.047$ ) para tener un recién nacido prematuro, siendo la hipertensión inducida por el embarazo (OR .51;  $p = 0.01$ ) y pre eclampsia (OR 5.4;  $p= 0.02$ ) para presentar recién nacido prematuro. Las madres que presentaron con mayor frecuencia recién nacidos prematuros fueron entre: las menores de 20 años (52.9%,  $p=0.145$ ); las casadas (38.5%,  $p=0.521$ ); las de nivel de instrucción primaria (66.7%,  $p=0.343$ ), con antecedente de prematuridad (66.7%,  $p=0.07$ ), las nulíparas (52.2%,  $p=0.203$ ). Las madres con anemia ( $p=0.192$ ), infección urinaria ( $p=0.391$ ) y malaria ( $p=0.720$ ) estadísticamente no se relacionaron con la presencia de prematuridad.

**CARPIO (2014)** <sup>27</sup> determino los factores de riesgo maternos asociados al desarrollo de parto pre término en el Hospital Regional de Lambayeque durante el año 2013; estudio 35 partos pre término y 35 partos a término). El antecedente de parto pre término ( $p = 0,0479549$ ; OR 7,03), control prenatal  $< 6$  ( $p = 0,0418812$ ; OR 4,89), el desprendimiento prematuro de placenta ( $p = 0,0252295$ ; OR 8,5), la vaginosis bacteriana ( $p = 0,0105826$ ; OR 4,07) y la infección de vías urinarias ( $p = 0,0301523$ ; OR 2,97) se asociaron al

desarrollo de parto pre término. El antecedente de parto pretérmino, el inadecuado control prenatal, el desprendimiento prematuro de placenta, la vaginosis bacteriana y la infección de vías urinarias son factores de riesgo asociados al desarrollo de parto pretérmino.

**ALBORNOZ y col. (2014)** <sup>28</sup> determinaron la asociación entre el control prenatal, la cesárea y la prematuridad con la mortalidad perinatal e identificar algunas características maternas y del recién nacido; analizaron las historias clínicas de 171 pacientes (57 casos y 114 controles), que fueron atendidos en el Hospital Regional “Hermilio Valdizán” de Huánuco, Enero - Diciembre 2010. Los factores asociados fueron la edad gestacional (< 37 y > 40 semanas) [ $p < 0,05$ ; OR=29,90 (IC 95% 5,70–25,91)], el número de controles prenatales (< 5) [ $p < 0,05$ ; OR=7,12 (IC 95% 3,51–14,44)], el analfabetismo/instrucción primaria [ $p < 0,05$ ; OR=1,94 (IC 95% 0,99–3,79)], el peso del recién nacido (< 2500 gr y > 4000 gr) [ $p < 0,05$ ; OR=12,15 (IC 95% 5,70–25,90)], el puntaje de Apgar a los 5 minutos (< 7) [ $p < 0,05$ ; OR=109,10 (IC 95% 14,24–835,69)]. No hubo asociación con la cesárea [ $p < 0,05$ ; OR=1,00 (IC 95% 0,53–1,92)]. El número de controles (< 5), las edades gestacionales extremas, ser analfabeta o tener instrucción primaria, el peso del recién nacido (< 2500 o > 4000 g) y el puntaje de Apgar a los 5 minutos (< 7) están asociados a la mortalidad perinatal.

**RODRIGUEZ y col. (2013)** <sup>29</sup> evaluaron determinaron los factores de riesgo y la relación de cada uno de ellos y cómo influyen en la prematurez de los nacidos en Hospital de Ginecoobstetricia 23 del IMSS, Monterrey NL. Evaluaron a 300 mujeres que finalizaron el embarazo entre las semanas 28 a 36 en el grupo de casos y 600 pacientes que lo hicieron entre las semanas 37 a 41, en el periodo de abril a septiembre de 2011. Los factores de riesgo para nacimiento prematuro en el grupo de casos fueron: edad materna mayor de 35 años (14.6%), placenta previa (9.3%) e infecciones urinarias (46%). La asociación de factores como la ruptura prematura de membranas y procesos infecciosos fue más significativa con cervicovaginitis (76%). Los factores de riesgo asociados con recién nacido prematuro 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.

**WESCHE (2013)** <sup>30</sup> determino el perfil epidemiológico del parto prematuro en el Hospital III Iquitos de EsSALUD en el 2013; de una población de 240 partos prematuros se calculó

una muestra de 148 que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, recogiendo información de las historias clínicas; el 65.5% tuvieron entre 20 a 34 años de edad; el 38.5% proceden de la zona urbano marginal, el 54.1% son convivientes, el 46.6% tienen un nivel de instrucción secundaria. El 39.2% presentan 2 gestaciones, el 32.4% presentaron aborto, el 61.6% son multíparas y el 62,2% tuvieron entre 6 a más controles prenatales. De las 131 madres con PP y gestación previa, el 33.6% tuvieron un periodo intergenésico menor de 2 años. El 45.3% tuvieron antecedente de hijo prematuro, el 50.0% de hijo RNBPN y el 25.0% de RCIU. El 89.2% presentaron morbilidad durante el embarazo; siendo las principales: ITU (64.9%), vulvovaginitis (48.6%), anemia (23.6%) e HIE (21.6%). Las madres adolescentes y añosas con PP presentaron significativamente ( $p=0.012$ ) mayor frecuencia de aborto. Las madres añosas con PP presentan con mayor frecuencia antecedente de hijo prematuro ( $p=0.000$ ) y de RNBPN ( $p=0.000$ ). La HIE fue más frecuente en las madres de 15 a 19 años con PP ( $p=0.001$ ), y la pre eclampsia fue más frecuente en las madres de 15 a 19 años y en mayores de 34 años ( $p=0.007$ ).

**GUILLEN y col. (2012)** <sup>31</sup> realizaron un estudio para conocer la caracterización epidemiológica y factores de riesgo en recién nacidos prematuros atendidos en el Hospital Dr. Juan Manuel Gálvez, Gracias, Lempira, Honduras, Incluyeron 29 casos de prematuridad y 58 controles, encontrándose significancia estadística, sólo en las siguientes variables maternas: edad menor de 18 años OR 4,71 (IC95% 1.40 -16.2), periodo intergenésico menor o igual a 2 años OR 5,8 (IC95% 1,03-35,07); madre con 4 o menos controles prenatales OR 4,05 (IC95% 1,22-13,91), infección del tracto urinario OR 4,77 (IC95% 1,25-18,99), patología materna durante el embarazo, OR 3,99 (IC95% 1,35-12,00) y anemia OR 17,5 (IC95% 3,08-129,90).

**PARRA (2012)** <sup>32</sup> determino factores de riesgo maternos, fetales y socio demográficos asociados a parto pretérmino de las gestantes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de la ciudad de Tacna durante el período 2010-2012; de 642 pacientes con gestación que culminó en parto de recién nacido vivo pretérmino, se obtuvo 416 casos aptos, luego del análisis estadístico se tiene que, los factores asociados al parto pretérmino son la edad materna < 18 años, el antecedente de parto prematuro, período intergenésico < 2 años, la ganancia durante el embarazo < 8kg, preeclampsia y ruptura prematura de membranas, embarazo gemelar, estado civil soltera y la ocupación de agricultora.

**OVALLE y col. (2012)** <sup>33</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 ( $p < 0,001$ ), IBA ( $p = 0,02$ ) 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 IBA 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.

**GARCIA y col. (2010)** <sup>34</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, 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 tratamiento de infecciones vaginales (p. ej. vaginosis bacteriana), reducen la posibilidad de nacimientos pre término..

**OSORMO y col. (2008)** <sup>35</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.

**CHAVEZ (2008)** <sup>36</sup> determinó los factores maternos de influencia sobre los niveles de prematuridad del recién nacido en el Hospital "San Juan de Dios" de Ayaviri, provincia de Melgar del Departamento de Puno en los años 2006 y 2007; con una muestra constituida por 860 neonatos con sus respectivas madres, de los cuales 172 neonatos prematuros corresponden a los casos y 688 a los controles. Se encontró que los antecedentes personales de la madre como la edad, la escolaridad, la ocupación y la procedencia se asocian a la prematuridad. Tienen mayor probabilidad de tener un recién nacido prematuro las madres menores de 19 años (1.9 veces más probable), las analfabetas (3 veces más probable), las de ocupación pastora (2 veces más probable), y la de procedencia rural (1.4 veces probable). Los antecedentes obstétricos y de gestación asociados a la prematuridad son: el período intergenésico, el número de controles prenatales, la cantidad de peso ganado durante la gestación y las enfermedades del embarazo. Están en mayor riesgo de tener un recién nacido prematuro las madres con un periodo intergenésico de menos de 1 año (3 veces más probable), las que tienen 4 y menos de 4 controles prenatales (1.7 y 2.3 veces más probable respectivamente), las que durante la gestación han ganado menos de 8 Kg de peso (6 veces más probable), las que padecen de toxemia (2.6 veces más probable) y las que presentan placenta previa (16 veces más probable).

**MEZA (2007)** <sup>37</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 Únanue de Lima durante el período enero2002- 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.

## 5. HIPOTESIS

- Las gestantes adolescentes se asocian a la presencia de parto pretérmino
- Las gestantes que proceden de la zona rural se asocia con la presencia de parto pretérmino.
- Las gestantes con bajo nivel de instrucción se asocia con la presencia de parto pretérmino.
- .Las gestantes con antecedente de parto pretérmino se asocia a la mayor frecuencia de parto pretérmino.
- .Las gestantes con intervalo intergenésico se asocian a la mayor frecuencia de parto pretérmino.
- .Las gestantes con infección urinaria durante el embarazo se asocia a la mayor frecuencia de parto pretérmino.
- .Las gestantes con hipertensión inducida en el embarazo se asocia a la mayor frecuencia de parto pretérmino.

## 6. VARIABLES

### Variable Dependiente

- Parto pretérmino

### Variables Independientes

- Características maternas
  - Edad
  - Estado civil
  - Procedencia
  - Nivel de Instrucción
- Características obstétricas
  - Antecedente de aborto
  - Antecedente de hijo prematuro
  - Antecedente de hijo con RCIU
  - Antecedente de hijo con BPN
  - Paridad
  - Intervalo intergenésico
  - Control prenatal
  - Morbilidad obstétrica
    - Anemia
    - ITU
    - Vulvovaginitis
    - HIE
    - PE
    - Eclampsia
    - Malaria
    - Dengue
    - Otras

## 7. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA
<b>CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICOS</b> Es el conjunto de características demográficas, de la unidad de estudio como su edad, procedencia, nivel de instrucción, estado civil.	Fecha de nacimiento registrada en SIS	<b>Edad:</b> Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del ocurrir la entrevista, los grupos serán de < 20 años, 20 a 34 años, > 34 más	Continua
	Estado civil registrado en el SIS o 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> que vive sola con sus hijos y no tiene vínculo con el padre. <b>Conviviente:</b> que convive con su pareja pero no tienen vinculo legal <b>Casada:</b> que tiene vinculo legal (civil) con su pareja	Nominal
	Dirección registrada en el Sistema de Gestión Hospitalaria	<b>Procedencia:</b> se define como la dirección registrada en la historia clínica, debido a que es un estudio retrospectivo <b>Urbano:</b> que procede de la zona céntrica o dentro del perímetro urbano de la ciudad. <b>Urbanomarginal:</b> que procede de áreas alejadas del perímetro urbano. <b>Rural:</b> que procede de pueblos, caseríos aldeaños de la ciudad.	Nominal
	Nivel de instrucción registrado en la encuesta	<b>Nivel de instrucción:</b> Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos, tendrá 4 índices: sin estudios, Primaria, secundaria y técnica o superior. <b>Sin instrucción:</b> no curso estudios en un centro educativo <b>Primaria:</b> con estudios en centro educativo primario completa o incompleta. <b>Secundaria</b> con estudios en centro educativo secundario completa o incompleta. <b>Técnica :</b> con estudios en centro educativo técnico completa o incompleta <b>Superior:</b> con estudios en centro educativo técnico o superior, completa o incompleta	Nominal
<b>Características obstétricas:</b> Es el conjunto de características obstétricas de la unidad de estudio, contará con las siguientes subvariables:	Información registrada en la encuesta	<b>Antecedente patológicos de sus hijos:</b> haber tenido un hijo al nacimiento prematuro, hijo con RCIU, Antecedente de hijo con BPN	Nominal

VARIABLES	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA
Antecedente patológicos de sus hijos, de Paridad Control pre-natal, Periodo intergenésico, Antecedente de hijo prematuro, Antecedente de hijo con RCIU, Antecedente de hijo con BPN, morbilidad durante el embarazo		<p><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 500g o más, o que poseen más de 20 semanas de edad gestacional, tendrá 4 índices; nulípara, primípara,</p> <p><b>Nulípara:</b> no tuvo ningún parto</p> <p><b>Primípara:</b> solo tuvo 1 parto</p> <p><b>Múltiparas:</b> Mujer que ha presentado 2 o más partos.</p> <p><b>Gran Múltipara:</b> mujer con 5 partos a más.</p>	Nominal
		<p><b>Intervalo intergenésico:</b> Tiempo entre el embarazo actual y el anterior</p> <p>Adecuado: de 2 a más años</p> <p>No adecuado: menor de 2 años</p>	Nominal
		<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
		<p><b>Morbilidad materna:</b> enfermedad de la madre que pone en riesgo la vida de la madre y del feto, como: enfermedad hipertensiva del embarazo, diabetes gestacional, ITU, Anemia, DPP, etc</p>	Nominal
<b>Parto pretérmino:</b> Parto que ocurre entre la semana 22 y antes de las 37 semanas	Información registrada en historia clínica	<b>Parto pretérmino:</b> Parto que ocurre entre la semana 22 y antes de las 37 semanas	Nominal

### **CAPITULO III**

## 8. METODOLOGIA

### 8.1 Tipo y Diseño de Investigación

El presente estudio es de tipo cuantitativo de diseño analítico caso control

- Caso: Porque describe el nivel de conocimiento de hipertensión arterial en los pacientes hipertensos del Hospital III Iquitos de la Seguridad Social
- Control: Porque evalúa las variables una sola vez durante el período que ocurre el estudio.

### 8.2 Población y Muestra:

#### a) Población

La población estuvo constituida por las madres que presentaron parto pretérmino y partos a término, entre enero a diciembre 2015 del Hospital Felipe Arriola Iglesias 2016.

#### b) Muestra

La muestra estuvo constituida por 48 madres con parto pretérmino y 96 madres con parto a término, que cumplieron los criterios de inclusión.

#### c) Tamaño muestral

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

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

Dónde:

$n$  = tamaño de la muestra.

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

$$P_1 = \frac{w P_2}{(1 - p_2) + w P_2}$$

$W$  es una idea del valor aproximado del  $OR$  que se desea estimar; para el estudio se desea encontrar un  $OR$  de 3 veces más riesgo de parto prematuro en la madre con el factor de riesgo.

$p_2$  es la frecuencia de la exposición entre los controles, que se plantea que cerca del 50% de las madres con parto a término.

$$p_1 = 3(0.5)/(1-0.5)+3(0.5) = 0.751$$

$p$  se calcula con la siguiente fórmula:

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

$$p = (0.751+0.5)/2 = 0.625$$

$Z_{1-\alpha/2}$  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  $Z_{1-\beta} = 0.84$

$$n = \left[ \frac{1.96^2 (2 * 0.625 * (1 - 0.625))^{1/2} + 0.84^2 ((0.75 * (1 - 0.75) + (0.5) (1 - 0.5))^{1/2})}{(0.5 - 0.75)^2} \right]^2$$

$n = 48$  casos (parto pretérmino)

La muestra estará constituida por 48 madres con parto prematuro, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.



Los controles serán 96 madres con parto a término, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión de los casos fueron:

- Madres que tuvieron su partos en el Hospital Felipe Arriola Iglesias, entre enero a diciembre 2015
- Madre con parto pretérmino (antes de las 37 semanas)
- Historia clínica de la madre completa.
- Historia clínica perinatal

Los criterios de inclusión de los controles fueron:

- Madres que tuvieron su partos en el Hospital Felipe Arriola Iglesias, entre enero a diciembre 2015
- Madre con parto a término (37 a 42 semanas)
- Historia clínica de la madre completa.
- Historia clínica perinatal

Los criterios de exclusión de los casos y controles al estudio:

- Historia clínica de la madre y perinatal con letra ilegible

El muestreo fue probabilístico, los casos y controles encontrados se enumeraron por separados (según el orden del número de historia clínica) y en forma sistemática se extrajeron.

### **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 a través de una revisión exhaustiva de la historia clínica, el instrumento consta con tres ítems, el primero recoge información sobre las características sociodemográficas como edad, estado civil, procedencia, y nivel de instrucción, la segunda recoge información sobre las características obstétricas como antecedente: de aborto, hijo prematuro, hijo con retardo de crecimiento intrauterino, hijo con bajo peso al nacer; paridad, periodo intergenésico, control prenatal; y la presencia

de morbilidad obstétrica tercera parte recoge información sobre la presencia de parto pretérmino.

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

Se solicitó autorización al Director del Hospital Regional Felipe Arriola Iglesias para la realización del presente estudio, luego se procedió a revisar las historias clínicas y perinatales.

Los datos recolectados serán verificados con el asesor de la tesis, luego de ello se ordenaran según las variables a estudiar para su almacenamiento.

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

La información recogida fue ingresada en una base de datos creada con el software Excell y procesada con el SPSS 21.0, luego se procedió a realizar análisis univariado estos resultados se presentan a través de estadística descriptiva mediante tablas univariadas de frecuencias relativas y gráficos; las relaciones entre las variables fue a través de estadística analítica utilizando la prueba de Ji cuadrado y se determinó 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 sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, el presente estudio no es experimental, consiste en una recopilación de información dada voluntariamente a través de un consentimiento informado, respetando la confidencialidad de la información.

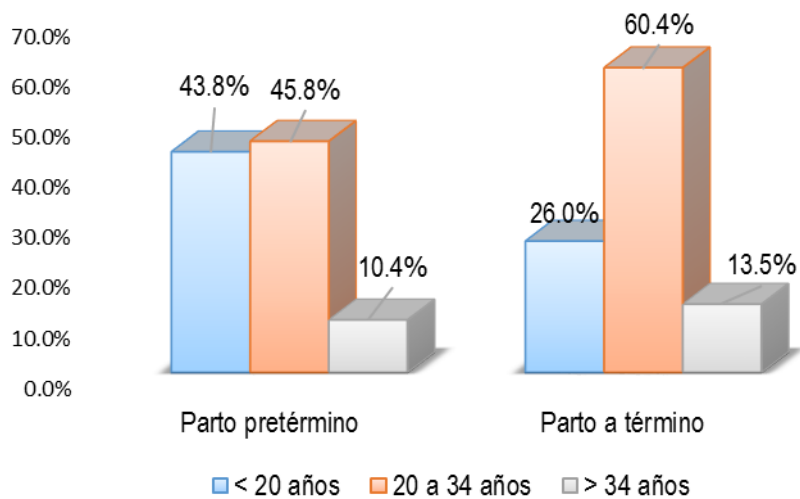
## **CAPITULO IV**

## 9. RESULTADOS

### a) Características sociodemográficas de las madres atendidas en el Hospital Felipe Arriola Iglesias

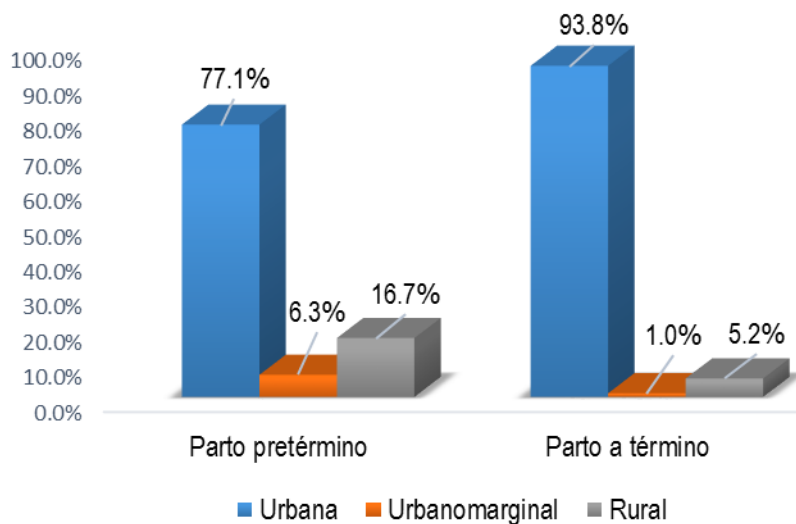
El 45.8% de las madres con parto pretérmino tenían entre 20 a 34 años de edad y el 43.8% eran menores de 20 años; mientras que el 60.4% de las madres con parto a término tenían entre los 20 a 34 años de edad y el 26.0% eran menores de 20 años (Gráfica N° 1).

**Gráfica N° 1**  
**Edad Materna según Parto pretérmino y a término**  
**Hospital Regional Felipe Arriola Iglesias**  
**2015**



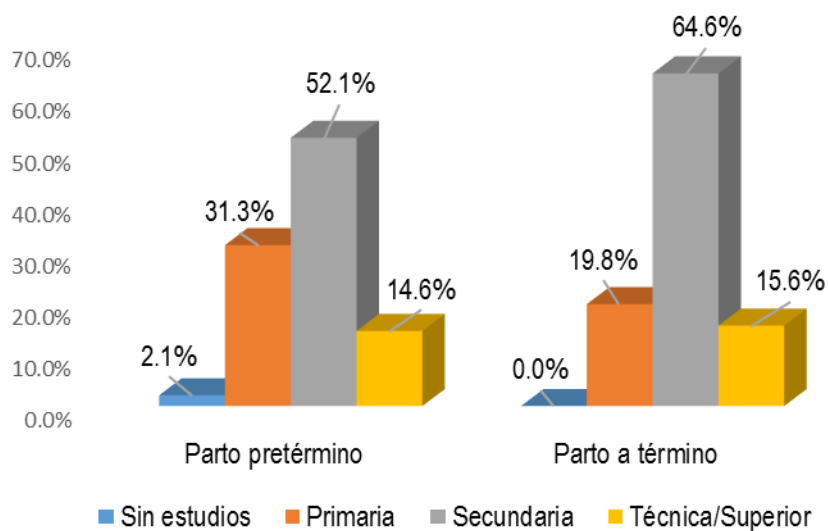
El 77.1% de las madres con parto pretérmino procedían de la zona urbana y el 16.7% de la zona rural; mientras que el 93.8% de las madres con parto a término procedían de la zona urbana y el 5.2% de la zona rural (Gráfica N° 2).

**Gráfica N° 2**  
**Procedencia según Parto pretérmino y a término**  
**Hospital Regional Felipe Arriola Iglesias**  
**2015**



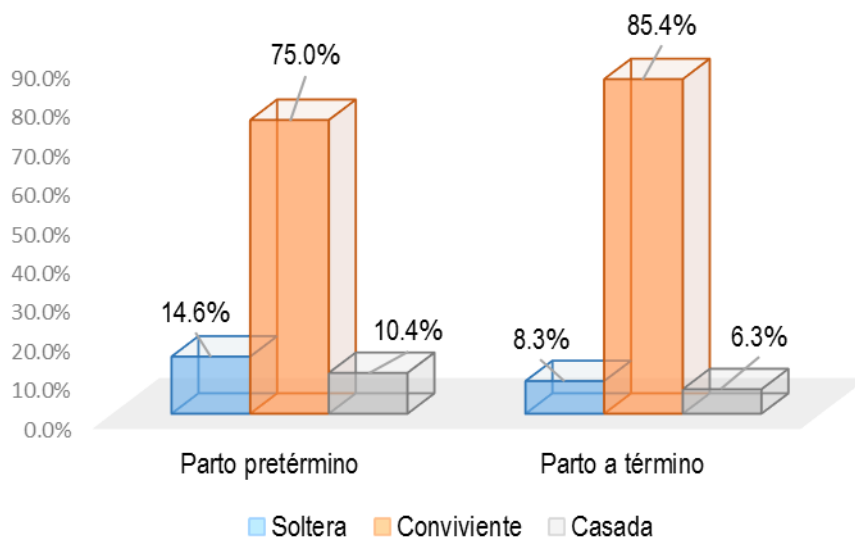
El 52.1% de las madres con parto pretérmino tienen un nivel de instrucción de secundaria y el 31.3% primaria, mientras que el 64.6% de las madres con parto a término tienen un nivel de instrucción de secundaria y el 19.8% primaria (Gráfica N° 3).

**Gráfica N° 3**  
**Nivel de Instrucción según Parto pretérmino y a término**  
**Hospital Regional Felipe Arriola Iglesias**  
**2015**



El 75.0% de los partos pretérmino y el 85.4% de los partos a término son en madres con estado civil convivientes (Gráfica N° 4).

**Gráfica N° 4**  
**Estado civil según Parto pretérmino y a término**  
**Hospital Regional Felipe Arriola Iglesias**  
**2015**



**b) Características obstétricas de las madres atendidas en el Hospital Felipe Arriola Iglesias**

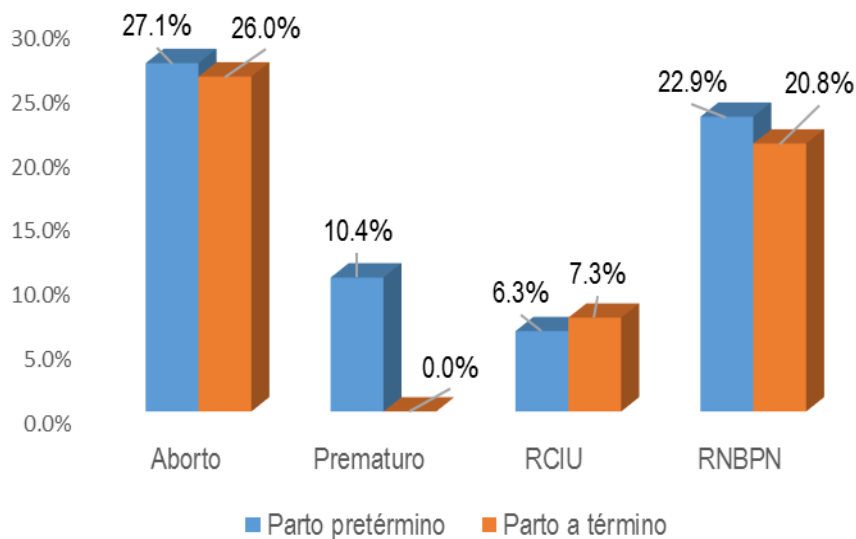
El 27.1% de los partos pretérmino y el 26.0% de los partos a término tienen antecedente de aborto (Gráfica N° 5).

El 10.4% de los partos pretérmino y el 0.0% de los partos a término tienen antecedente de hijo prematuro (Gráfica N° 5).

El 6.3% de los partos pretérmino y el 7.3% de los partos a término tienen antecedente de hijo con retardo de crecimiento intrauterino (Gráfica N° 5).

El 22.9% de los partos pretérmino y el 20.8% de los partos a término tienen antecedente de hijo con bajo peso al nacer (Gráfica N° 5).

**Gráfica N° 5**  
**Antecedentes Obstétricos según Parto pretérmino y a término**  
**Hospital Regional Felipe Arriola Iglesias**  
**2015**

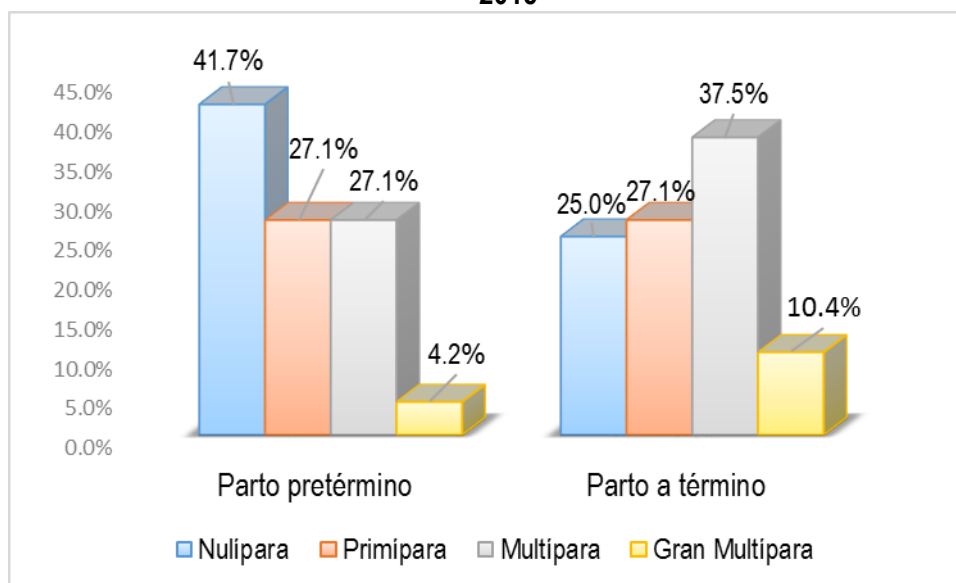




El 41.7% de los partos pretérmino fueron en madres nulíparas y el 25.0% de los partos a término son en madres nulíparas (Gráfica N° 6).

El 27.1% de los partos pretérmino y el 37.5% de los partos a término fueron en madres multíparas (Gráfica N° 6).

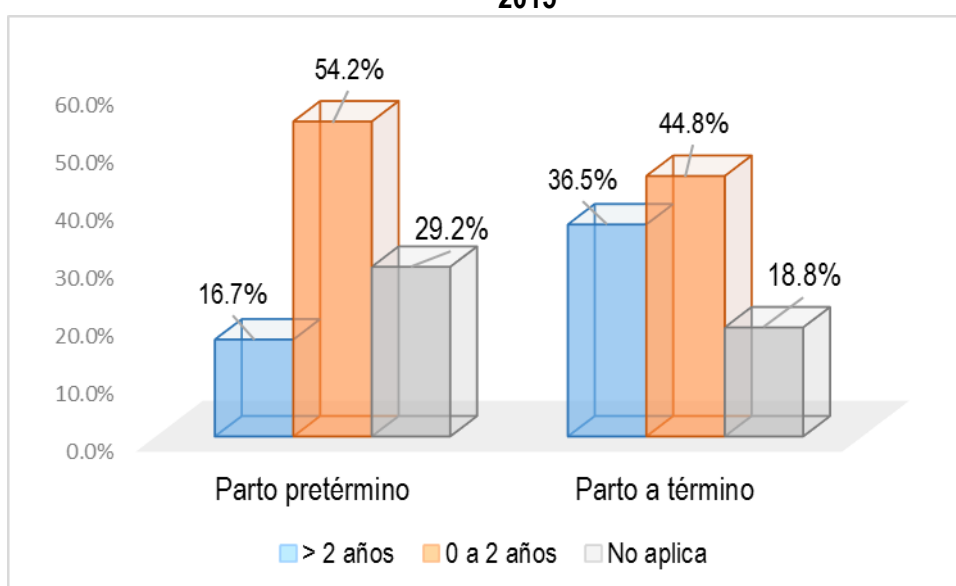
**Gráfica N° 6**  
**Paridad según Parto pretérmino y a término**  
**Hospital Regional Felipe Arriola Iglesias**  
**2015**



El 54.2% de los partos pretérmino y el 44.8% de los partos a término fueron en madres con periodo intergenésico de 0 a 2 años (Gráfica N° 7).

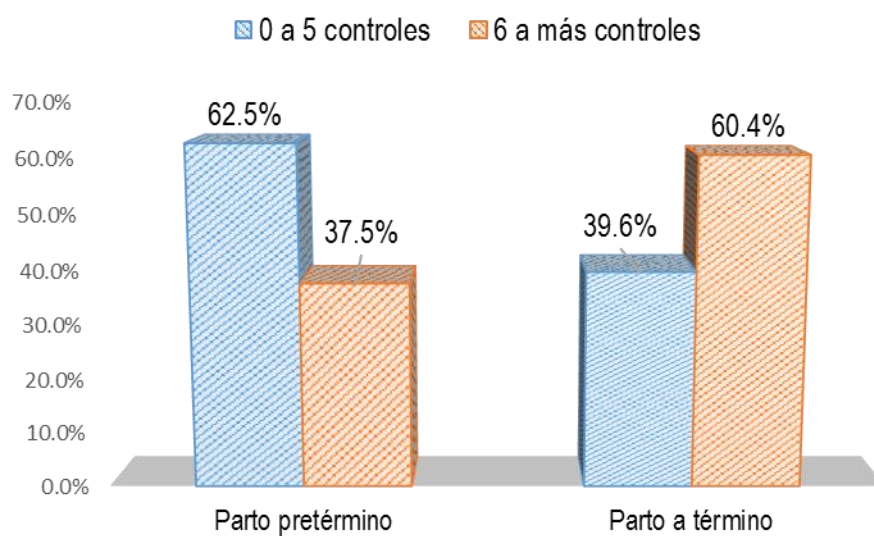
El 16.7% de los partos pretérmino y el 36.5% de los partos a término fueron en madres con periodo intergenésico de 2 a más años (Gráfica N° 7).

**Gráfica N° 7**  
**Intervalo Intergenésico según Parto pretérmino y a término**  
**Hospital Regional Felipe Arriola Iglesias**  
**2015**



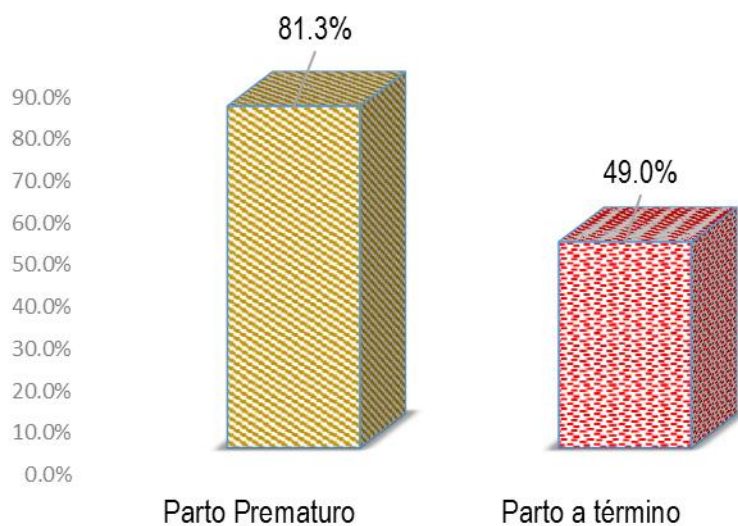
El 62.5% de los partos pretérmino tienen entre 0 a 5 controles prenatales y el 60.4% de los partos a término tienen 6 a más controles prenatales (Gráfica N° 8).

**Gráfica N° 8**  
**Control Prenatal según Parto pretérmino y a término**  
**Hospital Regional Felipe Arriola Iglesias**  
**2015**



El 81.3% de los partos pretérmino y el 49.0% de los partos a término presentan alguna morbilidad (Gráfica N° 9).

**Gráfica N° 9**  
**Morbilidad según Parto pretérmino y a término**  
**Hospital Regional Felipe Arriola Iglesias**  
**2015**



Las madres con parto pretérmino presentaron principalmente anemia (70.8%), infección urinaria (47.9%) y los casos de hipertensión inducida en el embarazo (16.7%); mientras que las madres con parto a término presentaron infección urinaria (40.6%), anemia (37.5%) e hipertensión inducida en el embarazo (10.4%) (Tabla N° 1).

**Tabla N° 1**  
**Tipo de Morbilidad según Parto pretérmino y a término**  
**Hospital Regional Felipe Arriola Iglesias**  
**2015**

Tipo de morbilidad	Parto pretérmino		Parto a término		Total
Anemia	34	70.8%	36	37.5%	70
ITU	23	47.9%	39	40.6%	62
HIE/PE	8	16.7%	10	10.4%	18
RPM	6	12.5%	1	1.0%	7
Oligohidramnios	3	6.3%	4	4.2%	7
Malaria	2	4.2%	2	2.1%	4
Vulvovaginitis	2	4.2%	1	1.0%	3
Total	48	100.0%	96	100.0%	144

**c) Relación entre las características sociodemográficas de las madres y parto prematuro**

El 45.7% de las madres menores de 20 años tuvieron parto pretérmino, el 27.5% de las madres de 20 a 34 años y el 27.8% de las madres mayores de 34 años tuvieron parto pretérmino; esta diferencia no fue estadísticamente significativa ( $p = 0.09$ ); no se encontró asociación entre la edad materna y parto pretérmino (Tabla N° 2)

**Tabla N° 2**  
**Relación entre la Edad Materna y Parto Pretérmino**  
**Hospital Regional Felipe Arriola Iglesias**  
**2015**

Edad Materna	Parto pretérmino		Parto a término		Total
< 20 años	21	45.7%	25	54.3%	46
20 a 34 años	22	27.5%	58	72.5%	80
> 34 años	5	27.8%	13	72.2%	18
Total	48	33.3%	96	66.7%	144

$p = 0.09$

El 75.0% de las madres que proceden de la zona urbanomarginal y el 61.5% de las que proceden de la zona rural tuvieron parto pretérmino, mientras que el 29.1% de las madres que proceden de la zona urbana tuvieron parto pretérmino; las madres que proceden de la zona rural 3.64 veces ( $p = 0.023$ ); las que proceden de la zona urbana tienen un OR de 0.22 ( $p = 0.003$ ) siendo un factor protector; las que proceden de la zona urbanomarginal tienen OR = 6.33 pero no es significativo ( $p = 0.072$ ) (Tabla N° 3)

**Tabla N° 3**  
**Relación entre la Procedencia Materna y Parto Pretérmino**  
**Hospital Regional Felipe Arriola Iglesias**  
**2015**

Procedencia	Parto pretérmino		Parto a término		Total	OR, p
Urbana	37	29.1%	90	70.9%	127	OR = 0.22, $p = 0.003$
Urbanomarginal	3	75.0%	1	25.0%	4	OR = 6.33, $p = 0.072$
Rural	8	61.5%	5	38.5%	13	OR = 3.64, $p = 0.023$
Total	48	33.3%	96	66.7%	144	

El 44.1% de las madres con instrucción primaria tuvieron parto pretérmino, menor frecuencia tuvieron las madres con nivel de instrucción secundaria (28.7%) y técnica/superior (31.8%); esta tendencia no fue estadísticamente significativa ( $p = 0.201$ ); no se encontró asociación entre el nivel de instrucción y parto pretérmino (Tabla N° 4)

**Tabla N° 4**  
**Relación entre el Nivel de Instrucción Materna y Parto Pretérmino**  
**Hospital Regional Felipe Arriola Iglesias**  
**2015**

Nivel de instrucción	Parto pretérmino		Parto a término		Total
Sin estudios	1	100.0%	0	0.0%	1
Primaria	15	44.1%	19	55.9%	34
Secundaria	25	28.7%	62	71.3%	87
Técnica/Superior	7	31.8%	15	68.2%	22
Total	48	33.3%	96	66.7%	144

$p = 0.201$

El 46.7% de las madres solteras y el 45.5% de las madres convivientes tuvieron parto pretérmino, no se encontró asociación significativa ( $p = 0.308$ ) entre el estado civil y parto pretérmino (Tabla N° 5)

**Tabla N° 5**  
**Relación entre el Estado Civil de la Madre y Parto Pretérmino**  
**Hospital Regional Felipe Arriola Iglesias**  
**2015**

Estado Civil	Parto pretérmino		Parto a término		Total
Soltera	7	46.7%	8	53.3%	15
Conviviente	36	30.5%	82	69.5%	118
Casada	5	45.5%	6	54.5%	11
Total	48	33.3%	96	66.7%	144

$p = 0.308$

#### d) Relación entre las características obstétricas y parto prematuro

El 34.2% de las madres que tuvieron antecedente de aborto tuvieron parto pretérmino, teniendo un OR de 1.05 ( $p = 0.893$ ), no se encontró relación entre el antecedente de aborto y parto pretérmino (Tabla N° 6)

El 100.0% de las madres que tuvieron antecedente de prematuro tuvieron parto pretérmino, se encontró relación estadísticamente significativa ( $p = 0.001$ ) entre el antecedente de prematuridad y parto pretérmino (Tabla N° 6)

El 30.0% de las madres que tuvieron antecedente de RCIU tuvieron parto pretérmino, teniendo un OR de 0.847 ( $p = 0.816$ ), no se encontró relación entre el antecedente de RCIU y parto pretérmino (Tabla N° 6)

El 35.5% de las madres que tuvieron antecedente de RNBPN tuvieron parto pretérmino, teniendo un OR de 1.13 ( $p = 0.521$ ), no se encontró relación entre el antecedente de RNBPN y parto pretérmino (Tabla N° 6)

**Tabla N° 6**  
**Relación entre los antecedentes obstétricos de la Madre y Parto Pretérmino**  
**Hospital Regional Felipe Arriola Iglesias**  
**2015**

Antecedente	Parto pretérmino		Parto a término		Total	OR, p
Aborto	13	34.2%	25	65.8%	38	OR=1.05, $p=0.893$
Prematuro	5	100.0%	0	0.0%	5	$p=0.001$
RCIU	3	30.0%	7	70.0%	10	OR=0.847, $p=0.816$
RNBPN	11	35.5%	20	64.5%	31	OR=1.13, $p=0.521$
Total	48	33.3%	96	66.7%	144	



El 45.5% de las madres nulíparas tuvieron parto pretérmino, mientras que el 33.3% de las primíparas y el 26.5% de las múltiparas tuvieron parto pretérmino, esta diferencia no fue significativa ( $p = 0.142$ ); no se encontró relación entre la paridad y parto pretérmino (Tabla N° 7)

**Tabla N° 7**  
**Relación entre la Paridad de la Madre y Parto Pretérmino**  
**Hospital Regional Felipe Arriola Iglesias**  
**2015**

Paridad	Parto pretérmino		Parto a término		Total
Nulípara	20	45.5%	24	54.5%	44
Primípara	13	33.3%	26	66.7%	39
Múltipara	13	26.5%	36	73.5%	49
Gran Múltipara	2	16.7%	10	83.3%	12
Total	48	33.3%	96	66.7%	144

$p = 0.142$

El 18.6% de las madres con periodo intergenésico mayor de 2 años tuvieron parto pretérmino, mientras que el 37.3% de las madres con periodo intergenésico de 0 a 2 años tuvieron parto pretérmino, se encuentra significativamente ( $p = 0.033$ ) un OR de 0.378, el periodo intergenésico mayor de 2 años es un factor protector; se encontró relación entre el periodo intergenésico y parto pretérmino (Tabla N° 8)

**Tabla N° 8**  
**Relación entre el Periodo Intergenésico de la Madre y Parto Pretérmino**  
**Hospital Regional Felipe Arriola Iglesias**  
**2015**

Periodo intergenésico	Parto pretérmino		Parto a término		Total
> 2 años	8	18.6%	35	81.4%	43
0 a 2 años	26	37.7%	43	62.3%	69
Total	34	30.4%	78	69.6%	112

OR = 0.378,  $p = 0.033$

El 44.1% de las madres con 0 a 5 controles prenatales tuvieron parto pretérmino, solo el 23.7% de las madres con 6 a más controles prenatales tuvieron parto pretérmino, se encuentra significativamente ( $p = 0.009$ ) un OR de 2.54; se encontró estadísticamente que las madres sin un control prenatal adecuado tiene mayor riesgo de tener parto pretérmino (Tabla N° 9)

**Tabla N° 9**  
**Relación entre el Control Prenatal de la Madre y Parto Pretérmino**  
**Hospital Regional Felipe Arriola Iglesias**  
**2015**

Control prenatal	Parto pretérmino		Parto a término		Total
0 a 5 controles	30	44.1%	38	55.9%	68
6 a más controles	18	23.7%	58	76.3%	76
Total	48	33.3%	96	66.7%	144

OR 0 2.54,  $p = 0.009$

El 45.3% de las madres con morbilidad tuvieron parto pretérmino, solo el 15.5% de las madres sin morbilidad tuvieron parto pretérmino, se encuentra significativamente ( $p = 0.000$ ) un OR de 4.52; se encontró estadísticamente que las madres con morbilidad tiene mayor riesgo de tener parto pretérmino (Tabla N° 10)

**Tabla N° 10**  
**Relación entre Morbilidad de la Madre y Parto Pretérmino**  
**Hospital Regional Felipe Arriola Iglesias**  
**2015**

Morbilidad	Parto pretérmino		Parto a término		Total
SI	39	45.3%	47	54.7%	86
NO	9	15.5%	49	84.5%	58
Total	48	33.3%	96	66.7%	144

OR = 4.52,  $p = 0.000$

La anemia (OR = 4.52, p = 0.000) y la RPM (OR = 13.5, p = 0.002) se relacionaron con parto pretérmino (Tabla N° 11)

**Tabla N° 11**  
**Relación entre Tipo de Morbilidad de la Madre y Parto Pretérmino**  
**Hospital Regional Felipe Arriola Iglesias**  
**2015**

Tipo de morbilidad	Parto pretérmino		Parto a término		Total	OR, p
Anemia	34	48.6%	36	51.4%	70	OR = 4.04, p = 0.000
ITU	23	37.1%	39	62.9%	62	OR = 1.34, p = 0.404
HIE/PE	8	44.4%	10	55.6%	18	OR = 1.72, p = 0.285
RPM	6	85.7%	1	14.3%	7	OR = 13.5, p = 0.002
Oligohidramnios	3	42.9%	4	57.1%	7	OR = 1.53, p = 0.583
Malaria	2	50.0%	2	50.0%	4	OR = 2.04, p = 0.473
Vulvovaginitis	2	66.7%	1	33.3%	3	OR = 4.13, p = 0.215

## 10. DISCUSIÓN

El estudio mostro que en las madres con parto pretérmino predomino la edad de 20 a 34 años de edad, similar hallazgo a los estudio de SAAVEDRA <sup>26</sup>, WESCHE <sup>30</sup>; con mayor frecuencia de procedencia urbana, en el estudio de SAAVEDRA <sup>26</sup> fueron de procedencia urbano marginal y urbana, WESCHE <sup>30</sup> encuentra mayor frecuencia la procedencia urbanomarginal, con mayor tendencia de convivientes (75%) similar al hallazgo en el estudio de WESCHE <sup>30</sup>; con instrucción secundaria, similar al hallazgo encuentra SAAVEDRA <sup>26</sup>, WESCHE <sup>30</sup>

El 27.1% con antecedente de aborto; WESCHE <sup>30</sup> encuentra el 32.4% de antecedente de aborto,

El 10.4% tiene antecedente de hijo prematuro, SAAVEDRA <sup>26</sup> encuentra que una prevalencia menor del 7.3%; WESCHE <sup>30</sup> reporta en su estudio que el 45.3% tuvieron antecedente de hijo prematuro.

El 6.3% con hijo con RCIU, WESCHE <sup>30</sup> encuentra que el 25.0% tienen antecedente de RCIU.

El 22.9% con RNBPN; WESCHE <sup>30</sup> encuentra una frecuencia mayor, el 50.0% con antecedente de hijo RNBPN.

El 41.7% son madres nulíparas, SAAVEDRA <sup>26</sup> encuentra una frecuencia similar del 49.1% WESCHE <sup>30</sup> encuentra mayor tendencia de múltiparas (61.6%)

El 54.2% con periodo intergenésico de 0 a 2 años; WESCHE <sup>30</sup> en su estudio el 33.6% tuvieron un periodo intergenésico menor de 2 años.

El 62.5% tienen entre 0 a 5 controles prenatales; SAAVEDRA <sup>26</sup> encuentra que el 61.8% tienen menos de 6 controles pre natales. WESCHE <sup>30</sup> a diferencia encuentra que el 62,2% tuvieron entre 6 a más controles prenatales.

El 81.3% presentan alguna morbilidad, principalmente anemia, ITU y los casos de hipertensión inducida en el embarazo. SAAVEDRA <sup>26</sup> encuentra una frecuencia menor (61.8%) con similar tendencia de los casos de anemia, infección urinaria e hipertensión inducida en el embarazo; WESCHE <sup>30</sup> encuentra en su estudio que el 89.2% presentaron morbilidad durante el embarazo; siendo las principales: ITU, vulvovaginitis, anemia e HIE (21.6%).

Los factores relacionados a parto prematuro fueron: procedencia de la zona rural (OR = 3.64,  $p = 0.023$ ); SAAVEDRA <sup>26</sup> encuentra que las madres que proceden de la zona rural y zona urbanomarginal tuvieron mayor riesgo significativamente de prematuridad.

El antecedente de recién nacido prematuro ( $p = 0.001$ ) se relacionó con parto pretérmino, SAAVEDRA <sup>26</sup> no lo encontró (66.7%,  $p=0.07$ ), CARPIO <sup>27</sup> encuentra que el antecedente de parto pre término se relaciona con la prematuridad ( $p = 0,04$ ; OR 7,03), PARRA <sup>32</sup> encuentra que un factor asociado al parto pretérmino es el antecedente de parto prematuro. OSORMO <sup>35</sup> encuentra que entre los factores de riesgo asociados con la prematuridad destacan: parto prematuro previo (RM: 2.21).

Menos de 6 controles prenatales (OR = 2.54,  $p = 0.009$ ) se asocian a parto pretérmino; similar hallazgo a los estudios de SAAVEDRA <sup>26</sup> (OR = 2.43,  $p=0.008$ ), CARPIO <sup>27</sup> ( $p = 0,04$ ; OR 4,89), ALBORNOZ <sup>28</sup> ( $p<0,05$ ; OR=7,12), RODRIGUEZ <sup>29</sup> reporta que la atención prenatal deficiente se asocia a parto pretérmino. GUILLEN <sup>31</sup> encuentra un relación entre madre con 4 o menos controles prenatales (OR 4,05) y parto prematuro.

La morbilidad materna (OR = 4.52,  $p = 0.000$ ) se asoció la presencia de parto prematuro, SAAVEDRA <sup>26</sup> encuentra que la presencia de morbilidad durante el embarazo es un factor de parto prematuro. GUILLEN <sup>31</sup> encuentra una asociación entre la prematuridad y la patología materna durante el embarazo (OR 3,99)

La anemia se asoció con parto pretérmino (OR = 4.52,  $p = 0.000$ ), SAAVEDRA <sup>26</sup> no encontró asociación entre la anemia y prematuridad. GUILLEN <sup>31</sup> encuentra una alta asociación (OR 17,5).

La RPM (OR = 13.5, p = 0.002) se asoció a parto pretérmino; PARRA <sup>32</sup> encuentra que la ruptura prematura de membranas es un factor de riesgo de prematuridad. OSORMO <sup>35</sup> encuentra asociación con rotura prematura de membranas (RM: 4.48).

Los factores protectivos de presentar un parto pretérmino fueron procedencia urbana (OR =0.22, p = 0.003); similar al hallazgo en el estudio de SAAVEDRA <sup>26</sup>

El periodo intergenésico mayor de 2 años (OR = 0.378, p = 0.033) es un factor protector para parto pretérmino; GUILLEN <sup>31</sup> encuentra que el periodo intergenésico menor o igual a 2 años (OR 5,8) se relaciona con la prematuridad. PARRA <sup>32</sup> también reportó que un periodo intergenésico < 2 años es un factor asociado a prematuridad.

El estudio no mostro relación entre la HIE y parto prematuro; SAAVEDRA <sup>26</sup> encuentra que la hipertensión inducida por el embarazo y pre eclampsia se relaciona con recién nacido prematuro.

El estudio tampoco mostro asociación entre ITU y parto prematuro; CARPIO <sup>27</sup> en su estudio encuentra que la ITU se relaciona con parto pretérmino (p = 0,03; OR 2,97). RODRIGUEZ <sup>29</sup> encuentra que la ITU es un factor de riesgo. Igual hallazgo reporta GUILLEN <sup>31</sup> (OR 4,77). Y OSORMO <sup>35</sup> encuentra asociación con las infecciones urinarias (RM: 1.8)

El estudio no demostró que el parto pretérmino se relacione con: la edad materna, nivel de instrucción, estado civil, antecedente de aborto, antecedente de hijo con RCIU, antecedente de RNBPN, paridad, malaria; SAAVEDRA <sup>26</sup> a pesar de la tendencia no encontró relación con la edad, estado civil, nivel de instrucción primaria, paridad, e infección urinaria. ALBORNOZ <sup>28</sup> si encuentra que el analfabetismo/instrucción primaria (p<0,05; OR=1,94) y prematuridad.

## 11. CONCLUSIONES

- El 45.8% de las madres con parto pretérmino tenían entre 20 a 34 años de edad, el 77.1% procedían de la zona urbana, el 52.1% con instrucción secundaria, el 75.0% son convivientes, el 27.1% tienen antecedente de aborto; el 10.4% con antecedente de hijo prematuro, el 6.3% con hijo con RCIU, el 22.9% con RNBP. El 41.7% son madres nulíparas, el 54.2% con periodo intergenésico de 0 a 2 años; el 62.5% tienen entre 0 a 5 controles prenatales; el 81.3% presentan alguna morbilidad, principalmente anemia (70.8%), ITU (47.9%) y los casos de hipertensión inducida en el embarazo (16.7%).
- Los factores relacionados a parto prematuro fueron: procedencia de la zona rural (OR = 3.64,  $p = 0.023$ ); antecedente de recién nacido prematuro ( $p = 0.001$ ), menos de 6 controles prenatales (OR = 2.54,  $p = 0.009$ ); morbilidad materna (OR = 4.52,  $p = 0.000$ ), la anemia (OR = 4.52,  $p = 0.000$ ) y RPM (OR = 13.5,  $p = 0.002$ ).
- Los factores protectivos de presentar un parto pretérmino fueron procedencia urbana (OR = 0.22,  $p = 0.003$ ); periodo intergenésico mayor de 2 años (OR = 0.378,  $p = 0.033$ )
- El parto pretérmino no se relacionó con: la edad materna ( $p = 0.09$ ); nivel de instrucción ( $p = 0.201$ ), estado civil ( $p = 0.308$ ), antecedente de aborto ( $p = 0.893$ ), antecedente de hijo con RCIU ( $p = 0.816$ ), antecedente de RNBP ( $p = 0.521$ ), paridad ( $p = 0.142$ ), ITU ( $p = 0.404$ ), HIE ( $p = 0.285$ )

## 12. RECOMENDACIONES

Los hallazgos nos permiten recomendar:

- Fortalecer la educación durante el embarazo sobre de los factores que condicionan la presencia de parto pretérmino.
- Fortalecer las actividades extramuros obstétrico para asegurar un adecuado control prenatal.
- Evaluar la eficacia de la terapia antianémica en las gestantes que reciben hierro y ácido fólico.



## CAPITULO V

### 13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS: aumentan los casos de bebés prematuros, con quince millones de casos anuales en el mundo. <http://onu.org.pe/noticias/oms-aumentan-los-casos-de-bebes-prematuros-con-quince-millones-de-casos-anuales-en-el-mundo/>.
2. UNICEF. Committing to child survival: a promise renewed — progress report. United Nations Children's Fund, UNICEF, 2012.
3. Avila J, Tavera M, Carrasco M. Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos, 2011 – 2012. 1ª ed. Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología, 2013
4. Newton RE. Preterm Labor, Preterm Premature of Membrane and Chorioamnionitis. Clin Perinatol 2005;32:571-600
5. Lockwood Ch. Overview of preterm labor and delivery. UpToDate, April 2007. p. 1-9.
6. Snegovskikh S, Shin PJ, and Norwitz E. Endocrinology of Parturition. Endocrinol Metab Clin N Am 2006;35:73-191.
7. Newton RE. Preterm Labor, Preterm Premature of Membrane and Chorioamnionitis. Clin Perinatol 2005;32:571-600.
8. Oliveros M, Shimabuku R, Chirinos J, Costta R, Ticona M, Mestanza M, Barrientos A. El riesgo de muerte del recién nacido de muy bajo peso en el Perú. Proyecto multicéntrico. Rev Soc Per Pediatría. 2002;55(3):18-24
9. Pacheco J. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Reproducción. Segunda edición. Lima: REP SAC. 2007.
10. Villanueva L., Contreras A., Pichardo M., Rosales J. Perfil epidemiológico del parto prematuro Ginecol Obstet Mex 2008;76(9):542-8
11. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2005. Cada madre y cada niño contarán.
12. Iams JD, Romero R, Culhane JF, Goldenberg RL. Primary, secondary, and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth. Lancet. 2009; 371: 165-71.
13. Avila J, Tavera M, Carrasco M. Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos, 2011 – 2012. 1ª ed. Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología, 2013
14. López CN, González AM, Álvarez CL, Martínez SN, González GA, Omeñaca TF, et al. Factores obstétricos claves en los resultados neonatales y a los dos años de seguimiento en la prematuridad extrema. Rev Chil Obstet Ginecol 2011; 76(5):305-9
15. Obstetric Guideline 2a. Preterm Labor. British Columbia Reproductive Care Program,

- March 2005. p. 1-18.
16. Gallego J. Trabajo de parto pretérmino y amenaza de parto pretérmino. <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/8/9789584476180.06.pdf>.
  17. Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros [www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm\\_birth\\_report/en/index.html](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/en/index.html)
  18. <http://peru21.pe/actualidad/alrededor-12400-recien-nacidos-prematuros-mueren-al-ano-peru-2157901>
  19. Snegovskikh S, Shin PJ, and Norwitz E. Endocrinology of Parturition. *Endocrinol Metab Clin N Am* 2006;35:73-191
  20. Di Renzo GC, Cabero RL. Guidelines for the management of spontaneous preterm labor. *Review. J Perinat Med* 2006; 34:359-66.
  21. 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/)
  22. Faneite P, Rodríguez F. Estado neonatal en prematuridad 2005-2007. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2008;68:222-227
  23. Jaramillo-Prado J, López-Giraldo J. Factores asociados con parto pretérmino en el tercer nivel de atención en salud en Manizales. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2006;57:74-81.
  24. González R, Meza R. Etiología de la mortalidad perinatal. *Perinatol Reprod Hum* 2009;23:1-14.
  25. 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/)
  26. Saavedra H. Factores asociados a prematuridad en el Hospital II – 1 de Yurimaguas, julio a diciembre 2014. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de la Amazonía. Peruana. 2015.
  27. Carpio F. Factores de riesgo maternos asociados al desarrollo de parto pre término en el Hospital Regional de Lambayeque durante el año 2013. [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/415/1/CARPIO\\_FERNANDO\\_FACTOR\\_ES\\_RIESGO\\_MATERNOS.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/415/1/CARPIO_FERNANDO_FACTOR_ES_RIESGO_MATERNOS.pdf)
  28. Albornoz-Hinostroza J.; García-Aquino S.; Nuñez-Asado L.; Dámaso-Mata B. Control prenatal, Cesárea y Prematuridad como factores asociados a la mortalidad perinatal en un hospital público de Huánuco Ágora *Rev Cient.*2014, 01(1): 7-14.
  29. 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
  30. Wesche S. Perfil epidemiológico del parto prematuro en el Hospital III Iquitos de

- EsSALUD, 2013. Tesis para optar el título de Obstetra. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad científica del Perú. 2013.
31. Guillén D.; Rodríguez, E.; Ortiz J.; Rivera W.; Hernández N. Perfil epidemiológico y factores de riesgo en recién nacidos prematuros, Hospital Regional, Gracias, Lempira. Rev Med Hondur, 2012; 80 (4):145-152
  32. Parra F. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período enero 2010 - diciembre 2012. [http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/226/111\\_2013\\_Parra\\_Velarde\\_F\\_F\\_ACS\\_Medicina\\_2013\\_Resumen.pdf?sequence=2](http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/226/111_2013_Parra_Velarde_F_F_ACS_Medicina_2013_Resumen.pdf?sequence=2)
  33. 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.
  34. García A., Rosales S., Jiménez G. Diagnóstico y manejo del parto pretérmino. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia. 2010
  35. 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.
  36. Chávez S. Factores maternos de influencia sobre los niveles prematuridad del recién nacido <http://www.monografias.com/trabajos82/factores-maternos-niveles-prematuridad/factores-maternos-niveles-prematuridad.shtml#ixzz3ye2kiBtX>
  37. 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

## 14. ANEXOS

**Anexo N° 1**  
**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**  
**FACTORES MATERNOS Y OBSTETRICOS ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO EN EL**  
**HOSPITAL “FELIPE ARRIOLA IGLESIAS”**  
**de enero a diciembre 2015**

### 1. Características sociodemográficas

Edad: 1. < 20 años 2. 20 a 34 años 3. > 34 años

Procedencia: 1. Urbana 2. Urbanomarginal 3. Rural

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

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

### 2. Características obstétricas

Antecedente de aborto: 1. Si 2. No

Antecedente de hijo prematuro: 1. Si 2. No

Antecedente de hijo con RCIU: 1. Si 2. No

Antecedente de hijo con RNBPN: 1. Si 2. No

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

Intervalo intergenésico: 1. Menos de 2 años 2. 2 a más años

Control prenatal: 1. No control 2. Menos de 5 controles 3. 6 a más controles

Morbilidad materna : 1. Si 2. No

Cuál:

Anemia ( )

ITU ( )

Vulvovaginitis ( )

HIE ( )

PE ( )

Eclampsia ( )

Malaria ( )

Dengue ( )

Otras: .....

### 3. Parto pretérmino 1. Si 2. No