



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE PREGRADO

**CARACTERÍSTICAS MATERNAS PRESENTES EN EL PARTO
PREMATURO EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO
PERINATAL**

**PRESENTADA POR
CHRISTIAN WILFREDO SÁNCHEZ MENACHO**

TESIS PARA OPTAR TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

LIMA – PERÚ

2014



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



U N I V E R S I D A D D E
SAN MARTIN DE PORRES

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE PREGRADO

**CARACTERÍSTICAS MATERNAS PRESENTES EN EL PARTO
PREMATURO EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO
PERINATAL**

TESIS

PARA OPTAR TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

CHRISTIAN WILFREDO SANCHEZ MENACHO

LIMA - PERÚ

2014

ASESOR

Mg. Ayala Peralta Felix Dasio.

Medico Asistente del INMP
Dirección Adjunta del INMP

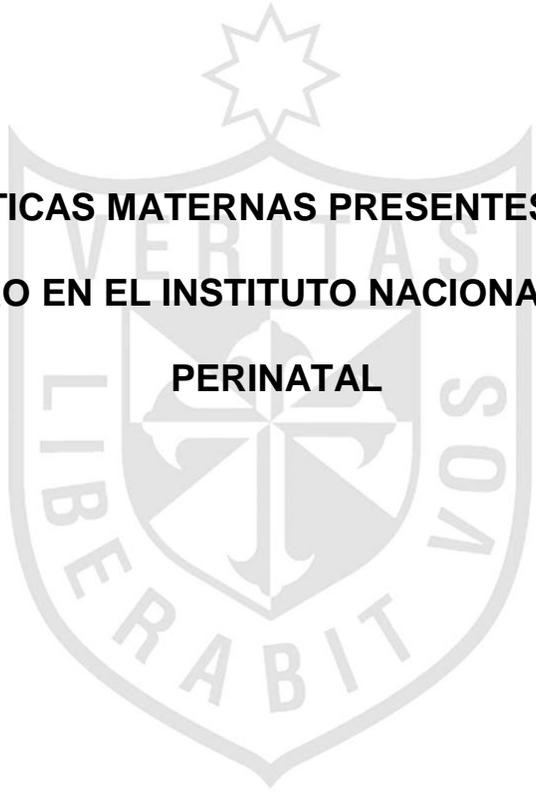
MIEMBROS DEL JURADO



Dr. Luis Roble Aleman.
Presidente de Jurado

Dr. Christian Acosta Villegas.
Jurado

Dr. Carlos Soto Linares.
Jurado



**CARACTERISTICAS MATERNAS PRESENTES EN EL PARTO
PREMATURO EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO
PERINATAL**

DEDICATORIA

A quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento, por darme la fe y esperanza de que cada día sea mejor.

Dios.

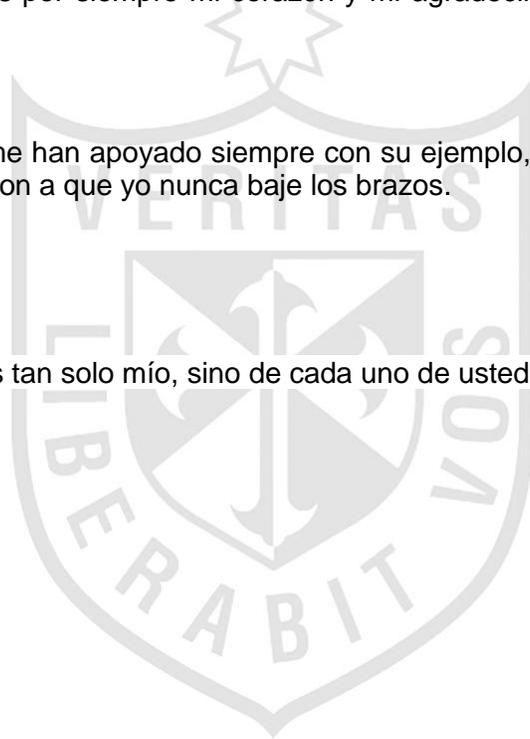
Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento a mis dos grandes héroes.

Papá y mamá.

Con cariño a quienes me han apoyado siempre con su ejemplo, dedicación y palabras de aliento que me empujaron a que yo nunca baje los brazos.

Mis hermanos.

Porque este logro no es tan solo mío, sino de cada uno de ustedes. Los amo.



AGRADECIMIENTOS

Un agradecimiento al Mg. Félix Ayala Peralta que de manera desinteresada aceptó colaborar mediante sugerencias y acotaciones, las cuales mejoraron de sobremanera el presente estudio por motivar a la elaboración de este proyecto, compartiendo sus conocimientos para una mejor viabilidad del presente estudio en esta institución.

A la unidad de docencia e investigación del Instituto Nacional Materno Perinatal, por la colaboración y facilidades brindadas durante el periodo de ejecución del trabajo de investigación.

A mis padres Custodio y Rosario, por enseñarme que los sueños se logran a base de esfuerzo y dedicación.

A mis hermanos William, Carmen, Vanessa y Mayra por darme la oportunidad de crecer al lado de ellos y ser mejor día a día.

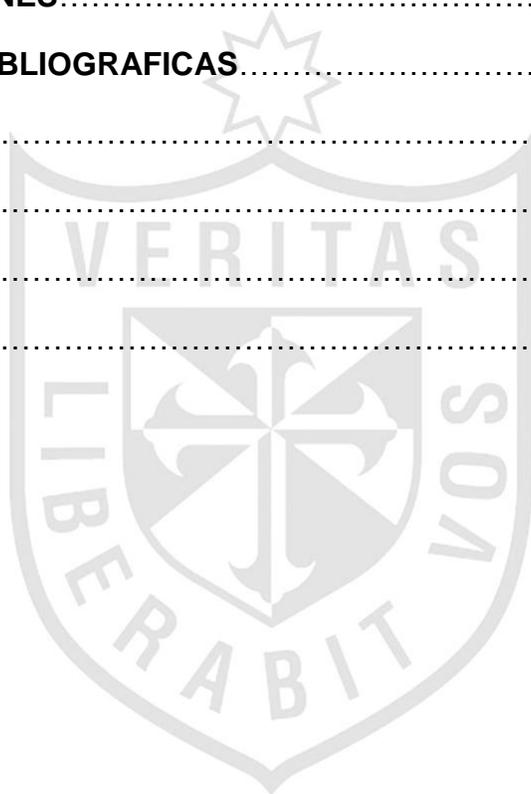
A la Facultad de Medicina de la Universidad de San Martín de Porres por abrirme sus puertas y formarme profesionalmente y permitirme ser parte de ella, hoy y siempre.

Un agradecimiento también a mis amigos, en especial a Cyntia y Danae que me ayudaron incondicionalmente con sus sugerencias y palabras de ánimo.

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
1. INTRODUCCION	3
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	3
1.2 Formulación del problema.....	6
1.2.1 Problema general.....	6
1.2.2 Problemas específicos.....	6
1.3 Objetivos de la investigación.....	7
1.3.1 Objetivo general.....	7
1.3.2 Objetivos específicos.....	7
1.4 Antecedentes de la investigación.....	7
1.5 Bases teóricas.....	11
1.5.1 Definiciones conceptuales.....	15
2. METODOLOGIA	17
2.1 Diseño metodológico.....	17
2.2 Definición de la población de estudio.....	17
2.2.1 Población Objetivo.....	17
2.2.2 Población Universo.....	17
2.2.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	17
2.3 Muestra.....	18
2.3.1 Tamaño de la muestra.....	18
2.3.2 Selección de la muestra.....	19
2.4 Operacionalización de variables.....	19

2.5 Técnicas de recolección de datos.....	21
2.6 Técnicas para el procesamiento de la información.....	22
2.7 Aspectos éticos.....	22
3. RESULTADOS.....	23
4. DISCUSIÓN.....	34
5. CONCLUSIONES.....	40
6. RECOMENDACIONES.....	41
7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	43
8. ANEXOS.....	47
8.1 Anexo 1.....	47
8.2 Anexo 2.....	49
8.3 Anexo 3.....	50



ÍNDICE DE GRAFICOS

Grafico N° 1.....	23
Grafico N° 2.....	24
Grafico N° 3.....	25
Grafico N° 4.....	26
Grafico N° 5.....	27
Grafico N° 6.....	28
Grafico N° 7.....	29
Grafico N° 8.....	30
Grafico N° 9.....	31
Grafico N° 10.....	32
Grafico N° 11.....	33



RESUMEN

OBJETIVO: Determinar las principales características maternas presentes en el parto prematuro en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo enero a junio del 2012. **DISEÑO:** Estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se revisaron 108 historias clínicas en el periodo de estudio. Los datos se procesaron en el programa SPSS versión 20. Se

determinaron las medidas de tendencia central para las variables cuantitativas, frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas mediante Microsoft Excel.

RESULTADOS: Hay mayor frecuencia de parto prematuro en gestantes entre 19 a 24 años de edad (35%) seguida de adolescentes (20%) y con edad gestacional entre 32 a 36 semanas (72%). Con control prenatal inadecuado (52%) y sin CPN (16%). Nivel socioeconómico bajo (51%) y periodo intergenesico < 2 años (45%) y primigestas también fueron causas de parto prematuro. Las pacientes con estado civil conviviente el 73% de los casos y las solteras el 22%. La anemia (32%), ruptura prematura de membranas (22%) y la infección urinaria (19%) son las enfermedades intercurrentes más comunes. En los antecedentes obstétricos encontrados ocupan el aborto previo (29%) y parto pretérmino previo (9%).

CONCLUSIONES: Las principales características maternas presentes en el parto pretérmino fueron primigestas con control prenatal inadecuado y periodo intergenésico corto; así como la anemia materna, ruptura prematura de membranas y la infección urinaria.

Palabras clave: Factores maternos, parto prematuro.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Determine principal maternal characteristics present in preterm birth in the National Maternal Perinatal Institute in the period January to June 2012.

DESIGN: Descriptive, observational, cross sectional study. **MATERIAL AND**

METHODS: 108 medical histories in the study period. The data were processed using the SPSS version 20 program, measures of central tendency for quantitative variables, frequencies and percentages for qualitative variables using Microsoft Excel were observed.

RESULTS: there is a higher frequency of preterm birth in pregnant women between 19 to 24 years (35%), followed by adolescents (20%) and with gestational age between 32 to 36 weeks (72%). While inadequate prenatal care (52%) and without CPN (16%), low socioeconomic status (51%) and intergenetic period < 2 years (45%) and first pregnancy were also causes of preterm birth. Patients not legally married status 73% of cases and 22% single. Anemia (32%), premature rupture of membranes (22%) and urinary tract infection (19%) are the most common concomitant diseases in preterm birth. In obstetric history just previous misbirth (29%) and previous preterm birth (9%).

CONCLUSIONS: Principal maternal characteristics present in preterm birth were first pregnancy with inadequate prenatal care and short intergenetic periods; as well as maternal anemia, premature rupture of membranes and urinary infection.

Keywords: maternal factors, premature labor.

1. INTRODUCCIÓN

El parto prematuro se define como el nacimiento antes de concluir las 37 semanas, ¹ este conlleva un problema no sólo obstétrico sino también neonatal, ya que se asocia con un alto índice de problemas para el recién nacido, incluyendo la muerte del mismo. Representa el 5-12% de todos los nacimientos. ²

1.1 Descripción de la realidad problemática

La incidencia de parto prematuro en los últimos años en los Estados Unidos y Canadá fue del 12.3 % y del 7.7% respectivamente. ¹ En los países en vías de desarrollo, como el nuestro, no hay estadísticas confiables, estimándose en más del 10%. ³ Constituyéndose de esta manera en un problema de salud pública de suma importancia. ²

Según información de la Oficina de Estadística del Instituto Nacional Materno Perinatal el porcentaje de parto prematuro fue de alrededor de 9% en el primer semestre del año 2012.

El parto prematuro tiene un alto índice de morbilidad, la supervivencia disminuye a medida que la edad de gestación en la que se produce el nacimiento es menor. ² Diversos trastornos pueden afectar al recién nacido (RN) prematuro, debido en gran parte a la inmadurez de los órganos y sistemas antes de las 37 semanas de gestación. ¹ Como una complicación subsiguiente los niños nacidos en esta situación pueden padecer no solo las complicaciones inmediatas de la

prematuridad sino también secuelas de largo plazo como discapacidad asociada al desarrollo neurológico. ¹

Entre las causas de mortalidad en el RN prematuro se describen principalmente la sepsis y enfermedad de la membrana hialina. ⁴

El nacimiento prematuro es un riesgo considerable de enfermedad e incluso muerte del bebé recién nacido. En el año 2001, el nacimiento prematuro superó a las anomalías congénitas al convertirse en la principal causa de muerte neonatal. ⁵

La probabilidad de morir durante la primera semana de vida de los bebés nacidos antes de la semana 37, es seis veces superior a la de los bebés nacidos a término, y la probabilidad de que mueran antes de cumplir el año es tres veces superior. ⁶

Un estudio en Estados Unidos mostró que las mujeres de raza negra tenían una tasa del 18.4% de parto prematuro, en comparación con las mujeres no hispanas blancas que tenían una tasa del 11,7%, y las mujeres hispanas que tenía una tasa del 12,1%.⁷

Por otra parte, el nacimiento prematuro se asocia con importantes gastos en salud pública.⁸ Aunque un estudio realizado en 2002 en Estados Unidos reveló que los adultos tienen ideas equivocadas respecto a los nacimientos prematuros, la mayoría de los adultos estadounidenses no consideran la prematuridad como un problema grave de salud pública. ⁹

Es imprescindible que el público general y los profesionales de la salud sean conscientes de que todavía se desconoce qué es lo que inicia el parto prematuro en las gestantes y que esto sea la causa de que la prevención y el tratamiento del parto prematuro sean tan difíciles. ¹⁰

En un estudio llevado a cabo en los Estados Unidos de América, se estimó que los gastos adicionales en salud, educación y cuidados generales de niños de 15 años o menos que habían tenido bajo peso al nacer ascendieron a alrededor de US\$6 000 millones en 1988. ⁸ Entre los nacidos con un peso menor de 1 500 g (1%) el costo de la atención médica de cada niño durante el primer año de vida fue de \$60 000 en promedio. ⁸ Estudios realizados en Reino Unido e Irlanda revelan que los costes por ingresos hospitalarios acumulados durante los diez primeros años de vida son dos veces mayores en el caso de los niños prematuros en comparación con los niños nacidos a término. ¹¹

Según un estudio sueco, el nacimiento prematuro guarda relación con la posibilidad menor de completar estudios universitarios y salarios más bajos. ¹²

La importancia de determinar las características maternas presentes en el parto prematuro en toda mujer embarazada contribuye no solo a disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad materna y neonatal sino a disminuir los gastos que ello conlleva. Una vez identificados dichas características, se podrá intervenir en ellos, con el fin de disminuir importantemente la incidencia de estos casos.

El presente trabajo pretende evaluar las principales características maternas presentes en el parto prematuro de pacientes con diagnóstico de parto prematuro atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) de Enero a Junio del 2012.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

- ✓ ¿Cuáles son las principales características maternas presentes en el Parto Prematuro?

1.2.2 Problemas específicos

- ✓ ¿Cuáles son los factores sociodemográficos que con más frecuencia se presentan en partos prematuros?
- ✓ ¿Cuáles son características clínicas maternas: estado nutricional, antecedentes obstétricos y enfermedades intercurrentes que con más frecuencia se presentan partos prematuros?
- ✓ ¿Cuál es la frecuencia de parturientas atendidas con Parto Prematuro en el INMP en los meses de Enero a Junio del 2012?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo General:

- ✓ Determinar las principales características maternas presentes al parto prematuro.

1.3.2 Objetivos Específicos:

- ✓ Determinar los factores sociodemográficos principales presentes en el parto prematuro.
- ✓ Determinar las características clínicas maternas principales presentes en el parto prematuro.
- ✓ Determinar la frecuencia de parturientas atendidas con Parto Prematuro en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo Enero a Junio del 2012.

1.4 Antecedentes de la Investigación

Ovalle A (2012), en un estudio retrospectivo, donde se evaluaron los partos prematuros entre las 22 y 34 semanas de gestación y determinaron los factores asociados a ellos, atendidos en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Borja Arriarán - Chile, en el período de Enero de 2007 a Junio del 2009. En este período se atendieron 14.459 nacimientos. Los partos prematuros fueron 642 (4,44%). Un factor de riesgo asociado con la prematuridad se identificó en 98 y 85% de los nacimientos médicamente indicado y espontáneo, respectivamente. En este estudio destacaron como factores de riesgo la infección vaginal o urinaria, la hipertensión arterial y anomalías congénitas. Y se llegó a la

conclusión que la infección bacteriana fue el factor más común asociado con nacimientos prematuros espontáneos, mientras que la preeclampsia es el factor más común para parto prematuro por indicación médica ¹³

Osorno C. y colaboradores (2008), investigaron en un estudio casos y controles sobre los factores maternos relacionados con prematuridad, donde se estudió un cohorte de RN con peso de 500 gr o mayor, en el Centro Médico Nacional Ignacio García Téllez, en México, del 1 de enero de 2000 al 31 de diciembre de 2004, donde se consideraron casos los neonatos prematuros y controles los de 37 semanas de embarazo o más. Este estudio dio como resultado que la tasa de prematuridad fue de 11.9%, y entre los factores de riesgo asociados con la prematuridad destacaron: madre analfabeta, soltera, trabajadora, de edad avanzada, parto prematuro previo, embarazo múltiple, morbilidad obstétrica: preeclampsia-eclampsia, diabetes gestacional, infecciones urinarias y vaginales, RPM, oligohidramnios, polihidramnios, placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta. Sin embargo un 43% de los partos prematuros ocurrió en embarazos con evolución normal. Con este estudio se llegó a la conclusión que la rotura prematura de membranas y la morbilidad materna durante el embarazo fueron los factores de riesgo más importantes de prematuridad. ¹⁴

Calderón G. (2008) realizando un estudio de casos y controles, investigó sobre factores de riesgo materno asociados al parto prematuro, de Septiembre del 2001 a Junio de 2002 en el Hospital Regional 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social

en Querétaro – México. Obteniéndose un total de 138 casos con parto prematuro y 138 controles con parto de término. En el periodo de estudio se atendieron 8 910 eventos obstétricos, de los cuales 600 (6.73 %) fueron prematuros. Los factores asociados al parto prematuro con diferencia significativa ($p \leq 0.05$) fueron el peso y la talla materna, la ruptura prematura de membranas, la cervicovaginitis, la hiperémesis gravídica, la infección de vías urinarias y la anemia. ¹⁵

Meza Martínez J. (2007), mediante un estudio descriptivo correlacional, retrospectivo. Realizó una investigación en el Hospital Hipólito Unanue para investigar los factores maternos relacionados con el parto prematuro y su repercusión en el RN, entre los años 2002 a 2006, de 285 casos de parto prematuro y los neonatos procedentes de estos. Encontraron como factores de riesgo para morbilidad neonatal: la multiparidad, la cesárea, RPM y edad gestacional de 24 a 30 semanas. Y como factores de riesgo para mortalidad neonatal se asociaron: control prenatal inadecuado y edad gestacional entre 24 a 30 semanas. Este estudio concluyó que la edad gestacional de 24 a 30 semanas constituye el factor más importante en la morbimortalidad neonatal. ²

Villamonte W. (2001) investigó un estudio de casos y controles realizados entre los meses de Enero a Marzo de 1996, en el Instituto Nacional Materno Perinatal sobre factores de riesgo de Parto Prematuro, con 165 casos y 330 controles. En dicho estudio se encontraron como factores de riesgo: la ausencia de control prenatal, madres nacidas en la sierra, selva, procedentes de distritos de clase

social baja, con antecedente de parto prematuro, diagnóstico de hemorragia del tercer trimestre, RPM, sufrimiento fetal agudo, presentación podálica, preeclampsia y embarazo gemelar, llegando a la conclusión que la presencia de hemorragia del tercer trimestre, ruptura prematura de membranas, preeclampsia, sufrimiento fetal agudo y embarazo gemelar se relacionaron más con el nacimiento de un niño prematuro. ³

Díaz Polo (2010), realizó un estudio retrospectivo, caso - control y descriptivo que tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados al parto pre término en gestantes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Enero a Junio del 2010. Se evidencio que gestantes más pobres y con menor nivel educativo presentan mayor incidencia de parto pre término, también estuvo asociado a la ruptura prematura de membranas. El 34.6% con parto pre término presentó pre eclampsia, de ellas el 42.8% fue pre eclampsia severa, 25% leve y 32.14% síndrome de HELLP. Se concluye que el principal factor de riesgo asociado al parto pre término fue pre eclampsia. Haber nacido en la sierra, pertenecer a nivel socioeconómico D-E, ausencia de atención prenatal, ruptura prematura de membranas, coriomanionitis y embarazo múltiple fueron también significativos. ¹⁶

1.5 Bases teóricas

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al parto prematuro como el nacimiento anterior al cumplimiento de las 37 semanas de edad gestacional. ²

Una de las cosas que se debe saber es diferenciar entre una amenaza de parto de prematuro y un trabajo de parto prematuro. ¹⁷

La amenaza de parto de prematuro consiste en la aparición de contracciones uterinas regulares, con un intervalo menor de 10 minutos, en una gestante con 37 semanas o menos de amenorrea debe existir presión de la presentación fetal en el segmento uterino inferior e inicio de modificaciones en el cérvix uterino. ¹⁷

Por otro lado, en el trabajo de parto prematuro, ya existen contracciones dolorosas palpables, que duran más de 30 segundos y ocurren cuatro veces cada 30 minutos y producen las modificaciones cervicales en la posición, consistencia, longitud y/o dilatación del cérvix, que consisten en borramiento del cérvix mayor al 50% y una dilatación de 4 cm o más. ¹⁸

El parto prematuro se ha asociado a múltiple factores, entre ellos socioeconómicos y culturales, complicaciones médicas y obstétricas durante la gestación, mala historia obstétrica, hábitos de consumo de tabaco y drogas. ²

Representa un problema de salud pública desde hace siglos, pero es en los últimos años cuando se ha incrementado la incidencia. ⁸ Representan el 5-12% de todos los nacimientos. ²

La mayor parte de esos nacimientos ocurren en países en desarrollo y contribuyen la proporción más extensa de la morbilidad y la mortalidad perinatales que se registran anualmente en todo el mundo. ¹⁹

En los nacidos prematuros son mucho más frecuentes: el síndrome de dificultad respiratoria, enterocolitis necrotizante, hemorragia intraventricular y discapacidades de largo plazo como la parálisis cerebral, ceguera y pérdida de la audición. ¹⁹

La Organización Mundial de la Salud ⁸ (OMS) ha clasificado a los niños prematuros de acuerdo con su edad gestacional en:

- Prematuro tardío: de la semana 32 y antes de la semana 37
- Muy prematuro: entre las 28 y antes de la semana 32
- Extremadamente prematuro: menores de 28 semanas

En los Estados Unidos y Latinoamérica ⁸ se usa una clasificación según el peso:

- Peso bajo: menor de 2.500 g independientemente de la edad gestacional.
- Peso muy bajo: menor de 1.500 g.
- Peso extremadamente bajo: menor de 1.000 g.

Se debe tener en cuenta que la edad gestacional es mejor predictor que el peso para la supervivencia de los prematuros. ⁸

Causas del Parto Prematuro:

En Estados Unidos ¹ hay cuatro causas directas principales de los partos prematuros:

- El parto por indicaciones maternas o fetales en las cuales se induce el trabajo de parto o mediante cesárea antes de las 37 semanas de gestación: es médica.
- Trabajo de parto prematuro espontáneo, inexplicable, con membranas intactas: espontaneo.
- Rotura prematura de membranas en una gestación prematura: idiopáticas.
- Partos gemelares o múltiples.

En Latinoamérica, el 70% son partos prematuros espontáneos; el 16-21% por RPM y el 11-15% de forma iatrogénica. En los Estados Unidos, el 40-45% son espontáneos; el 25-40%, por RPM, y el 30-35%, por indicaciones médicas fetales o maternas. ⁸

La etiología rara vez está asociada con una sola condición. Se considera multifactorial y varía de acuerdo con la edad gestacional. ⁸

Dentro de las principales causas, la infección tiene un rol importante, tanto la local uterina como la sistémica; también están: el estrés materno, la trombosis útero placentaria y las lesiones intrauterinas vasculares asociadas con sufrimiento fetal o hemorragia decidual, la sobre distensión intrauterina y la insuficiencia placentaria. Es frecuente que se combinen factores y que ocurra un parto prematuro. ⁸

Otro factor que debe mencionarse es el embarazo en adolescentes que en su mayoría presentan riesgos en cuanto a preeclampsia, eclampsia, partos prematuros, productos pequeños para la edad gestacional, anemia, abortos, desproporción feto-pélvica y dificultades respiratorias en el recién nacido. Se sabe que los grupos de mayor riesgo es el de las adolescentes precoces (10-13 años), y que por lo general las tardías (17-19 años) ya que durante el embarazo se comportan como adultas.²⁰

Entre los factores de riesgo socio demográfico más significativos para el parto prematuro en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el primer semestre del 2010, fue el haber nacido en la sierra y vivir en condiciones de insatisfacción de las necesidades básicas.²¹

Se encontró además en un estudio peruano que la altura de 3 200 metros sobre el nivel del mar duplicaba la incidencia de partos prematuros comparada con la encontrada en Lima.²²

Las estadísticas del Hospital Materno Infantil San Bartolomé entre 2000 y 2007, encuentran una incidencia de 8,3% de parto prematuro, con 8,9% de recién nacidos prematuros –1,5% con peso muy bajo o bajo extremo– y que contribuyeron al 8,5% de la mortalidad neonatal hospitalaria.²³

Con respecto a la alimentación esta debe ser una alimentación adecuada de la madre, para que ayude en el buen desarrollo del feto, por tanto requiere de una adecuada valoración nutricional materna utilizando índices de la relación

peso/talla. Actualmente se recomienda para la valoración del estado nutricional de las gestantes, la utilización del IMC, y para la categorización de las mismas, recomienda el estándar nutricional propuesto por Atalah y cols. ²⁴

Dicho estándar clasifican a la embarazada en cuatro categorías: bajo peso, normopeso, sobrepeso u obesa.

Para la categorización del estado nutricional materno se utilizaron los estándares de referencia propuesto por Atalah y cols. (Ver Anexo 2)

1.5.1 Definiciones conceptuales:

- ✓ **Parto inmaduro:** Aquel que ocurre desde las 22 semanas hasta antes de cumplirse 28 semanas. ²⁵
- ✓ **Parto de Pretérmino o Prematuro (PPT):** Parto que ocurre antes de las 37 semanas de gestación (menos de 259 días). ¹⁵
- ✓ **Parto prematuro tardío:** Parto entre 32 y 36 semanas de gestación. ¹
- ✓ **Amenaza de Parto Prematuro (APP):** Presencia de contracciones uterinas después de la semana 22 y antes de la 37 semanas de gestación cumplidas, con membranas intactas, más una actividad uterina documentada consistente en contracciones uterinas con una frecuencia de 4 en 20 minutos u 8 en 60 minutos, de 30 segundos de duración, con borramiento del cérvix de 50% o menos y una dilatación igual o menor a 2 cm. ²⁷
- ✓ **Trabajo parto prematuro (TPP):** Dinámica uterina igual o mayor a la descrita, pero con modificaciones cervicales tales como borramiento del

cérvix mayor al 50% y una dilatación de 4 cm. o más, o un borramiento de 80% con dilatación de 2 cm o más. ²⁷

- ✓ **Prematuridad extrema:** parto < 28 semanas de gestación. ²⁸
- ✓ **Prematuridad severa:** entre 28 y < 32 semanas. ²⁸
- ✓ **Prematuridad moderada:** entre 32 y < 34 semanas. ²⁸
- ✓ **Prematuridad leve:** entre 34 y 36 semanas. ²⁸
- ✓ **Pequeño para la edad gestacional (PEG):** RN cuyo peso al nacer es inferior al percentil 10 para la edad gestacional. ¹
- ✓ **Grande para la edad gestacional (GEG):** RN cuyo peso al nacer es superior al percentil 90 para la edad gestacional. ¹
- ✓ **Apropiado para la edad gestacional (AEG):** RN cuyo peso se encuentra entre los percentiles 10 y 90. ¹
- ✓ **Peso bajo al nacer:** RN de 1500 a 2500gr de peso. ¹
- ✓ **Peso muy bajo al nacer:** RN con 1000 a 1500gr de peso. ¹
- ✓ **Peso extremadamente bajo:** RN con 500 a 1000gr de peso. ¹

2. METODOLOGÍA

2.1 Diseño metodológico

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

2.2 Definición de la población de estudio

2.2.1 Población Objetivo

Gestantes que tuvieron parto prematuro en el INMP en periodo Enero – Junio del 2012.

2.2.2 Población Universo

El número total de partos prematuros (743) en el primer semestre de Enero – Junio del año 2012 atendidas en el INMP.

2.2.3 Criterios de Inclusión y Exclusión:

a) Criterios de inclusión

- ✓ Mujeres con diagnóstico de Parto Prematuro.
- ✓ Grupo etario de 12 años a más.
- ✓ Atendidas en el INMP.

b) Criterios de exclusión

- ✓ Mujeres con diagnóstico de parto a término.
- ✓ Mujeres con diagnóstico de parto postérmino.
- ✓ Grupo etario menor de 12 años.
- ✓ Atendidas fuera del INMP.

2.3. Muestra

2.3.1 Tamaño de la muestra

El número total de partos Prematuros en el primer semestre (Enero – Junio) del año 2012 en INMP = 743 (9%) (Fuente: Oficina de Estadística del INMP)

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó la fórmula transversal:

$$n = Z^2 P Q N / E^2(N-1) + Z^2 P Q$$

Donde “n” es el tamaño de la muestra, “Z” es una desviación normal cuyo valor (1,96) corresponde al grado de confianza establecido (95%), “P” la proporción de unidades que posee el atributo de interés (9% del total de la población), “Q” corresponde a 1 – P, “E” es el error o precisión de la estimación (0,05) y “N” es el tamaño de la población. Reemplazando los datos en la fórmula obtenemos:

$$n = Z^2 P Q N / E^2(N-1) + Z^2 P Q$$

$$n = (1,96)^2 \times 0,09 \times 0,91 \times 743 / (0,05)^2 \times 742 + (1,96)^2 \times 0,09 \times 91$$

$$n = 3.8416 \times 60.8517 / 0.0025 \times 742 + (3.8416 \times 0.0819)$$

$$n = 233.67 / 1.855 + 0.31463$$

$$n = 233.76789 / 2.16963$$

$$n = 107.74551$$

Lo que nos da como resultado 108, que representa el tamaño muestral.

2.3.2 Selección de la muestra

Estas 108 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de parto prematuro, fueron seleccionadas utilizando el muestreo aleatorio simple. (Ver anexo 3)

2.4 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	VALOR FINAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO	
FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la revisión de los registros ecográficos.	Cuantitativa	Adolescentes (12-17 años) Edad óptima (18-34 años) Edad avanzada (35 a más años)	Razón	Ficha de Recolección
	Estado civil	Situación jurídica en la familia y la sociedad	Cualitativa	Soltera Casada Viuda Separada/Divorciada Conviviente	Nominal	Ficha de Recolección
	Grado de Instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso	Cualitativa	No educación Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior técnica Superior universitaria	Nominal	Ficha de Recolección
	Nivel Socioeconómico	Jerarquía que tiene una persona o un grupo con respecto al resto	Cualitativa	Bajo Medio Alto	Nominal	Ficha de Recolección

	Estado nutricional	Situación final del balance entre ingreso, absorción, metabolismo de nutrientes y las necesidades del organismo.	Cualitativa	Bajo peso Normopeso Sobrepeso Obesidad	Nominal	Ficha de Recolección
ANTECEDENTES OBSTETRICOS	Gestaciones	Procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno.	Cuantitativa	1ra. Gestación = Primigesta 2da. Gestación = Segundigesta 3 – 5 gestaciones = Múltipara > 5 = Gran múltipara	Razón	Ficha de Recolección
	Periodo internatal	Espacio comprendido entre dos gestaciones	Cuantitativa	< 2 años 2 – 4 años > 4 años	Razón	Ficha de Recolección
	Controles prenatales	Evaluaciones que se realizan de manera sistemática para estudiar el estado de salud de la embarazada y del feto	Cuantitativa	No controles = 0 Inadecuado ≤ 5 controles Adecuado > 5 controles	Intervalo	Ficha de Recolección
	Antecedentes clínicos personales	Complicación previa relacionada al embarazo	Cualitativa	PPT previo Aborto previo Tumor o malformación uterina	Nominal	Ficha de Recolección
	Enfermedades intercurrentes	Patologías sufridas durante la gestación actual	Cualitativa	Anemia HIE DM ITU TORCH Vaginitis bacteriana RPM Hemorragia Hiperémesis	Nominal	Ficha de Recolección

	Edad gestacional por FUR, ECO (I trimestre) y/o Capurro o Ballard	Período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento	Cuantitativa	22 – 27 semanas 28 – 31 semanas 32 – 36 semanas	Nominal	Ficha de Recolección
--	--	---	--------------	---	---------	----------------------

2.5 Técnicas de recolección de datos

Los datos fueron obtenidos a partir de las historias clínicas de las pacientes atendidas en situación de parto del departamento de obstetricia y perinatología del INMP, éstos fueron consignados en la ficha de recolección de datos, elaborada para dicho propósito.

Las historias clínicas se identificaron con la ayuda del personal de la oficina de estadística del INMP.

Las variables son la edad de la paciente, el estado civil, el grado de instrucción, el nivel socioeconómico, el número de gestaciones, el periodo internatal, controles prenatales, antecedentes obstétricos, enfermedades intercurrentes, edad gestacional por FUR y el estado nutricional.

La validez de la ficha de recolección de datos fue realizada a través de juicio de expertos. Estos expertos fueron ginecólogos obstetras que trabajan en el INMP, a los cuales se les presento una copia del proyecto de investigación, indicando el propósito del estudio, los objetivos y el sistema de variables e indicadores.

2.6 Técnicas para el procesamiento de la información

Se elaboró una base de datos en el programa Microsoft Windows Excel. Para el procesamiento de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS - PASW versión 20 (*Statistical Packaged for the Social Sciences – Predictive Analytics Software*) para la elaboración de tablas descriptivas, de frecuencia, así como también de gráficos, que me permitieron analizar los resultados para la elaboración de las conclusiones.

2.7 Aspectos éticos

La presente investigación no va en contra de los principios éticos de las personas cuyas historias clínicas fueron incluidas en esta investigación, ni en contra de la ética de la universidad, ni del instituto donde se realizó la recolección de los datos.

La investigación por ser un estudio retrospectivo no requiere de un consentimiento informado, solo del llenado de fichas de recolección mediante historias clínicas.

Se garantiza la confidencialidad de los datos obtenidos, sin revelar ningún nombre de las pacientes en todo el proceso de investigación.

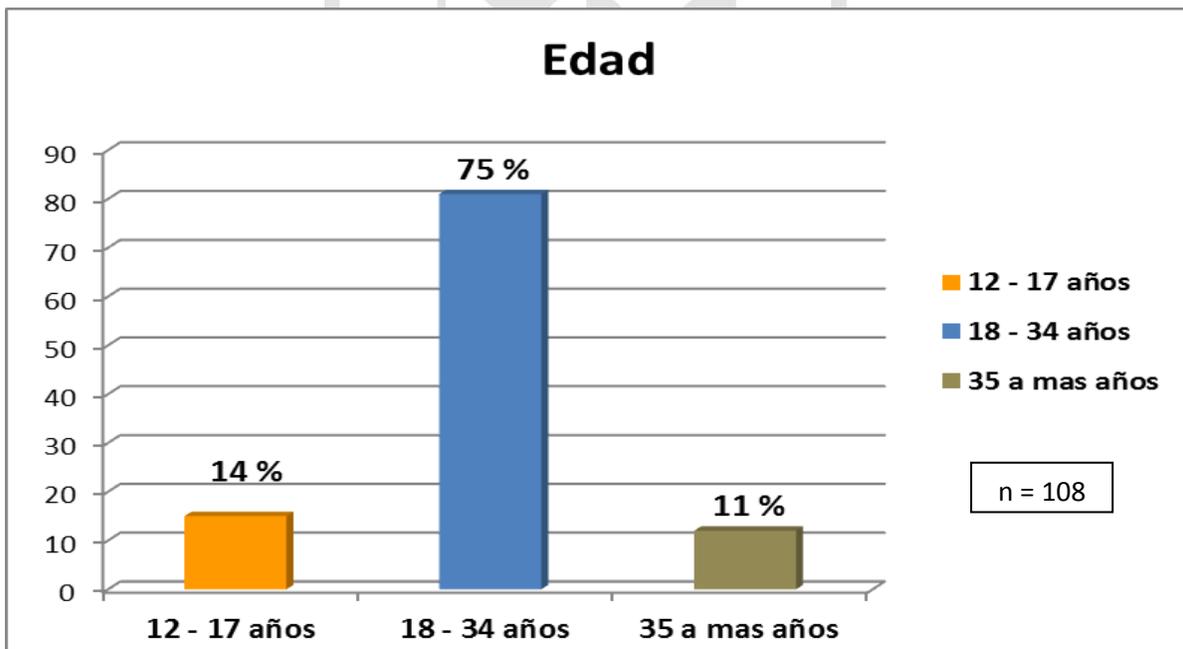
Todos los procedimientos del presente estudio tratan de preservar la integridad y los derechos fundamentales de los pacientes sujetos a investigación, de acuerdo con los lineamientos de las buenas prácticas clínicas y de ética en investigación biomédica.

3. RESULTADOS

El presente estudio se realizó en el Instituto Nacional Materno Perinatal Hospital, de Enero a Junio del 2012, para determinar las principales características maternas presentes en el parto pretérmino.

Durante el período de estudio se registraron 8250 partos, de los cuales 743 fueron partos prematuros que representan el 9%. De todos los partos prematuros se tomó un tamaño de muestra de 108 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de parto prematuro.

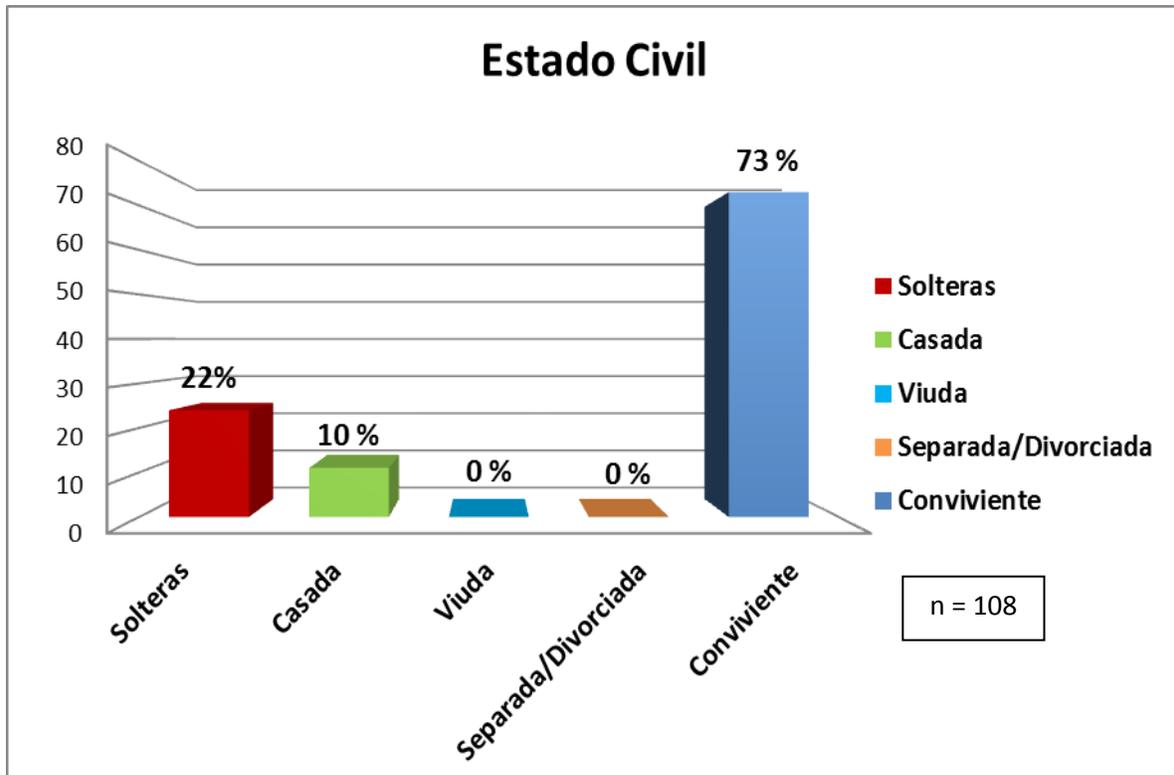
Gráfico N°1: Parto prematuro según la edad de la gestante



En el gráfico N°1, con respecto a la edad de las pacientes el mayor porcentaje de fue del rango de las gestantes con edades óptimas de 18 – 34 años (75%),

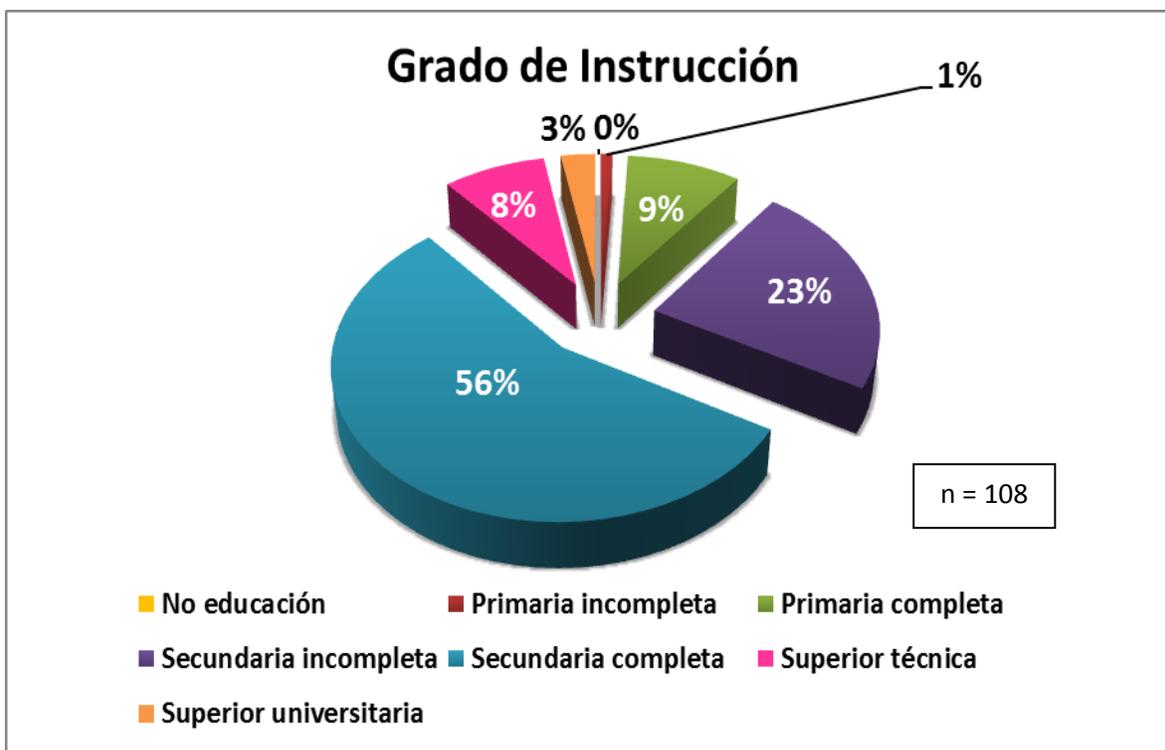
seguida por las gestantes adolescentes que comprenden edades de 12 – 17 años (14%) y finalmente las gestantes añosas con edades de 35 a más años (11%).

Grafico N°2: Parto prematuro según el estado civil de la paciente



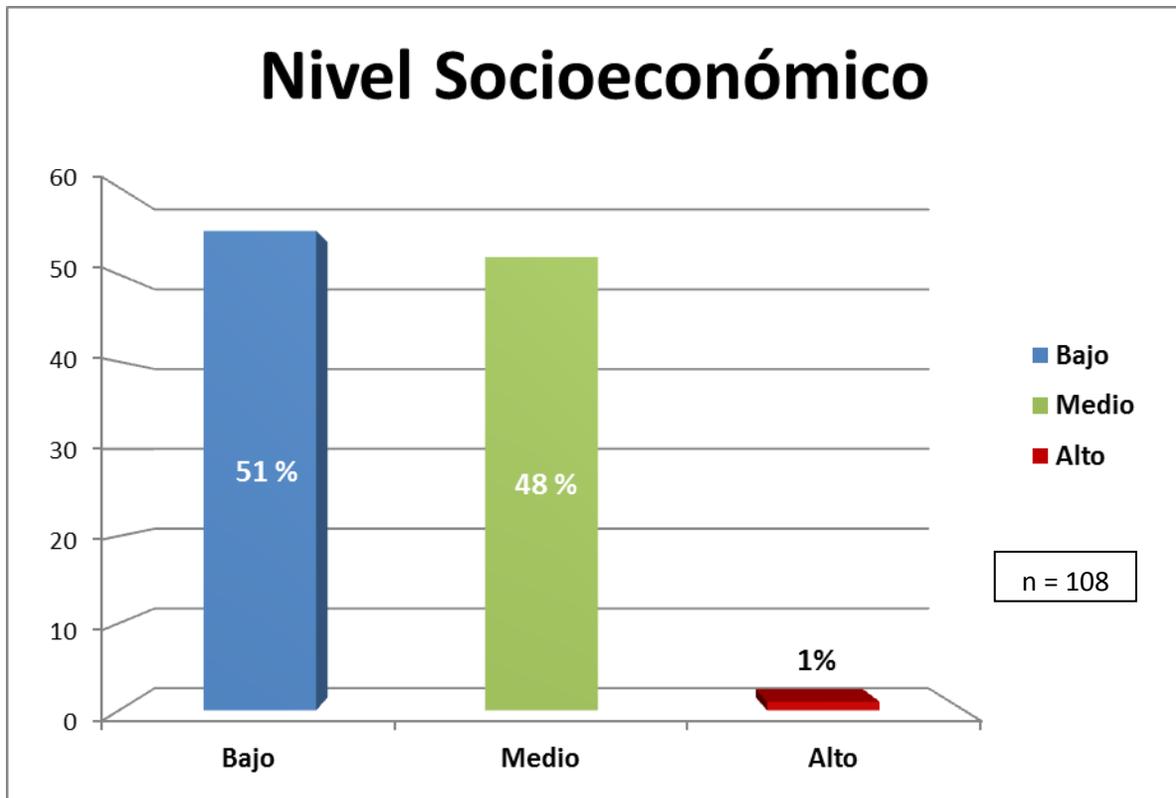
En el grafico N° 2, con respecto al estado civil el mayor porcentaje de las pacientes son convivientes (73%), seguido de las solteras (22%) y casadas (10%), mientras que no se evidencio en las historias clínicas casos de viudas (0%) y separadas/divorciadas (0%)

Grafico N°3: Parto prematuro según el grado de instrucción de la paciente



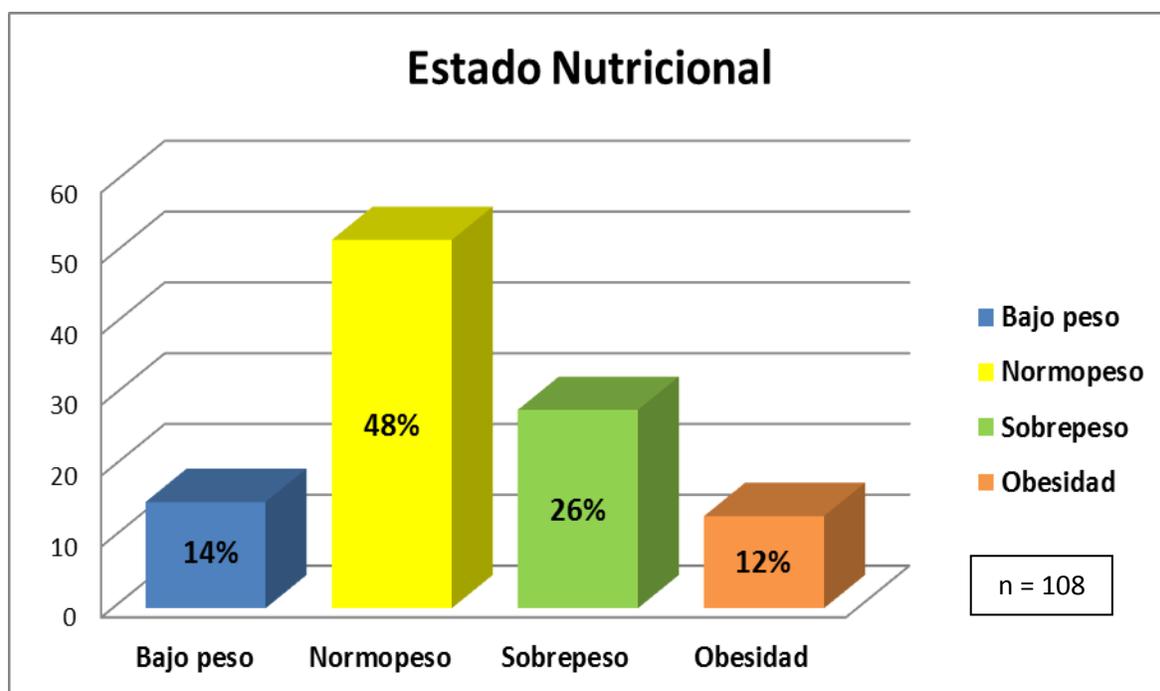
En el gráfico N°3, podemos apreciar en relación con el grado de instrucción de la gestante que el mayor porcentaje son las que tienen secundaria completa (56%), luego las de secundaria incompleta (23%), seguido por las que tuvieron primaria completa (9%) y estudios superior técnica (8%), mientras que las de menor porcentaje fueron superior universitario (3%), primaria incompleta (1%) y las que no cuentan con educación (0%)

Grafico N°4: Parto prematuro según el nivel socioeconómico de la paciente



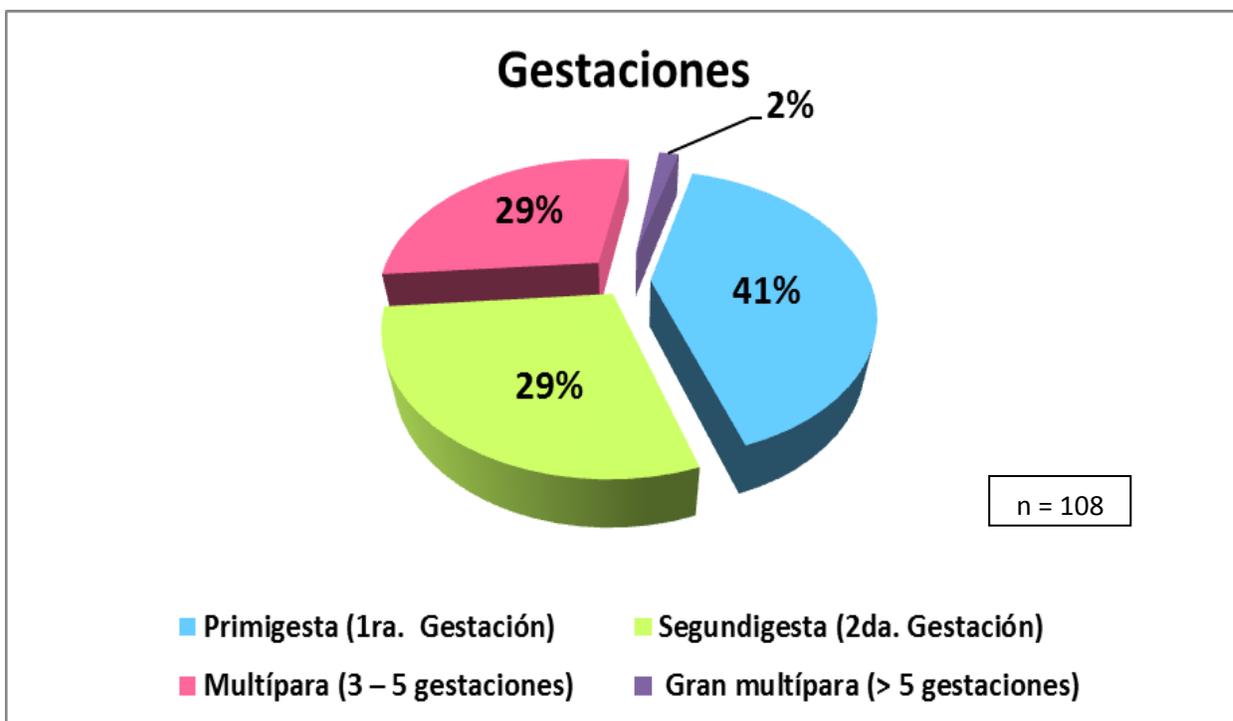
En el grafico N° 4 observamos según el nivel socioeconómico de las pacientes que el mayor porcentaje lo obtiene el nivel socioeconómico bajo (51%), seguido por muy cerca el nivel socioeconómico medio (48%) y con muy poco porcentaje el nivel socioeconómico alto (1%)

Grafico N°5: Parto prematuro según el estado nutricional de la paciente



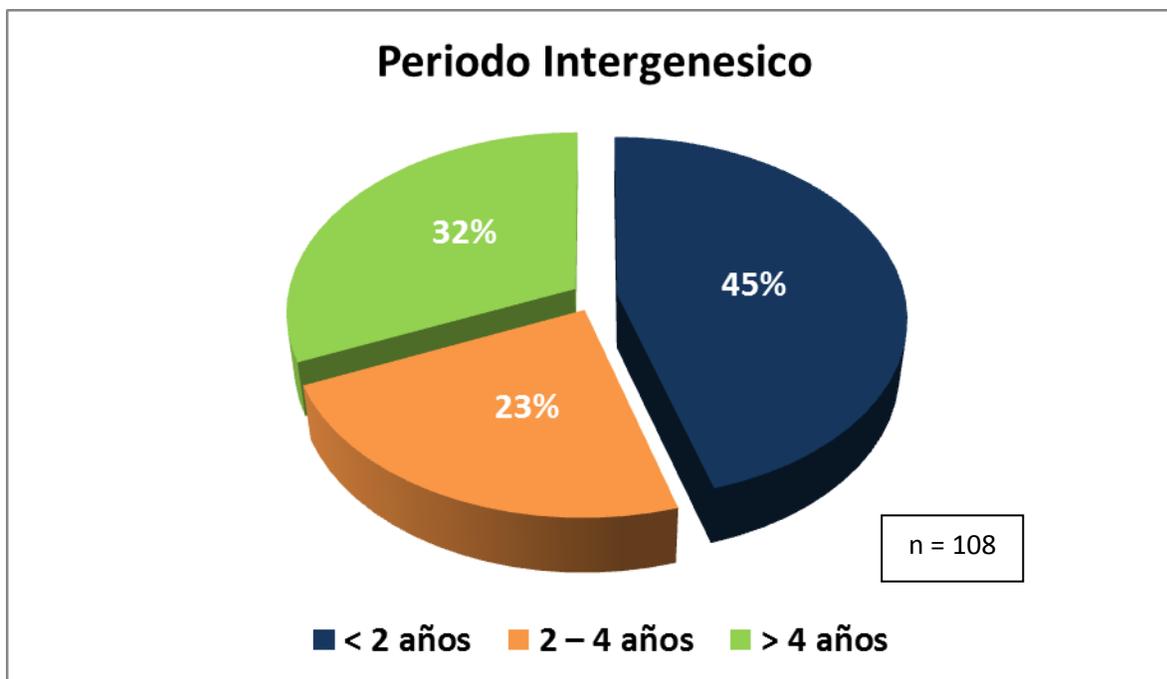
En el grafico N° 5 se observa que según el estado nutricional de las pacientes el mayor porcentaje denota en las pacientes con normopeso (48%), seguido por las pacientes con sobrepeso (26%) y bajo peso (14%) consecutivamente, y finalmente las de menor porcentaje fueron las obesas (12%).

Grafico N°6: Parto prematuro según el número de gestaciones de la paciente



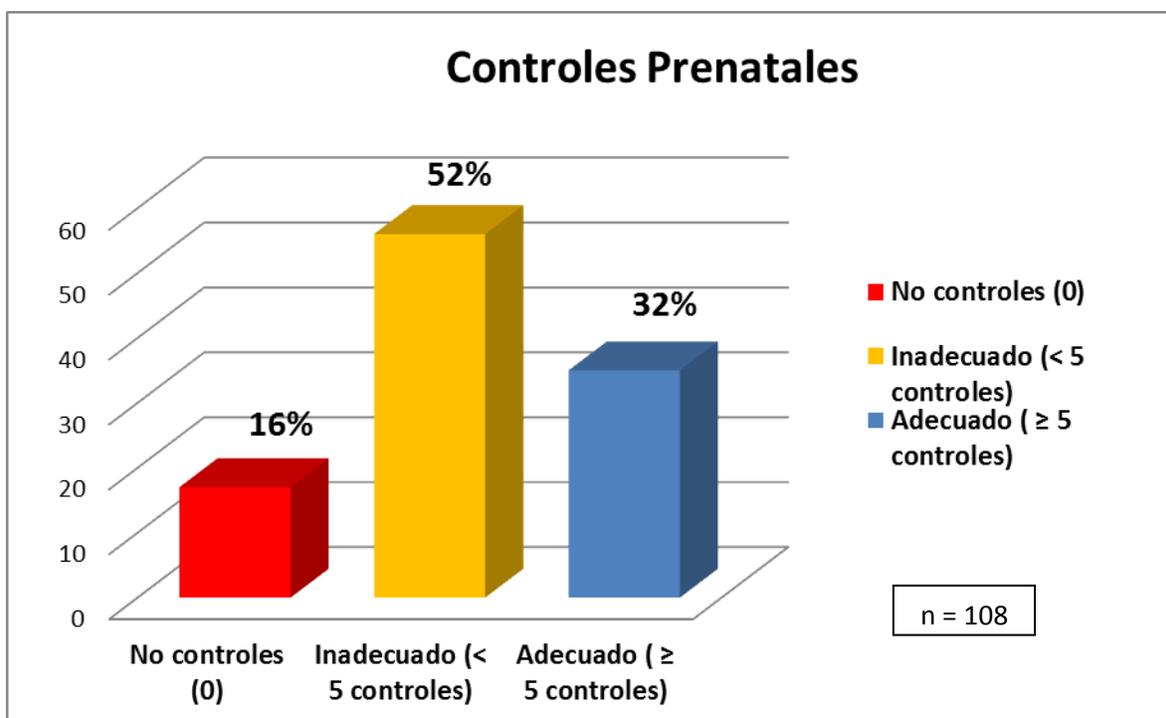
En el grafico N° 6 se puede observar que según el número de gestaciones de las pacientes el mayor porcentaje se aprecia en las primigestas (41%), luego seguido con un porcentaje igual las segundigestas (29%) y multíparas (29%), finalmente las de menor porcentaje fueron las gran multíparas (2%).

Grafico N°7: Parto prematuro según el periodo intergenesico de la paciente



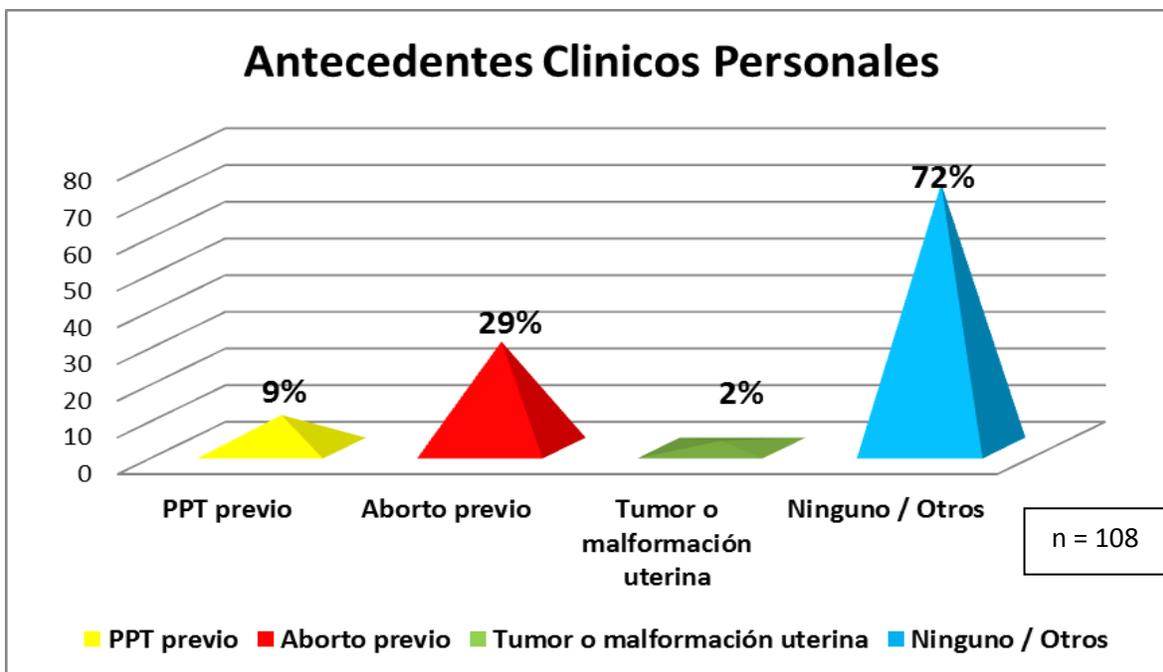
En el grafico N° 7, con respecto al periodo intergenesico el mayor porcentaje de las pacientes tuvieron un periodo intergenesico < 2 años (45%), seguido por las de un periodo intergenesico > 4 años (32%) y finalmente las con menor porcentaje fueron las que tuvieron un periodo intergenesico de 2 - 4 años (23%)

Grafico N°8: Parto prematuro según los controles prenatales de la paciente



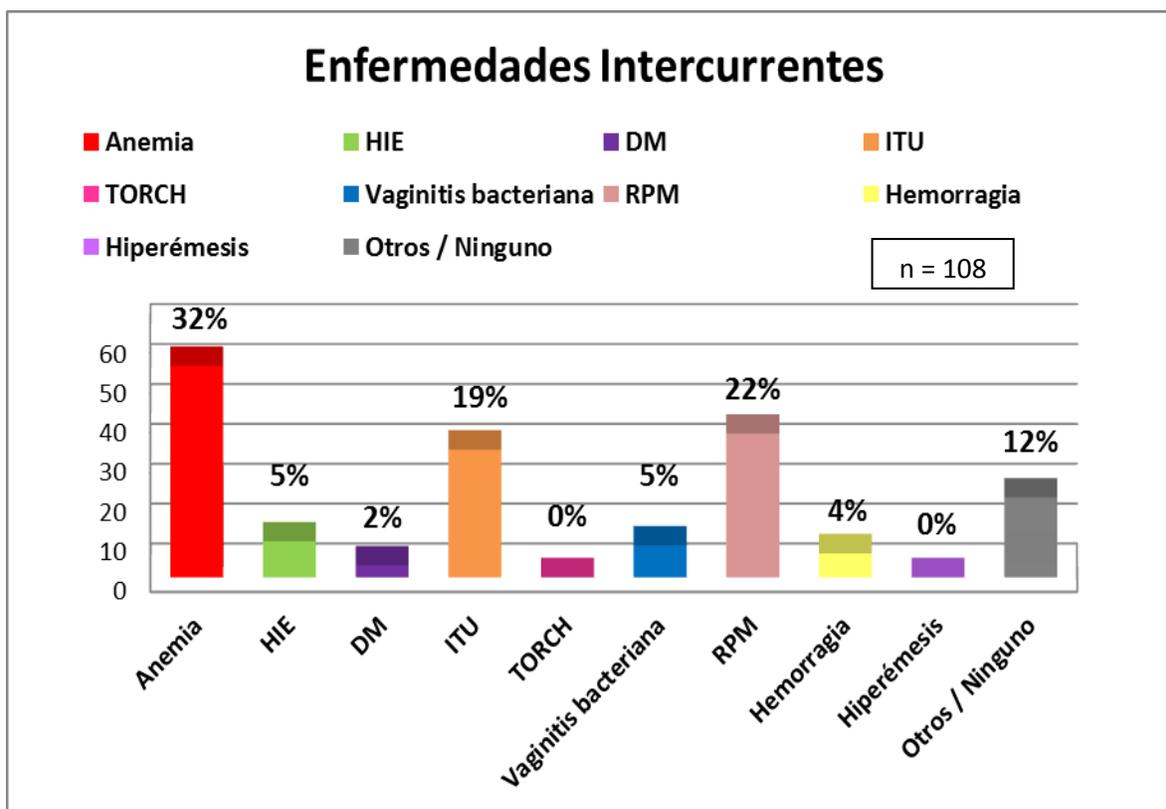
En el grafico N° 8 observamos que según los controles prenatales de la paciente el mayor porcentaje lo obtiene las que tuvieron controles inadecuados (52%), seguido por las que tuvieron controles adecuados (32%) y con menor porcentaje las que no se controlaron (16%)

Grafico N°9: Parto prematuro según los antecedentes clínicos personales de la paciente



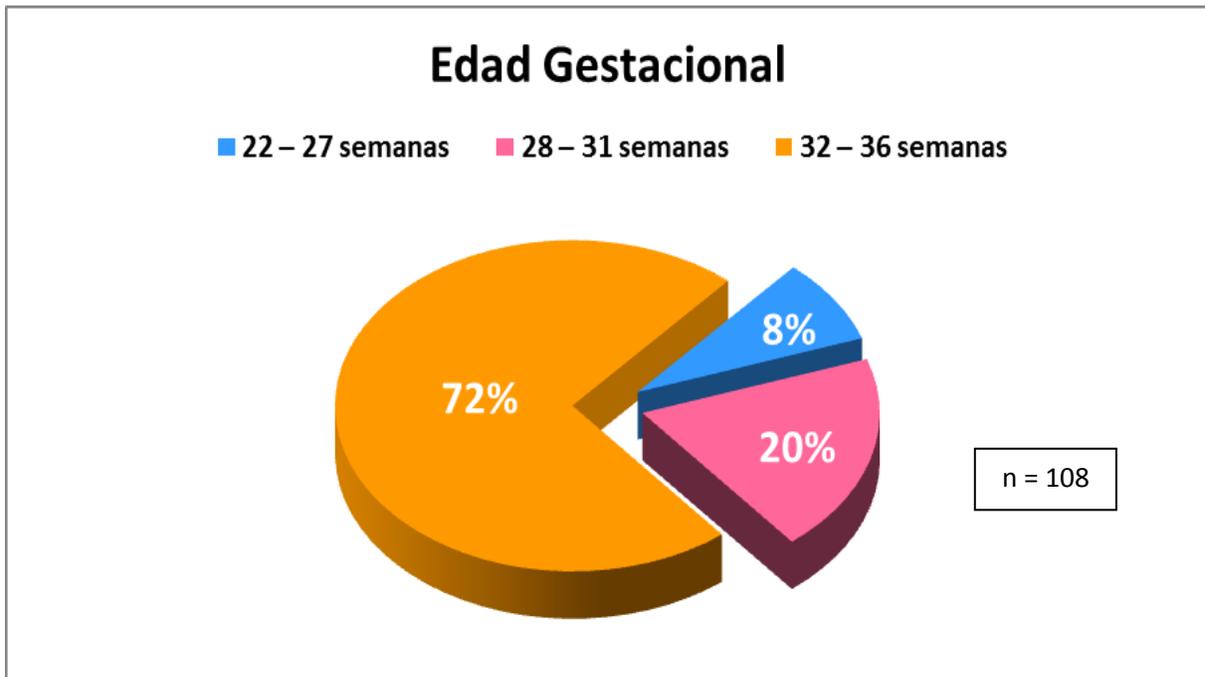
En el grafico N° 9 se observa que según los antecedentes obstétricos de las pacientes el mayor porcentaje se muestra en las pacientes que no han tenido ningún/otros antecedentes (72%), seguido por las pacientes con aborto previo (29%) y PPT (parto prematuro) previo (14%), y finalmente las de menor porcentaje fueron las que tuvieron tumor o malformación uterina (2%) como antecedente.

Grafico N°10: Parto prematuro según las enfermedades intercurrentes de la paciente



En el grafico N°10, podemos apreciar en relación con las enfermedades intercurrentes de las pacientes, donde se obtuvo que el mayor porcentaje presentaron anemia (32%), luego las que presentaron RPM (22%), seguido por las que presentaron ITU (19%) y otros/ninguna enfermedad (12%) consecutivamente; mientras con menos porcentajes fueron las que presentaron HIE (5%), vaginitis bacteriana (5%), hemorragia (4%) y DM (2%), finalmente las pacientes que presentaron TORCH (0%) e hiperémesis (0%) obtuvieron un porcentaje nulo.

Grafico N°11: Parto prematuro según la edad gestacional de la paciente



En el grafico N°11 observamos según la edad gestacional de la paciente que el mayor porcentaje lo obtiene entre las 32 - 36 semanas (72%), seguido entre las 28 – 31 semanas(20%) y con un bajo porcentaje entre las 22 – 27 semanas (8%)

4. DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como objetivo principal determinar los factores maternos asociados a parto prematuro, por lo que se determinó en primera instancia la edad materna en la institución, hallándose así una mayor incidencia del 75% en pacientes de edades óptimas con un rango de edad entre 18 - 34 años, mientras que un 14% se dio en las gestantes adolescentes con rango de 12 – 17 años. Finalmente las mujeres añosas con edades de 35 a más años un 11%. Lo que no guardaría correspondencia con la bibliografía que nos muestran cifras elevadas en pacientes con mayor edad (>36 años) según Osorno C. ⁽¹⁴⁾ y bibliografía extranjera menciona que hay más riesgo de prematuridad en embarazos adolescentes ⁽¹⁹⁾, en cambio Meza Martínez J. ⁽²⁾ concuerda con el estudio parcialmente donde el mayor riesgo de parto prematuro se dio en pacientes entre 20 y 34 años.

Con respecto al estado civil de las pacientes en presentar riesgo de prematuridad en nuestro estudio podemos observar que hay mayor riesgo de prematuridad en convivientes con un 73% y solteras con un 22%. Las pacientes casadas presentaron tan solo un 10% de riesgo y no se evidenció ningún caso en viudas y separadas/divorciadas. Según la bibliografía Osorno C. ⁽¹⁴⁾ observa mayor riesgo de prematuridad en las no casadas (solteras, unión libre, divorciadas, viudas) y que guardaría cierta relación con nuestro estudio.

Según lo descrito por Villamonte W. ⁽³⁾ sobre la relación de riesgo de parto prematuro con el grado de instrucción concuerda con nuestro estudio dándose la mayor incidencia en las pacientes que cursaron la secundaria completa con un 56% y secundaria incompleta 23%. Mientras que con menos incidencia se da en los otros grados de instrucción como lo dice en también en la bibliografía, con la única diferencia que en nuestro estudio no se encontró ninguna paciente analfabeta y en la bibliografía sí se da en un pequeño porcentaje.

Con respecto al nivel socioeconómico de las pacientes se demostró que la mayor incidencia de parto prematuro se presentó en el nivel socioeconómico bajo con un 51%, mientras que con un 48% en nivel socioeconómico medio y con tan solo un 1% el nivel socioeconómico alto. Esto da lugar a una similitud con la bibliografía según Villamonte W. ⁽³⁾ y Díaz P. ⁽¹⁶⁾ que obtiene mayor incidencia de casos de prematuridad en pacientes con bajo nivel socioeconómico.

Según con nuestro estudio se pudo observar que la mayor incidencia de parto prematuro se dio en pacientes con normopeso en un 48%, seguido por las con sobrepeso con 26% y bajo peso en un 14%, mientras que las obesas solo fueron un 12%.

Observando la bibliografía de Meza Martínez J. ⁽²⁾ concuerda también que las pacientes con normopeso se da en la mayoría de los casos, mientras que no concuerda con Calderón G. ⁽¹⁵⁾ y otras bibliografías extranjeras que mencionan

que la mayor incidencia de casos de prematuridad se da cuando la ganancia de peso materno es inadecuada a niveles extremos de peso como desnutrición u obesidad.

Meza Martínez J. ⁽²⁾ y Osorno C. ⁽¹⁴⁾ plantearon según sus estudios que hay un mayor riesgo de parto prematuro en multíparas y gran multíparas, algo que no concuerda con nuestro estudio, obteniéndose la mayor incidencia de riesgo de prematuridad en primigestas con un 41%, siendo solo un riesgo del 29% las multíparas y un 2% de riesgo las gran multíparas.

Meza Martínez J. ⁽²⁾ con su respectivo estudio denota que hay una asociación significativa en el riesgo de parto prematuro con el periodo internatal, mostrando que la mayoría ocurría en periodos intergenesicos < 2 años. Concordando con nuestro estudio donde la prevalencia se da en los periodos intergenesicos < 2 años con un 45%.

En nuestro estudio se pudo observar que hay mayor riesgo de parto prematuro en pacientes que tuvieron controles inadecuados con un 52%, en menor cantidad se pudo observar en las que tuvieron controles adecuados y sin controles con 32% y 16% respectivamente. Esto demuestra parcialmente la similitud de los estudios de Villamonte ⁽³⁾, Osorno ⁽¹⁴⁾, Meza Martínez ⁽²⁾ y Díaz P ⁽¹⁶⁾ que reflejan que controles prenatales inadecuados o menor cantidad de consultas prenatales el riesgo de parto prematuro es mayor.

Con respecto a los antecedentes clínicos materno tenemos que el aborto previo obtuvo en nuestro estudio un 29% de riesgo de parto prematuro. Que concuerda parcialmente con Osorno ⁽¹⁴⁾ en donde su estudio demostró que los abortos previos fueron estadísticamente significativos.

Otro antecedente clínico materno es el parto pretermino previo en donde obtuvimos una moderada significancia del 14% de riesgo de parto prematuro, que concuerda parcialmente también con Villamonte ⁽³⁾ donde obtuvo una notable cifra de partos prematuros previos (entre 3 a mas) dando mayor riesgo para partos prematuros futuros.

Mientras que nuestro estudio y otros estudios nacionales y extranjeros demostraron que pacientes con antecedente clínicos de tumor o malformaciones uterinas no tuvieron significancia para riesgo de parto prematuro.

En nuestro estudio sobre las enfermedades intercurrentes en la gestación que provocan riesgo de parto prematuro se demostró que se obtuvo un gran incidencia en los casos de anemia con un 32 %, como la bibliografía lo determina sí hay relación con los estudios de Calderón ⁽¹⁵⁾ que presentó un 29.7 % de casos de anemia en los partos prematuros.

Otra enfermedad intercurrente es el RPM que tuvo un 22% de riesgo de prematuridad, parcialmente similar a los estudios de Meza M. ⁽²⁾ donde se observa un 39.3% de casos de RPM con riesgo de parto prematuro, Villamonte ⁽³⁾ muestra que el RPM fue la segunda causa de riesgo de parto prematuro dentro de las enfermedades intercurrentes, con Osorno ⁽¹⁴⁾ también hubo similitud demostrando

que cuanto más tiempo era la ruptura prematura de membrana (RPM) había más riesgo. Al igual que Calderón ⁽¹⁵⁾ se presentó un cifra elevada de ruptura prematura de membranas en un 41.3 % de las mujeres con parto prematuro.

Siguiendo con nuestro estudio de las enfermedades intercurrentes, la ITU nos da un riesgo del 19% de parto prematuro, como nos demuestra la literatura donde Osorno ⁽¹⁴⁾ nos dice que las infecciones del tracto urinario (ITU) se asocian con riesgo de parto prematuro. En cambio Meza M. ⁽²⁾ y Ovalle ⁽¹³⁾ nos advierten que la infección del tracto urinario se encontró en un 51,6% y 50,7% respectivamente de los partos prematuros dándonos una gran cifra de casos de casi el triple de nuestro estudio. Igual es Calderón ⁽¹⁵⁾ en su estudio donde nos muestra que de los partos pretérmino, 52.8 % cursó con infección de vías urinarias.

Ovalle ⁽¹³⁾, Villamonte ⁽³⁾, Osorno ⁽¹⁴⁾, Meza M. ⁽²⁾ y Calderón ⁽¹⁵⁾ demostraron que HIE presenta un riesgo moderado de parto prematuro donde sus cifras en conjunto oscilan entre 12.5% a 74%, con lo que no concuerda con nuestro estudio donde solo obtuvimos un 5% de riesgo de parto prematuro.

Calderón ⁽¹⁵⁾ en su estudio señaló que la vaginitis bacteriana se dio en un 31% dando un riesgo moderado de prematuridad al igual que Osorno ⁽¹⁴⁾ también lo asocia a prematuridad. Mientras que en nuestro estudio solo observamos un 5% de asociación de riesgo al parto prematuro por vaginitis bacteriana.

Villamonte ⁽³⁾ señala que la hemorragia principalmente en el tercer trimestre es uno de los causantes comunes de riesgo de parto prematuro, mientras que en nuestro estudio solo se observó en 4% de los casos de riesgo de parto prematuro.

Mientras que Ovalle ⁽¹³⁾ y Osorno ⁽¹⁴⁾ muestran que la diabetes mellitus en las pacientes solo afectó en una media de 2,6% de riesgo de parto prematuro, similar a nuestro estudio con tan solo 2 % de riesgo.

En nuestro estudio el TORCH y la hiperémesis demostraron que no producían riesgo de parto prematuro, mientras que la literatura está de acuerdo con el resultado del TORCH al no ser una enfermedad intercurrente causante de riesgo de prematuridad, pero está en desacuerdo sobre la hiperémesis donde Calderón ⁽¹⁵⁾ menciona que a hiperémesis gravídica se presentó en 18.1 % de los partos pretérmino.

Según Meza Martínez J. ⁽²⁾ en su estudio demostró que generalmente se presenta mayor riesgo de prematuridad cuando se tiene una edad gestacional entre 31- 34 semanas con un 49,8%. Lo que guardaría cierta relación con nuestro estudio en donde nos muestra cifras de 72% de riesgo de prematuridad en pacientes con edad gestacional entre 32 – 36 semanas.

5. CONCLUSIONES

- a) La mayoría de los casos de parto pretermino se dio entre las semanas 32 – 36 con un 72%.
- b) Los factores sociodemográficos como tener un nivel socioeconómico bajo, no tener un adecuado control prenatal y tener una inadecuada nutrición son características maternas presentes en el parto prematuro, en las pacientes que se atienden en el Instituto Nacional Materno Perinatal.
- c) Es el rango de edad entre 18 – 34 años el que tiene mayor porcentaje de riesgo de parto pretérmino con un 75% seguida de adolescentes 14%.
- d) De acuerdo al estado civil, las gestantes que son convivientes presentan parto prematuro con un 73% seguida de solteras 18%.
- e) Según el nivel de académico de las gestantes, las de educación secundaria es el que presenta mayor riesgo de parto prematuro con 56%.
- f) Las gestantes primigestas son las que mayor riesgo puede llegar a presentar parto prematuro con un 41%.
- g) Con respecto a las enfermedades intercurrentes siguiendo el orden de mayor riesgo para ocasionar un parto prematuro son anemia, ruptura prematura de membranas (RPM) e infección del tracto urinario (ITU) alcanzando en conjunto un 70% de los casos.

6. RECOMENDACIONES

En base a los resultados y discusiones correspondientes se plantearon las siguientes recomendaciones:

1. Que todo el personal de Gineco-obstetricia se encuentre en constante actualización y especialice en temas sobre casos de parto prematuro y tenga mejor conocimiento de los factores de riesgo y tratamiento oportuno para poder disminuir la morbilidad materna y/o perinatal.
2. A nivel comunitario fortalecer y desarrollar programas educativos destinados a informar sobre la importancia de un control prenatal adecuado, que permita la identificación de pacientes con riesgo de parto prematuro y así realizar un diagnóstico precoz con miras de minimizar las complicaciones materno fetales asociada a esta causa.
3. Ampliar estudios sobre causas y factores de riesgo de parto prematuro en pacientes atendidas en el INMP para así contribuir a disminuir la morbilidad materna y fetal en nuestro medio.
4. Establecer pautas para la vigilancia y manejo medico de las pacientes con factores maternos de riesgo en el área de GO en el INMP para q permita darles una atención adecuada.

5. Desarrollar proyectos de investigación que profundicen cada uno de los factores relacionados al problema y alternativas terapéuticas para disminuir los partos prematuros, elaborando simultáneamente los programas de intervención en base a los resultados obtenidos.

6. Poner mayor atención a las pacientes con los siguientes factores maternos, con respecto al riesgo de parto prematuro: periodo intergenesico <2 años, controles prenatales inadecuados, antecedentes clínicos personales y enfermedades intercurrentes.



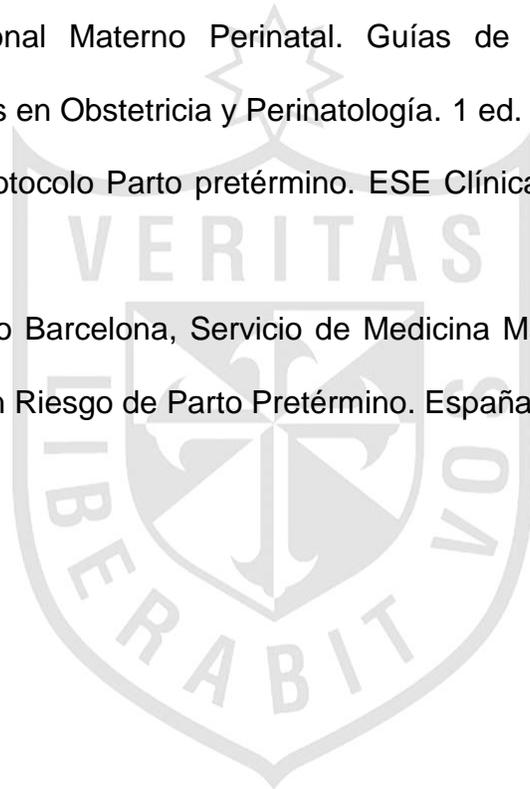
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Cunningham FG, Leveno KJ, Blom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams Obstetricia. 23va Edición. México: Mc Graw Hill companies; 2006: p. 804-827.
- 2.- Meza Martínez J. Factores maternos relacionados con el parto pretérmino y su repercusión en el neonato. Hospital Nacional Hipólito Unanue: 2002 - 2006. Rev Per Obst Enf (Perú). 2007; 3(2): 115 – 125.
- 3.- Villamonte W, Lam N, Ojeda E. Factores de Riesgo de Parto Pretérmino Instituto Materno Perinatal. Ginecol Obstet (Perú). 2001; 47: 112-116.
- 4.- Saldaña M, Pineda E. Mortalidad en neonatos con peso menor de 1500 gramos en el servicio de Recién Nacidos en el Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad Social. Rev Med Post UNAH (Honduras). 2002; Enero - Abril 7(1): 91 - 96.
- 5.- Anderson RN, Smith BL. Deaths: leading causes for 2001. Natl Vital Stat Rep 2003; 52-1-85.
- 6.- Tomashek KM, Shapiro-Mendoza CK, Davidoff MJ, Petrini JR.. Differences in mortality between late-preterm and term singleton infants in the United States, 1995-2002. J Pediatr. 2007 Nov; 151(5):450-6, 456.e1. Epub 2007 Jul 24.
- 7.- Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, et al., for the Centers for Disease Control and Prevention National Center for Health Statistics National Vital

- Statistics System. Births: final data for 2005. *Natl Vital Stat Rep.* 2007; 56(6):1–103.
- 8.- Parto prematuro. Alexis Palencia C., MD. Pediatra Neonatólogo. UIS - Universidad de Antioquia - UMNG. CCAP (Colombia). 9(4). http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_9_vin_4/Precop_9-4-B.pdf
- 9.- Massett HA, Greenup M, Ryan CE, et al. Public perceptions about prematurity: a national survey. *Am J Prev Med* 2003; 24:120-7.
- 10.-Consensus views 46th Study Group: Preterm Birth. <http://www.rcog.org.uk/index.asp?PageID=2203>.
- 11.-Petrou S. The economic consequences of preterm birth during the first 10 years of life. *BJOG*, 112 Suppl 1:10-5.
- 12.-Lindström K, Winbladh B, Haglund B, Hjern A. Preterm infants as young adults: a Swedish national cohort study. *Pediatrics*. 2007 Jul; 120(1):70-7.
- 13.-Ovalle A, Kakarieka E, Rencoret G, Fuentes A, Del Rio MJ, Morong C, et al. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. *Rev. Méd. Chile (Santiago)*.2012; ene 140(1): 19 – 29.
- 14.-Osorno L, Rupay GE, Rodríguez J, Lavadores AI, Dávila J, Echevarría M. Factores maternos relacionados con prematuridad. *Ginecol Obstet Mex.* 2008; 76(9):526-536.

- 15.-Calderón J, Vega G, Velásquez J, Morales R, Vega AJ. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. Rev Med IMSS. 2005; 43(4): 339-342.
- 16.-Díaz Polo Lizbeth Estefanía. Factores de riesgo asociados al parto pre término en el hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen de enero a junio del 2010. Rev. *ECIPerú*, ago. 2011, vol.8, no.2, p.143-149. ISSN 1813-0194
- 17.-Pacheco J. Amenaza de parto prematuro. En: Pacheco J (editor). Manual de Obstetricia. Lima: Edit. San Miguel. 1995.
- 18.-The International Preterm Labour Council Labour Ward Guidelines. www.ingentaconnect.com/content/tandf/cjog/2003/00000023/00000005/art00001.
- 19.-Althabe F, Carroli G, Lede R, Belizán JM, Althabe OH. El parto pretérmino: detección de riesgos y tratamientos preventivos. RevPanam Salud Pública/Pan Am J Public Health.1999; 5(6):373 - 385.
- 20.-Sandoval J. Morbilidad obstétrica en adolescentes. En: Sandoval J, González E, editores. Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. 3a edición. Caracas: Mediterráneo; 2003.p.451.
- 21.-Lizbeth Estefanía Díaz Polo Factores de riesgo asociados al parto pre término en el hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen de enero a junio del 2010. Perú 2011.
- 22.-Carrillo CE, Wong A. Factores asociados al embarazo pretérmino a nivel del mar y la altura. Acta Andina. 1994; 3(1):19-28.

- 23.-José Pacheco. Parto pretérmino: tratamiento y las evidencias. Rev Per Ginecol Obstet. 2008;54:24-32.
- 24.-Atalah E, Castillo C, Castro R. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. Rev Med Chile 1997; 125:1429-36.
- 25.-Alvarado JC. Manual de Obstetricia. 2 ed. Perú: AMP Apuntes Médicos del Perú; 2006: p. 241 - 245.
- 26.-Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. 1 ed. Lima – Perú 2010.
- 27.-Vergara G. Protocolo Parto pretérmino. ESE Clínica de Maternidad Rafael Calvo C. 2009.
- 28.-Hospital Clínico Barcelona, Servicio de Medicina Materno fetal. Manejo de la Paciente con Riesgo de Parto Pretérmino. España; 2008.



8. ANEXOS

8.1 ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre: _____

Caso: _____

HC: _____

Procedencia: Rural () Urbana () _____

Estado civil: _____

Grado de instrucción:

- No educación
- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Superior técnica
- Superior universitaria

Nivel Socioeconómico:

- Bajo
- Medio
- Alto
- Otros: _____

Edad: _____ años

Peso: _____ Kg.

Talla: _____

Antecedentes Personales:

- PPT previo
- Aborto previo
- Tumor o malformación uterina
- Otros _____

Numero de Gestaciones:

- 1
- 2 - 3
- 4 - 5

> 5

Periodo Internatal:

- < 1 año
- 1 - 2 años
- 3 - 5 años
- > 5 años

Controles Prenatales:

- No
- Si: _____

Pruebas iniciales de Laboratorio:

Hemoglobina: _____ fecha: / /
Ex. Orina: _____ fecha: / /
Urocultivo y/o Sedimento: _____ fecha: / /
Glucosa: _____ fecha: / /
VIH: _____ fecha: / /
VDRL/ RPR: _____ fecha: / /
Otros: _____ fecha: / /

Enfermedades Intercurrentes:

- Anemia
- Preeclampsia
- Diabetes gestacional
- ITU
- TORCH
- Vaginosis/ Vaginitis
- RPM
- Hemorragia
- Otros _____

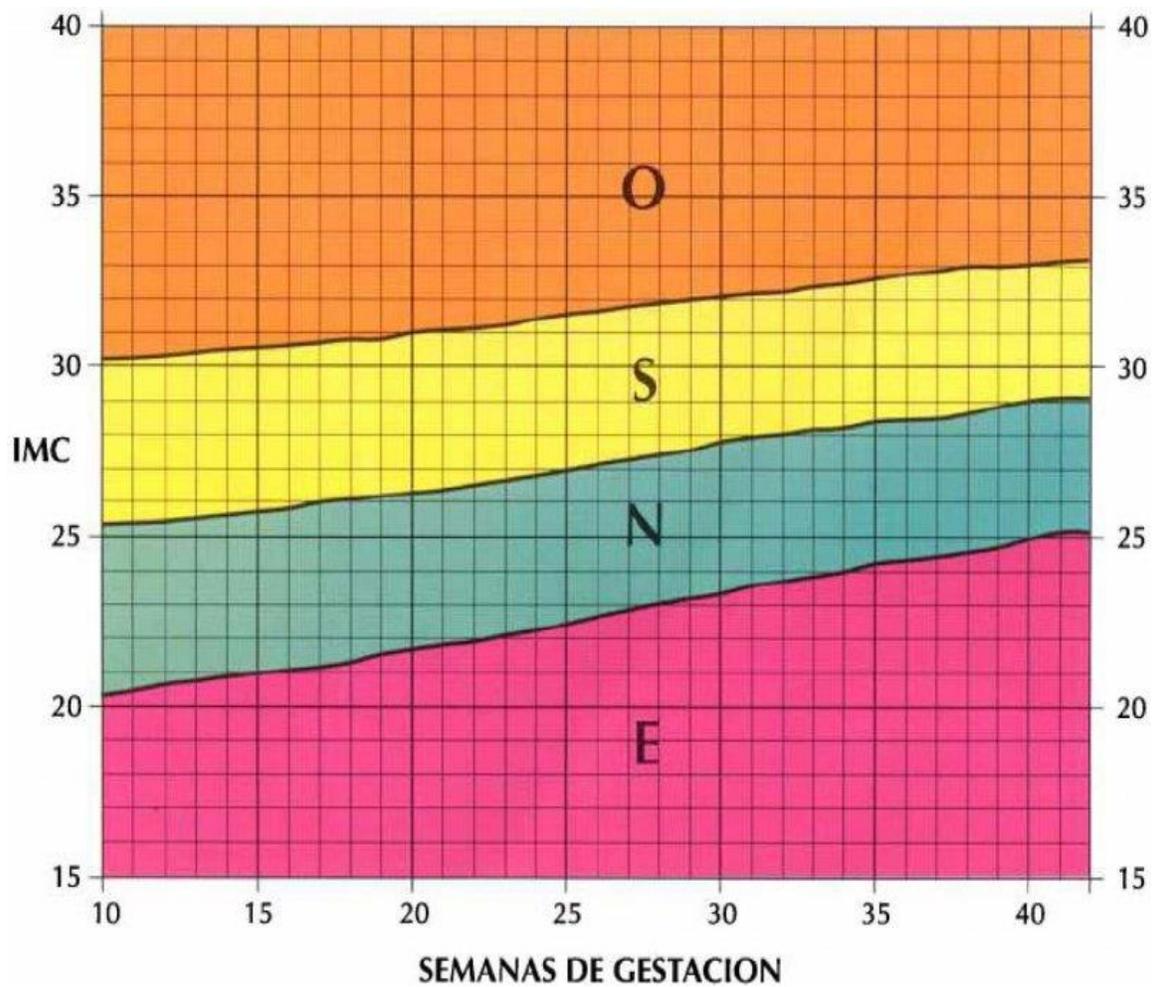
EG: _____ x FUR (/ /)
_____ x ECO () trimestre

Tipo de Parto:

- Vaginal
- Abdominal

8.2 ANEXO 2

GRÁFICO DE ACOMPAÑAMIENTO NUTRICIONAL DE LA GESTANTE



CATEGORÍAS DE ESTADO NUTRICIONAL

A	Bajo Peso	C	Sobrepeso
B	Normal	D	Obesidad

8.3 ANEXO 3

TABLA DE SELECCIÓN DE MUESTREO ALEATORIO

TABLA DE SELECCIÓN DE MUESTREO ALEATORIO

n°	Muestra seleccionada	n°	Muestra seleccionada	n°	Muestra seleccionada	n°	Muestra seleccionada
1	8	28	160	55	372	82	580
2	16	29	181	56	376	83	589
3	22	30	188	57	387	84	596
4	23	31	202	58	389	85	597
5	30	32	207	59	396	86	598
6	41	33	227	60	401	87	604
7	44	34	241	61	403	88	614
8	60	35	245	62	412	89	641
9	68	36	246	63	415	90	648
10	71	37	252	64	419	91	659
11	73	38	257	65	428	92	667
12	75	39	263	66	436	93	673
13	88	40	264	67	457	94	702
14	100	41	301	68	501	95	703
15	102	42	311	69	502	96	706
16	103	43	314	70	504	97	708
17	104	44	322	71	505	98	713
18	106	45	325	72	518	99	715
19	107	46	329	73	527	100	719
20	117	47	332	74	528	101	722
21	118	48	334	75	530	102	728
22	121	49	336	76	536	103	729
23	136	50	338	77	541	104	734
24	138	51	340	78	546	105	736
25	140	52	350	79	556	106	737
26	150	53	356	80	557	107	738
27	157	54	367	81	560	108	739