

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES MATERNOS ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN
EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PISCO-PERU**

TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR LA BACHILLER: Patilla García Rossmery

HUANCAYO – PERÚ

ASESOR

Mg. Víctor Martín González Palomino

JURADOS

Dr. Aníbal Díaz Lazo

Mc. Elmer Vásquez Egoavil

Mc. José Severino Brocales

Mc. Henry Aguado Taquire

DEDICATORIA

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño:

A Dios por darme la oportunidad de vivir, iluminando cada paso de mi vida,

regalándome unos seres queridos que son tan maravillosos.

A mis Padres, por colocarme en el mejor camino, por darme una carrera para mi futuro, por creer en mí y brindarme todo su amor, apoyo y confianza, por darme fuerza para levantarme cuando lo necesitaba, por todo esto les agradezco de todo

corazón el que estén conmigo siempre.

AGRADECIMIENTOS

Al término de una de las etapas de mi vida, quiero expresar un profundo agradecimiento a quienes con su ayuda, apoyo y comprensión me alentaron a lograr este anhelado objetivo.

- A mi familia, especialmente a mis padres por sus enseñanzas, fuerza y apoyo, los cuales constituyen la herencia más valiosa que pudiera recibir.
- A mis docentes, por haber contribuido en mi formación profesional; inculcándome su ejemplo, por ser grandes maestros y buenos amigos.

INDICE	PÁGINA
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Resumen	7
Abstract	8
I.- INTRODUCCIÓN	9
II.- MATERIAL Y METODOS	13
Tipo del estudio	13
Nivel del estudio	13
Diseño del estudio	13
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	13
Población	14
Definición operacional de las variables	15
Método y técnica de recolección de datos	15
Instrumento de recolección de datos	15
Validación y confiabilidad del instrumento de recolección de datos	16
Procesamiento y análisis de los datos	16
Aspectos éticos	16
Definición De Términos	17
III.-RESULTADOS	19
3.1 Prevalencia de parto prematuro	19
3.3 Distribución según edad materna	19

3.4 Distribución en relación al grado de instrucción	20
3.5 Distribución en relación a los antecedentes ginecoobstetricos	21
3.6 Distribución en relación a las complicaciones durante el embarazo	22
IV.- DISCUSIÓN	24
V.- CONCLUSIONES	28
VI.- RECOMENDACIONES	29
VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	30
ANEXO A: Test de Capurro	35
ANEXO B: Ficha de recolección de datos	36
ANEXOC: Hoja CLAP	37
ANEXO D: Operacionalización de las variables	38
ANEXO E: Validación de la ficha de recolección de datos	39

RESUMEN

Antecedentes: La prematuridad es la principal causa de morbilidad perinatal, constituyendo actualmente uno de los problemas de salud pública.

Objetivo: Determinar la prevalencia y los factores maternos, asociados al parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero 2008a Junio 2013.

Pacientes y métodos: Es un estudio transversal, analítico, retrospectivo, con diseño de casos y controles; cuya población se constituyó por todas las pacientes con gestación que culminó en parto de recién nacido vivo pretérmino; tal cifra fue de 383, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo 292 casos aptos, y se seleccionó 292 controles.

Conclusiones: La prevalencia de parto pretérmino fue de un 3.35%.

Los factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino fueron: Infección urinaria, antecedente de parto prematuro anterior, antecedente de aborto, edad materna <18 años, diabetes gestacional, vaginosis bacteriana, ruptura prematura de membranas, grado de instrucción de educación primaria.

La edad comprendida entre 18-34 años, el grado de nivel secundario y superior, se comportaron como factores protectores para el parto pretérmino.

Palabras clave: Prevalencia, factores maternos, parto pretérmino.

ABSTRACT

Background: Prematurity does the leading cause of perinatal morbidity now constitute one of the public health problems.

Objective: To determine the prevalence and maternal factors associated with preterm delivery in patients treated at the San Juan de Dios Hospital in Pisco in the period January 2008 a June 2013.

Patients and Methods: A cross-sectional, analytical, retrospective study with case-control design, whose population is established for all patients with pregnancy that ended in live birth preterm newborn, this figure was 383, according to the inclusion and exclusion criteria, 292 cases fit was obtained, and 292 controls were selected.

Conclusions: The prevalence of preterm delivery was of 3.35%.

Maternal risk factors associated with preterm delivery were: urinary tract infection, history of previous preterm birth, history of abortion, maternal age <18 years, gestational diabetes, bacterial vaginosis, premature rupture of membranes, degree of instruction for primary education.

Age between 18-34 years, the degree of secondary and tertiary level, behaved as protective factors for preterm birth.

Keywords: Prevalence, maternal factors, preterm delivery

CAPITULO I

INTRODUCCION

Todos los años nacen millones de niños prematuros, causa importante de morbilidad y mortalidad neonatal, sobre todo en edades de gestación muy precoces¹. El parto pretérmino según la Organización Mundial de la Salud es aquel nacido con menos de 37 semanas cumplidas de gestación (menos de 259 días), independiente del peso al nacer, cuya etiología es compleja y multifactorial²; con un interés pronóstico se clasifica a los pretérmino, según las semanas de gestación, en: moderado (33 – 36 semanas), muy pretérmino (28 – 32 semanas) y extremadamente pretérmino (<28 semanas)³.

En los registros de salud pública la incidencia de partos prematuros varia de país en país y tienen una baja incidencia en los países desarrollados, llegando la incidencia de parto prematuro en Europa a un 5-7%, 11% en EE.UU; un porcentaje del 5% en Perú y Latinoamérica un 11%⁴.

Actualmente se reconoce que su etiopatogenia es multifactorial, en muchos casos se desconoce la causa y no puede precisarse con exactitud la relación directa entre factores previos a la gestación y propios del embarazo⁵; teniendo en cuenta que los hijos de madres adolescentes son más susceptibles de ser bebés prematuros; el riesgo de salud de la madre y del hijo se incrementan cuando la madre es adolescente o tiene más de 35 años^{6,7}; en un estudio realizado en México se evidenció que ser madre menor de 20 años de edad (34 vs 22%, $p < 0.001$), tiene una asociación significativa con la prematuridad⁸. Mientras en un estudio realizado en Ecuador, la edad en la que se presenta mayor cantidad de casos de prematuridad corresponde a 20–30 años⁹.

El Instituto de Desarrollo de Cuba, señala que cuando la escolaridad materna es inferior al tercer grado, la tasa de prematuridad aumenta¹⁰; en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Perú se encontró que las personas más pobres y con nivel educativo menor, presentan mayor incidencia de parto pretérmino¹¹; mientras en un estudio realizado en México, ser madre analfabeta tiene una significancia elevada con la prematuridad¹².

El riesgo de recurrencia en gestantes con historia de parto pretérmino anterior es del 15 al 50 % dependiendo del número y la edad gestacional de los partos pretérminos anteriores, el tener solamente un embarazo pretérmino como antecedente, tiene 4 veces más riesgo de tener otro embarazo pretérmino¹³; y si existe 2 antecedentes, el riesgo es del 41 % y si 3 antecedentes del 67%¹⁴.

En Corea por medio de un estudio prospectivo multicéntrico^{15, 16}, se encontró que la historia de un aborto previo aumenta el riesgo de un parto

prematureo; y que practicarse un aborto aumenta a cerca del doble el riesgo de que una mujer dé a luz prematuramente en un embarazo posterior, y que las madres que se habían practicado un aborto previo tenían 7 veces más probabilidad de dar a luz un bebé menos de 28 semanas de gestación; asimismo existe una asociación estadísticamente significativa entre el periodo intergenésico posaborto menor o igual a un año y riesgo de parto pretérmino subsecuente¹⁷.

Las malformaciones uterinas son también causa de parto prematuro y la frecuencia global es de 4 % para el útero tabicado y el 80 % para el útero bicorne¹⁸; los miomas uterinos grandes también son causa de partos prematuros, entre el 0,5 y el 4% de los embarazos¹⁹, provocando alteraciones mecánicas, irritación del miometrio, alteraciones endometriales, y déficit del flujo sanguíneo uterino, que puede comprometer la viabilidad del embrión o del feto, presentándose de esta manera una amenaza de parto prematuro²⁰.

La asociación de infecciones vaginales y el embarazo han sido documentado desde hace muchos años, relacionándose con trabajo de parto prematuro (APP) de un 5-10%, también se han relacionado con ruptura prematura de membranas (RPM) y en amnionitis con membranas integra^{20, 21}; en un estudio realizado en Méxicotambién se evidenció que el parto pretérmino tiene como principal factor de riesgo, a la vaginosis bacteriana que se asocia con corioamnionitis²².

Debido a las modificaciones anatómicas y funcionales que se producen durante la gestación, aproximadamente de un 5 a un 10% de las gestantes presentan infección urinaria sintomática o asintomática, provocando

contracciones uterinas y terminar en parto prematuro^{23, 24}. En Querétaro, se evidenció que de todas las adolescentes con parto pretérmino, el 54,3% presentaron infección de vías urinarias, y que el 57,1% de las adolescentes con parto pretérmino presentaron infección vaginal en comparación con 35,1%²⁵. La ruptura prematura de membranas en embarazos de pretérmino es responsable de un tercio de los casos de partos prematuros y del 10% de las muertes perinatales; asociándose a una corioamnionitis e infección puerperal²⁶; en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima, se reportó que la ruptura prematura de membranas, se asocia con un incremento en la probabilidad de presentar parto pretérmino²⁷.

En el Hospital Gineco-obstétrico de Colombia, se encontró que la enfermedad asociada que más incidió fue la infección vaginal (41.6 %), seguida por la hipertensión arterial con (6.5 %); y como enfermedad propia de la gestación predominó la rotura prematura de membranas (54.8 %) ²⁸. Mientras que en un estudio en Colombia, se encontró que la preeclampsia durante el embarazo actual (OR 4,15 IC95% 1,70–10,16), ruptura prematura de membranas (OR 3,17 IC95% 1,92–5,23), tuvieron asociación estadísticamente significativa con la presentación de parto prematuro²⁹.

Por la alta incidencia de esta patología, tomando en cuenta su relación con los factores de riesgo; y teniendo en cuenta que no hubo estudio de esta índole en dicho Hospital, se planteó como objetivo, determinar la prevalencia y los factores maternos asociados a un parto pretérmino en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo Enero 2008 a Junio 2013.

CAPITULO II

MATERIAL Y METODOS

2.1 Tipo y Diseño de la investigación

El presente, fue un estudio retrospectivo, analítico, transversal, con diseño casos y controles, realizado mediante el análisis de la información obtenida de las pacientes, cuya gestación culminó en parto pretérmino, que fueron atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, en el periodo comprendido de Enero 2008 a Junio del 2013.

2.2 Población del estudio:

La población estuvo constituida por todas las pacientes cuya gestación culminó en parto prematuro, en el Hospital San Juan de Dios Pisco entre Enero 2008 a Junio 2013. Durante este periodo se registraron 11,414 partos; de los cuales se registraron 383 partos prematuros, los cuales fueron evaluados según los criterios de inclusión y exclusión descritos a continuación:

2.3 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación:

2.3.1 Grupo de casos:

Criterios de inclusión:

- Mujeres cuya gestación haya concluido entre las 22 y antes de las 37 semanas, determinada por ecografía (biometría fetal) menores de 28 semanas y por el método de Capurro en mayores de 28 semanas neonatos.
- Recién nacido vivo
- Término del parto sea vaginal o cesárea

Criterios de exclusión:

- Historia clínica incompleta.
- Malformaciones fetales y alteraciones placentarias

2.3.2 Grupo de controles:

Criterios de inclusión:

- Mujeres cuya gestación haya concluido entre las 37 y 41 semanas con 6 días, determinada por el método de Capurro.
- Recién nacido vivo.
- Término del parto sea vaginal o cesárea

Criterios de exclusión:

- Historia clínica incompleta.
- Malformaciones fetales y alteraciones placentarias

2.4.- Determinación de la población de estudio

Se registraron 383 partos prematuros, y de acuerdo a los criterios determinados, se excluyeron 91, obteniéndose 292 historias clínicas para el grupo de los casos y se seleccionaron 292 controles, que fueron pareados según procedencia y edad (+/- 1 año para cada caso); no se trabajó con muestra.

2.5.- Definición operacional de las variables (Ver ANEXOC)

Se consideró la existencia de parto prematuro, cuando el nacimiento fue entre las 22 y antes de las 37 semanas.

Se consideró la existencia de factor de riesgo, al encontrarse la presencia cualquiera de las siguientes características maternas:

- Edad materna
- Grado de instrucción
- Antecedentes ginecoobstetricos: Parto prematuro anterior, abortos, malformaciones uterinas, miomatosis uterinas
- Complicaciones durante el embarazo: Infección urinaria, vaginosis bacteriana, ruptura prematura de membranas, hipertensión inducida por el embarazo, diabetes gestacional

2.6.- Métodos y técnicas de recolección de datos:

Para la realización de esta investigación se coordinó con el área de apoyo a la docencia e investigación del Hospital San Juan de Dios de Pisco, a fin de obtener autorización para el acceso a las Historias clínicas. Posteriormente se realizó la revisión de las historias clínicas seleccionadas mediante la ficha de recolección de datos, organizando los casos y controles.

2.7.- Instrumento de recolección de datos:

Se usará la ficha de recolección a fin de recolectar información que se encuentra en la historia clínica materna, que forma parte del sistema informático perinatal-materna del Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR), de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS). Asimismo se usará otra ficha adicional para la

recolección de datos, que no estipulan en la hoja CLAP, pero que son necesarios para lograr el objetivo.

2.8.- Validez y confiabilidad del instrumento de recolección de datos:

La historia clínica, materno perinatal es parte de los formularios del sistema informático perinatal (SIP), que fue elaborado por el Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) la cual es una unidad técnica de la Oficina Panamericana de la Salud , siendo producto de un consenso técnico y científico.

La ficha adicional, fue validada mediante valoración de expertos. (Anexo E)

2.9.- Procesamiento y análisis de datos obtenidos:

Con la información obtenida se elaboró una base de datos en Excel, transfiriendo dicha información al programa SPSS 20, donde las diferentes variables fueron tabuladas, resumidas y representadas en cuadros de distribución de frecuencia, procediéndose al análisis estadístico; asimismo se utilizó el odds ratio, para encontrar significancia estadística y poder comparar los partos de recién nacidos pretérmino (292 casos) y a término (292 controles).

2.10.- Aspectos éticos

La investigación realizada tiene como fin analizar los factores maternos que influyen en el parto pretérmino; la cual no afectó la integridad de las madres, y no se realizó ninguna intervención o modificación intervencional con variables fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas que participan en el estudio.

2.11.- Definición de términos

Parto Pretérmino: Parto que se produce después de las 22 semanas y antes de las 37 semanas de embarazo, según la OMS.

Factores maternos

Edad materna: Tiempo transcurrido desde el nacimiento.

Grado de instrucción: Son conocimientos, que una persona desarrolla a lo largo de toda su vida; según la hoja CLAP la clasifica en sin instrucción, primaria, secundaria y superior.

Antecedentes Ginecoobstetricos:

Antecedente de parto prematuro:Antecedente de parto antes de la semana 37 de gestación

- **Aborto:**Interrupción del embarazo entorno a las 22 semanas de gestación.
- **Malformaciones uterinas:** Desarrollo anormal de los conductos mullerianos durante la embriogénesis.
- **Miomatosis uterina:** Son tumores benignos que pueden complicar el embarazo y el parto.

Complicaciones durante el Embarazo:

- **Vaginosis bacteriana:** Infección vaginal por desequilibrio de la flora bacteriana²⁴.
- **Infección del tracto urinario:** Colonización del tracto urinario por bacterias uropatógenas²⁵.
- **Hipertensión inducida por el embarazo:** Enfermedad producida en el tercer trimestre caracterizada por $PA \geq 140/70$ mmHg y proteinuria ≥ 3 g/24 h²⁸.

- **Ruptura prematura de membranas:** Ruptura espontánea de la bolsa amniótica antes del comienzo del parto²⁷.
- **Diabetes gestacional:** Alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se detecta por primera vez durante el embarazo²⁹.

CAPITULO III

RESULTADOS

3.1.- Prevalencia del Parto Pretérmino

Durante el periodo de estudio se obtuvieron 11,414 partos, de los cuales 383 partos fueron prematuros. Obteniéndose una prevalencia del 3,35% de partos prematuros en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo comprendido Enero 2008a Junio 2013.

3.2.- Edad materna; se observó que el 35.6%, corresponde a la edad <18años en el grupo de los casos; lo que difiere sustancialmente del grupo control, teniendo un mayor porcentaje de edad comprendida entre18-34 años (64.7%). Tras el análisis estadístico se determinó asociación estadística en el grupo de < 18 años, con un OR: 3.48; IC (2.998-4.03) y >34 años de edad con un O.R: 1.91; con un $p=0,0012$

**TABLA N° 1: Factores maternos asociados al parto pretérmino en el
Hospital San Juan de Dios Pisco-Perú
Distribución por edad materna**

EDAD MATERNA	CASOS		CONTROL		O.R	I.C (95%)	p
	n	%	n	%			
<18 años	104	35.6	39	13.4	3.48	2.998-4.03	,0012
18-34 años	86	29.5	189	64.7	0.24	0.198-0.29	
>34 años	102	34.9	64	21.9	1.91	1.625-2.243	
TOTAL	292	100	292	100			

FUENTE: Ficha de recolección de datos

3.3.- Grado de instrucción materna; se observó en el grupo de los casos, el mayor porcentaje corresponde a la de educación primaria a comparación con el grupo control donde el mayor porcentaje se evidenció en educación secundaria, representados en 42.8% y 43.8%, respectivamente. Tras el análisis estadístico, se demuestra que existe asociación estadística de educación primaria con el parto prematuro (O.R: 1.20; IC: 1.021-1.414), y un $p < 0.05$.

TABLA N°2: Factores maternos asociados al parto pretérmino en el Hospital

San Juan de Dios Pisco-Perú

Distribución por grado de instrucción materna

GRADO DE INSTRUCCIÓN	CASOS		CONTROL		O.R	I.C (95%)	P
	n	%	n	%			
Sin Instrucción	36	12.3	33	11.3	1.10	0.867-1.403	,000
Primaria	125	42.8	112	38.4	1.20	1.021-1.414	
Secundaria	115	39.4	128	43.8	0.83	0.705-0.983	
Superior	16	5.5	19	6.5	0.83	0.575-1.206	
TOTAL	292	100.0	292	100.0			

FUENTE: Ficha de recolección de datos

3.4.- Antecedentes Ginecoobstetricos; se observó que el mayor porcentaje de 13.7%, corresponde al antecedente de parto pretérmino, seguido de un 7.9% de abortos. Tras el análisis estadístico se evidencia que el haber tenido antecedente de parto pretérmino, de aborto, malformaciones uterinas y miomatosis uterina, presentan asociación significativa con la ocurrencia de un nuevo parto pretérmino, con un $p < 0.05$.

**TABLA N° 3: Factores maternos asociados al parto pretérmino en el
Hospital San Juan de Dios Pisco-Perú
Distribución según antecedentes ginecoobstetricos**

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS	CASOS		CONTROL		O.R	I.C (95%)	P
	n	%	n	%			
Ninguno	219	75	275	94.2			,019
Parto pretérmino anterior	40	13.7	8	2.7	5.75	4.923-6.71	
Abortos	23	7.9	5	1.7	4.96	4.01-6.00	
Malformaciones uterinas	4	1.3	2	0.8	2.01	1.136-3.553	
Miomatosis uterina	6	2.1	2	0.7	3.04	2.019-4.576	
TOTAL	292	100.0	292	100.0			

FUENTE: Ficha de recolección de datos

3.5.- Complicaciones durante el embarazo; se observó que el mayor porcentaje corresponde al haber presentado de Infección del Tracto Urinario (32.9%), seguida de vaginosis bacteriana (16.1%). Tras el análisis estadístico se evidencia que el haber presentado infección urinaria, vaginosis bacteriana, ruptura prematura de membranas y diabetes gestacional, presentan asociación significativa con la ocurrencia de parto prematuro, con un $p < 0.05$.

TABLA N° 4: Factores maternos asociados al parto pretérmino en el

Hospital San Juan de Dios Pisco-Perú

Distribución según complicaciones durante el embarazo

COMPLICACIONES DURANTE EL EMBRAZO	CASOS		CONTROL		O.R	I.C (95%)	P
	n	%	n	%			
Ninguno	84	28.8	236	80.8			,000
Infección del tracto urinario	96	32.9	20	6.8	6.66	5.818-7.62	
Vaginosis bacteriana	47	16.1	18	6.2	2.92	2.452-3.472	
Ruptura prematura de membranas	29	10.2	11	3.8	2.81	2.284-3.469	
Hipertensión inducida por el embarazo	30	10.3	5	1.7	0.152	0.129-0.178	
Diabetes gestacional	6	1.7	2	0.7	3.04	2.021-4.572	
TOTAL	292	100.0	292	100.0			

FUENTE: Ficha de recolección de datos

CAPITULO IV

DISCUSION

La prevalencia de parto prematuro en este estudio fue de 3.35%, similar a lo que encontró Meza²⁶, en su estudio sobre los Factores maternos relacionados con el parto pretérmino y su repercusión en el neonato en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima, donde reportó una incidencia de 4.3%, de parto prematuro en el periodo 2002 a 2006.

Al hacer referencia a la edad materna, el mayor porcentaje se presentó en <18 años de edad con un 35.6%, con una asociación significativa con el parto pretérmino (O.R: 3.48; IC: 2.998-4.03); concordando con Guillén⁷, quien en el Hospital Regional, Gracias, Lempira, encontró significancia estadística, con la edad materna menor de 18 años de edad (IC95% 1.40 -16.2), explicando este hallazgo a la asociación del parto pretérmino con la inmadurez

biológica de las mujeres en este grupo etéreo. Asimismo Perez⁸ halló en la ciudad de México que los partos pretérminos espontáneos, se presentaron en madres menores de 20 años ($p < 0.01$); a diferencia de Meza²⁶ quien encontró un incremento de presentar parto pretérmino en edades comprendidas entre 20-34 años (61%). Mientras que Eguilez¹² en México, halló que un factor de riesgo asociado parto prematuro es la edad avanzada (RM: 2.21; IC95%, 1.54-3.16); casi similar encontrada en nuestro resultado, donde la edad > 34 años representa un 34.9% con un OR: 1.91 (IC: 1.625-2.243).

Respecto al nivel de instrucción materna, se encontró que el mayor porcentaje perteneció al grupo de educación primaria con un 42.8%, con una asociación significativa con el parto pretérmino (O.R: 1.20; IC: 1.201-1.414), semejante a la que evidenció Villanueva⁹, en el Hospital Ginecoobstétrico “Enrique C. Sotomayor”, Ecuador, que el 81% ($n=243$) presentaban primer nivel de educación; similar a Diaz¹¹, quien encontró en el Hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Perú, que las personas más pobres y con nivel educativo menor presentan mayor incidencia de parto prematuro; a diferencia de Eguilez¹², quien encontró en México que el factor de riesgo con la prematuridad es ser madre analfabeta (O.R: 1.54, IC: 1.2-1.94).

Dentro de los antecedentes ginecoobstetricos, el que tuvo mayor asociación significativa con el parto pretérmino fue el haber presentado parto prematuro anterior con un 13.7%, (O.R: 5.75, IC: 4.923-6.7) seguido del antecedente de aborto con un 1.9% (O.R: 4.96; IC: 4.01-6.00), similar a lo que evidenció Morgan¹⁷ en México, encontrando asociación estadísticamente significativa entre el periodo intergenésico posparto menor o igual a un año de

parto prematuro y riesgo de parto pretérmino subsecuente; y un 37.1% de los nacimientos pretérmino con antecedente de aborto previo, tuvo un periodo intergenésico postaborto menor de un año (RM:1.79,IC:1.2-2.5 p=0.0021); siendo respaldado por Eguilez¹² quien encontró que el haber tenido parto prematuro previo(R.M: 2.21; IC: 1.54-3.16) es un factor de riesgo significativo; coincidiendo con Rosales²², quien en México encontró que el parto pretérmino tiene como principal factor de riesgo el antecedente de haber tenido parto prematuro, al igual que Prado²⁹, quien encontró en Colombia una asociación estadísticamente significativa entre el parto pretérmino y el antecedente de haber tenido parto prematuro(O.R: 5.59; IC: 2.46-12.76).

Según esta investigación, dentro de las complicaciones durante el embarazo, el mayor porcentaje se evidenció en infección urinaria, representada por un 32.9% (O.R: 6.66; IC: 5.818-7.62); seguida de vaginosis bacteriana en 16.1% (O.R: 2.92; IC: 2.452-3.472); ruptura prematura de membranas en 10.3% (O.R:2.81; IC: 2.284-3.469); similar a Guillén⁷, quien encontró significancia estadística en cuanto a la infección del tracto urinario (IC95% 1,25-18.99).

Asimismo Calderón²⁸ encontró que dentro de las enfermedades propias de la gestación predominó la ruptura prematura de membranas (54.8%). Mientras que Rosales²² demostró que la presencia de Vaginosis Bacteriana no solo se asocia con el parto pretérmino sino también con infección subclínica del líquido amniótico, que conllevará a la prematuridad.

El diagnóstico de ruptura prematura de membranas en nuestro estudio, demostró estar muy asociado al parto pretérmino, resultado que concuerda con

lo descrito en la literatura por Prado²⁹, quien encontró que la ruptura de membranas (O.R: 3.17, IC: 1.92-5.23), se asocia significativamente con la presencia de parto prematuro; asimismo Eguilez¹², en México encontró que los factores de riesgo asociados con la prematuridad fueron: Infecciones urinarias e infecciones vaginales (RM:1.8; IC: 1.56-1.96), siendo respaldado por los hallazgos de Perez⁸, donde la infección de vías urinarias (R.M:1.49; IC95%: 1.08-2.06), rotura prematura de membranas mayor de 12 horas (R.M:1.71; IC95%: 1.23-2.39), y rotura prematura de membranas mayor de 24 horas (R.M:1.75; IC95%: 1.23-2.50), conllevaron a un parto prematuro espontáneo.

Sin embargo Ugalde²⁵, halló que la complicación asociada más significativa fue la de infección vaginal, encontrando que un 57.1% de adolescentes con parto pretérmino presentaron infección vaginal a comparación con 35.1% de los partos a término ($p=0.01$).

CAPITULO V

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de parto pretérmino en el Hospital San Juan de Dios de Pisco en el periodo de Enero 2008 a Junio del 2013 fue de 3.35%.
2. Los factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino fueron: Infección urinaria, antecedente de parto prematuro, antecedente de aborto, edad materna < 18 años, diabetes gestacional, vaginosis bacteriana, ruptura prematura de membranas, grado de instrucción primaria.
3. La edad comprendida entre 18-34 años, el grado de nivel secundario y superior, se comportaron como factores protectores.

RECOMENDACIONES

1. Los pacientes menores de 18 años y los que presentan antecedente de parto prematuro, deben recibir consejería preconcepcional o especial atención temprana durante el embarazo.
2. Mediante campañas de salud tratar de prevenir complicaciones durante el embarazo que conllevan al parto pretérmino.

VI.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Marret S, Ancel PY, Marpeau L, Marchand L, Pierrat V, Larroque B, Foix-L'Helias L, Thiriez G, Fresson J, Alberge C, Roze JC, Matis J, Breart G, Kaminski M; Epipage Study Group. Neonatal and 5-year outcomes after birth at 30-34 weeks of gestation. *Obstet Gynecol.* 2007 Jul; 110(1):72-80.
2. Romero R, Espinoza J, Kusanovic JP, Gotsch F, Hassan S, Erez O, Chaiworapongsa T, Mazor M. The preterm parturition syndrome. *BJOG.* 2006 Dec; 113 Suppl 3:17-42. Review. Erratum in: *BJOG.* 2008 Apr; 115(5):674-5.
3. Fleischman AR, Oinuma M, et al: Rethinking the definition of term pregnancy. *Obstet Gynecol* 116:136, 2010.
4. Instituto Nacional Materno Perinatal: Minsa- Perú, 2010: Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología.
5. Barberena M. Congreso Latinoamericano organizado por ESOMAR en Santiago de Chile en 1999.
6. Allauca C. Incidencia de parto pretérmino en el Hospital provincial general docente de Riobamba 2008: 453.
7. 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. Medic.Hondur.*2012; 80(4):142-145.

8. Pérez-Molina J, Panduro-Barón G, Quezada-López C. Factores maternos asociados con nacimiento pretérmino espontáneo versus pretérmino nacido por cesárea. *Ginecol Obstet Mex* 2011; 79(10):607-612.
9. Villanueva L, Contreras A, Pichardo M, Rosales J. Perfil epidemiológico del parto prematuro. *Ginecol Obstet Mex* 2008; 76(9):542-8.
10. Manrique R. Parto pretérmino en la adolescencia. *Rev. Obstet. Ginecol. Venez.* 2008; 68(3): 144-149. ISSN 0048-7732.
11. Díaz L. Factores de riesgo asociado al parto pretérmino en el Hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Enero a Junio del 2010. *Rev. ECIPERU*, 2011; 8(2):143-149.
12. Eguilez M. Factores maternos relacionados con la prematuridad, revista de ginecología y obstetricia Mexicana, 2008,76(9), 526.36.
13. Meis P, Goldbenberg R, Mercer B, Iams J, Moawad A, Miodovnik M, et al. The preterm prediction study: Risk factors for indicated preterms birth. Maternal-Fetal Medicine Units Network of the National Institute of Child Health and Human Development. *Am. J. Obstet.Gynecol.* 1998; 178(3):562-567.
14. Escribá V, Clemente J, Cubizolles S. Factores socioeconómicos asociados al parto pretérmino. *EUROPOP*, 2001; 15(1):6-13. ISSN 0213-9111.
15. Kim Yj, Lee Be, Park Hs, Kang Jg, Kim Jo, Ha Eh. Risk Factors for Preterm Birth in Korea. *GynecollInvest* 2005; 60: 206–212.
16. Zhou W. Induced Abortion and Subsequent Pregnancy Duration. *RevObstetricsGynecology.* 1999; 94(6):948-953.

17. Morgan-Ortiz F, Cinco-Sánchez Douriet-Marín FA y col. Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con nacimiento pretérmino. *Ginecol Obstet Mex* 2010; 78(2):103-109.
18. Davis J, Ray S, Hobel C, Baley K, Sassoon D. Uterine leiomyomas in pregnancy: a prospective study. *Obstet Gynecol* 1990; 75:41-4.
19. Katz VL, Dotters DJ, Droegemueller W. Complications of uterine leiomyomas in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1989; 73: 593-596.
20. Klatsky P, Tran N, Caughey A, et al. Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from conception to delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198:357–366.
21. Mauldin J, Newman R. Preterm birth risk assessment. *Semin Perinatol*. 2001 Aug; 25(4): 215-222 Review.
22. Rosales J. Perfil Epidemiológico del Parto Pretérmino. *Rev. Mexicana de Ginecología y Obstetricia*, 2008; 76(9): 542-8.
23. Oliveros M, Chirinos J. Simposio, Prematuridad: Epidemiología, morbilidad y mortalidad perinatal. Pronóstico y desarrollo a largo plazo. Facultad nacional de medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. 2008; 54(1):7-10
24. Aldama M. Et al. Amenaza de parto prematuro e infecciones urinarias en el embarazo: Diagnóstico y tratamiento en el Hospital Clínico San Carlos. <http://revistas.ucm.es/med/11330414/articulos/CLUR9797110203A>.
25. Ugalde-Valencia D, Hernandez-Juarez M, Ruiz-Rodríguez M, Villarreal-Ríos E. Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo

- para parto pretérmino en adolescentes. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. [online]. 2012; 77(5):338-341. ISSN 0717-7526.
26. Gómez R. Rotura prematura de membranas. Boletín Perinatal 2001; 1(1):5-23.
27. Meza J. Factores maternos relacionados con el parto pretérmino y su repercusión en el neonato: Hospital Nacional Hipólito Unanue: 2002 - 2006. Rev Per ObstEnf., jul./dic. 2007; 3(2):115-125. ISSN 1816-7713.
28. Calderón J, Vega G, Velásquez J, Morales R, Vega A. Factores de riesgo materno asociados al parto prematuro. RevMedIMSS 2005; 43(4): 339-342.
29. Prado J, Jairo J. Factores asociados con amenaza de parto pretérmino en el tercer nivel de atención en salud en Manizales en el periodo de junio 2004 a junio del 2005. Rev. Colombiana de obstetricia y ginecología. 2006; 57(2).

ANEXOS

ANEXO A: VALORACION DE EDAD GESTACIONAL SEGÚN CAPURRO (40)

Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva: Ministerio de Salud, 2004.

TEST DE CAPURRO

FORMA de la OREJA	<p>Chata-Definida Abundancia no pronunciada</p> <p>0</p>	<p>Palpable parcialmente Incurvada en el borde superior</p> <p>5</p>	<p>Palpable e incurvada en todo el borde superior</p> <p>10</p>	<p>Palpable totalmente Incurvado</p> <p>20</p>	<p>LA EDAD GESTACIONAL SE CALCULA SUMANDO TODOS LOS PUNTAJES +204 / 7 TIENE UN ERROR DE ± 9 DIAS</p>	
TAMAÑO DE LA GLANDULA MAMARIA	<p>No palpable</p> <p>0</p>	<p>Palpable Mejor de 5 mm</p> <p>5</p>	<p>Palpable Entre 5 y 10 mm</p> <p>10</p>	<p>Palpable Mejor de 11 mm</p> <p>15</p>		
FORMACION DEL PEZON	<p>Apenas visible en areola</p> <p>0</p>	<p>Diámetro menor de 7.5 mm Areola lisa y chata</p> <p>5</p>	<p>Diámetro mayor de 7.5 mm Areola puntada E orde no levantado</p> <p>10</p>	<p>Diámetro mayor de 7.5 mm Areola puntada Borde levantado</p> <p>15</p>		
TEXTURA DE PIEL	<p>Muy fina Celofaneso</p> <p>0</p>	<p>Fina Lisa</p> <p>5</p>	<p>Más gruesa Discreta Superficial Oscurecida</p> <p>10</p>	<p>Gruesa Grietas Superficiales Discreción en manos y pies</p> <p>15</p>		<p>Gruesa Grietas profundas Aperturadas</p> <p>20</p>
PLIEGUES PLANTARES	<p>Sin pliegues</p> <p>0</p>	<p>Marcas mal delimitadas en la 1/2 anterior</p> <p>5</p>	<p>Marcas bien delimitadas en la 1/2 anterior surcos en la 1/3 anterior</p> <p>10</p>	<p>Surcos en la 1/2 anterior</p> <p>15</p>		<p>Surcos en más de la 1/2 anterior</p> <p>20</p>

Puntaje	Edad Gestacional	Puntaje	Edad Gestacional
0 - 0	29 semanas	53 - 58	37 semanas
5 - 5	30 semanas	59 - 65	38 semanas
10 - 16	31 semanas	66 - 71	39 semanas
18 - 23	32 semanas	73 - 79	40 semanas
24 - 30	33 semanas	84 - 86	41 semanas
31 - 36	34 semanas	89 - 89	42 semanas
38 - 44	35 semanas	94 - 94	43 semanas
45 - 51	36 semanas		

ANEXO C: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	VALOR
Parto pretérmino	Parto entre las 22-36 semanas, con 6 días	Discreta- Continua	Nominal	Frecuencia Porcentaje
Factores maternos	Edad	Discreta- Continua <18 años 18-34 años >34 años	Continua Intervali ca	Media Porcentaje
	Grado de instrucción	Categoría- Politémica -sin instrucción -primaria -secundaria -superior	Ordinal	Porcentaje
	Antecedentes ginecológico-obstétricos	Categoría -Parto pretérmino anterior -Malformaciones uterinas -Abortos -Insuficiencia ístmico cervical -Miomatosis uterina	Nominal	Porcentaje
	Complicaciones durante el embarazo	Categoría- Politémica -Infección urinaria -Vaginosis bacteriana -RPM -SHIE -Diabetes gestacional	Nominal	Porcentaje

ANEXO D: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“FACTORES MATERNOS ASOCIADOS AL PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PISCO-PERU”

Periodo: Enero 2008 a Junio 2013

N° de H.C:.....

Grupo: CASO () CONTROL ()

E.G. por examen físico:.....

I.- DATOS PERSONALES	II.- FACTORES DE RIESGO
Edad materna:..... (1) <18 años (2) 18-34 años (3) >34 años	2.1.-GRADO DE INSTRUCCIÓN: <ul style="list-style-type: none"> • Sin instrucción (0) • Primaria (1) • Secundaria (2) • Superior (3)
	2.2.- ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS <ul style="list-style-type: none"> • Ninguno (0) • Partos pretérminos anteriores (1) • Abortos (2) • Malformaciones uterinas (3) • Miomatosis uterina (4)
	2.3.- COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO <ul style="list-style-type: none"> • Ninguno (0) • Infección urinaria (1) • Vaginosis bacteriana (2) • RPM (3) • Hipertensión inducida por el embarazo (4) • Diabetes gestacional (5)

ANEXO E: VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

MATRIZ DE ANALISIS DE LAS RESPUESTAS

OPINION DE EXPERTOS

PREGUNTAS	JUECES						VALOR de p
	1	2	3	4	5	6	
1	1	1	1	1	1	1	0.0313
2	1	1	1	1	1	1	0.0313
3	1	1	1	1	1	1	0.0313
4	1	1	1	1	1	1	0.0313
5	1	1	1	1	1	1	0.0313
6	1	1	1	1	1	1	0.0313
7	1	1	1	1	1	1	0.0313
TOTAL	7	7	7	7	7	7	

Utilizando la prueba binomial, se obtiene un valor de $p < 0.05$ ($p=0.0313$), donde la ficha de recolección de datos es válida.

**ANÁLISIS DE FIABILIDAD DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
PRUEBA PILOTO**

Edad materna	Grado de instrucción	Antecedentes ginecoobstetricos	Complicaciones durante el embarazo	TOTAL
1	2	0	1	4
1	0	0	1	2
3	3	4	2	12
3	0	0	2	5
2	0	0	2	4
3	3	4	3	13
1	0	0	1	2
2	3	4	2	11
2	1	0	2	5
3	3	4	5	15
2	3	4	4	13
1	1	0	1	3
3	1	3	2	9
1	1	0	3	5
3	3	3	4	13
3	3	3	5	14
1	3	0	1	5
3	3	3	3	12
1	0	0	0	1
3	3	0	5	11
0.831578947	1.747368421	3.410526316	2.260526316	22.3657895

Sumatoria de varianzas de los ítems= 4.84 varianza de la suma de los ítems

ALFA DE CRONBACH

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

$\alpha = 3/2[1 - 4.84/10.45] ; \alpha = 0.83$

El coeficiente es de 0,83; lo que nos indica que el instrumento empleado tiene un alto grado de confiabilidad.