

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA.
UNAN MANAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

“Factores de riesgos maternos predisponentes a la prematuridad del recién nacido en el Nuevo Hospital Monte España, en el período comprendido del 01 de Julio 2016 al 31 de Diciembre 2019”.

Autor:

Arlen Verónica Gómez Rodríguez.
Médico Residente Gineco-Obstetricia.

Tutor:

Dra. Claudia de los Ángeles Ulloa González.
Médico y cirujano General.
Especialista en Gineco-Obstetricia.

Asesor Metodológico:

Dr. Ricardo Ramírez Valle.
Médico y Cirujano General.
Master en Investigación, con mención en Epidemiología.

**Managua, Nicaragua.
13 Marzo, 2020.**

DEDICATORIA

El presente trabajo de grado va dedicado a DIOS,

Quien como guía estuvo presente en el caminar de mi vida,

Bendiciéndome y dándome fuerzas para continuar con mis metas trazadas sin desfallecer.

A mi madre, esposo e hijo que con apoyo incondicional, amor y confianza permitieron que lograra culminar mi carrera profesional.

Arlen Verónica Gómez Rodríguez

AGRADECIMIENTO

Agradezco a DIOS por ser mi guía y acompañante en el transcurso de mi vida, brindándome la paciencia y sabiduría para culminar con éxito mis metas propuestas.

A mi madre, esposo e hijo por ser el pilar fundamental y haberme apoyado incondicionalmente, pese a las adversidades e inconvenientes que se presentaron.

Agradezco a mi tutor de tesis Dra. Claudia Ulloa González, quien con su experiencia, conocimiento y motivación me orientó en la investigación.

Agradezco a todos los docentes que con su sabiduría, conocimiento y apoyo motivaron a desarrollarme como persona y profesional a lo largo de mi carrera.

Arlen Verónica Gómez Rodríguez

OPINIÓN DEL TUTOR

A lo largo de los años se ha estudiado la posible implicación de diversos factores de riesgos en la génesis del parto pretérmino.

Se ha visto que ciertas características sociodemográficas (edad, raza, nivel socioeconómico) y conductuales (abuso de sustancias, tabaquismo, actividad física), los antecedentes obstétricos y determinadas patologías o complicaciones durante el embarazo pueden considerarse factores de riesgos de parto pretérmino.

Este es importante ya que nos permitirá caracterizar los grupos de riesgos de nuestra institución de desarrollar parto pretérmino y de esta manera profundizar más en el conocimiento de su fisiopatología, lo que permitirá adoptar de forma oportuna medidas preventivas que disminuyan las complicaciones del parto pretérmino, por el gran impacto que produce al ser uno de los problemas más relevantes de salud pública por las secuelas irreversibles que produce en nuestra niñez.

Dra. Claudia Ulloa González.
Gineco- Obstetra.
Jefa servicio de Gineco-Obstetricia.
NHME.

III.

Resumen.

Con el Objetivo de determinar los factores de riesgos maternos predisponentes al nacimiento pretérmino en las gestantes que son atendidas en el Nuevo Hospital Monte España de Managua, se realizó un estudio durante el período del 01 de Julio 2016 al 31 de Diciembre 2019.

Se planteó la siguiente **hipótesis**: “Existen factores de riesgos maternos que predisponen al parto pretérmino y como consecuencia a la prematuridad”.

Diseño metodológico: Es un estudio epidemiológico no experimental, observacional, prospectivo, longitudinal, casos y controles. **Universo**: Corresponde a todas las pacientes embarazadas entre la 22 y 36 6/7 semanas de gestación pacientes, con una **población** de 364 casos y controles respectivamente. **Muestra**: 182 gestantes (casos y controles). Se efectuó análisis univariado mediante frecuencias absolutas y relativas de las variables, análisis bivariado a través de X^2 , Odds Ratio, con intervalo de confianza 95% y valor de p .

Resultados: Los factores riesgos predisponentes de parto pretérmino fueron: Edades extremas menores de 19 y mayores de 35 años, antecedentes patológicos personales (Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial); familiares (Diabetes , Hipertensión Arterial) ; no patológicos fueron un factor protector ya que la mayoría de pacientes no tenían este mal hábito (fumado, ingesta a alcohol), y los antecedentes obstétricos (antecedentes de aborto, parto pretérmino), como factores asociados, con un valor de p estadísticamente significativo.

Conclusiones: “Los factores de riesgos maternos encontrados predisponen al parto pretérmino y como consecuencia a la prematuridad” verificada a través de los diferentes test estadísticos.

INDICE

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO.....	II
OPINION DEL TUTOR.....	III
RESUMEN.....	IV
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	3
III. JUSTIFICACIÓN.....	8
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
V.OBJETIVOS.....	10
VI. HIPOTESIS.....	11
VII. MARCO TEÓRICO.....	12
VIII. DISEÑO METODOLOGICO.....	22
IX. RESULTADOS.....	30
X. ANÁLISIS/ DISCUSIÓN.....	32
XI. CONCLUSIONES.....	36
XII. RECOMENDACIONES.....	37
XII. BIBLIOGRAFÍA.....	38
XIII. ANEXOS.....	41



Introducción.

El parto prematuro es el principal problema obstétrico actual, causa el 70 % *de la mortalidad perinatal y casi el 50 % de la morbilidad neurológica a largo plazo.* La mayoría de las enfermedades importantes y los fallecimientos se concentran en los niños que nacen con menos de 1500 gramos. Existen estudios que demuestran como la principal causa del parto pretérmino es la infección vaginal ascendente, en gestantes antes de las 32 semanas de embarazo.⁽¹⁾

La prematuridad está influenciada por múltiples factores que excepcionalmente actúan de forma aislada, generalmente hay una confluencia de hipotéticas causas que por sí solas no justificarían la prematuridad, pero que al gravitar conjuntamente sobre una determinada mujer inducen el nacimiento de un prematuro.⁽¹⁾

En América Latina y el Caribe cada año nacen cerca de 12 millones de niños: 400,000 mueren antes de cumplir cinco años, 270,000 en el primer año de vida, 180,000 durante el primer mes de vida y 135,000 por prematuridad.⁽³⁾

En países en vías de desarrollo, las principales causas de los nacimientos prematuros son las infecciones, la malaria, el VIH y las altas tasas de embarazo en adolescentes.⁽⁸⁾

En estos países, más del 90% de los bebés extremadamente prematuros mueren durante los primeros días de vida, mientras que menos del 10% muere en países de altos ingresos.⁽⁶⁾

En Nicaragua la amenaza de parto pretérmino constituye el 18% de atención ginecológica obstétrica, siendo el segundo motivo de consulta en el Hospital Bertha Calderón Roque.⁽³⁾



Este estudio va dirigido a identificar los factores de riesgos maternos relacionados con la prematuridad en el Hospital Monte España, para disminuir la morbimortalidad en el recién nacido en nuestra institución.

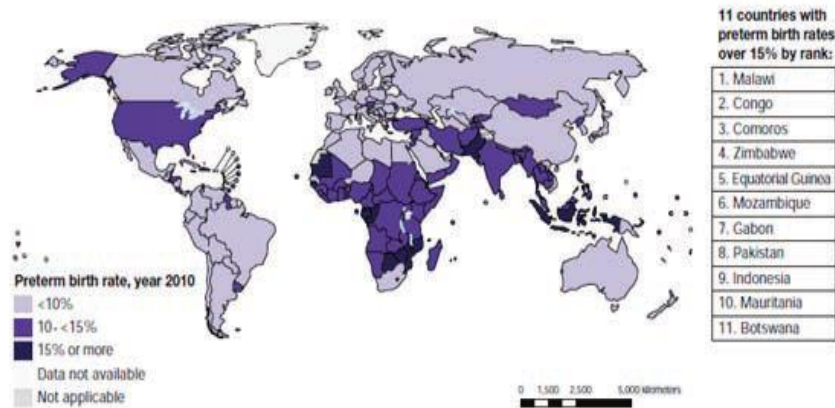


Antecedentes.

La prematuridad es la principal causa de morbilidad y mortalidad neonatal en los países desarrollados y es responsable de la mayor parte de las muertes de recién nacidos sin malformaciones y de la mitad de discapacidades neurológicas congénitas, afirma La Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria. (2001, p. 58).en su publicación “Prematuros de menos de 1,500 gramos al nacimiento”.⁽²⁾

El mayor aumento promedio en las tasas de nacimientos prematuros en Europa por año desde 1990 se registró en Chipre (2,8%) y posteriormente en Eslovenia (2,6%), Bélgica (2,5%), Austria (2,3%), España (2,2%), Irlanda (2,1 %), Portugal (1,9%), Grecia (1,9%), Francia (1,6%), Reino Unido (1,5%) y Bosnia (1,5%), mientras que el aumento promedio en los EE.UU. fue sólo del 0,7%.⁽⁶⁾

Desde 1935 en los Estados Unidos se ha definido con fines estadísticos, al prematuro como el recién nacido que pesa menos de 2500 gramos . Esta definición fue adaptada en 1950 por la World Health Organization, pero su Expert Committee on Maternal Child Health recomendó en 1961 que el término prematuro fuera reemplazado por el más apropiado de recién nacido bajo peso (RNBP) y que aquel fuera empleado sólo para referirse a los niños nacidos antes de las 37 semanas de gestación contando a partir de la última menstruación de la madre.⁽⁶⁾



La prematuridad neonatal es un indicador para expresar el nivel de desarrollo que tiene la atención del recién nacido en una determinada área geográfica o en un servicio de salud.⁽⁶⁾

Son pocos los estudios realizados enfocados únicamente en prematuridad neonatal y dirigidos únicamente a adolescentes.⁽⁶⁾

Macquart, (2013, p. 82) en Francia, realizó un estudio, que investigó el vínculo entre los cuidados prenatales y el parto pretérmino. Encontrando que 124 mujeres dieron a luz bebés menores de 37 semanas de gestación, mostrando que la incidencia del parto pretérmino fue de 6%, debido a un inadecuado control prenatal. Los factores de riesgos para parto pretérmino fueron: historia previa de pretérmino, complicaciones del embarazo previo, Hipertensión y sangrados en el tercer trimestre.

Aguirre, et al. (2011, p. 10); Realizaron un estudio observacional- analítico, aplicados a recién nacidos pretérmino y a término con sus respectivas madres en la unidad de Neonatología y Obstetricia, 25 madres que tuvieron Recien nacidos pretérminos (casos) y 50 madres que tuvieron Recien nacidos a termino (control); y que estuvieron expuestas a los



mismos factores de riesgos. Entre las características generales y/o sociales encontrados en los resultados de las madres de recién nacidos prematuros: destacan los valores estadísticos de edades extremas (<19- >35 años), dándose en un 52% y presentando un grado de asociación significativo OR= 2.65.

Los factores de riesgos maternos que contribuyen al parto pretérmino según la fuerza de asociación directamente son: controles prenatales incompletos con un grado de asociación (OR= 3.89), la ruptura prematura de membranas con un grado de asociación (OR= 3.45), infecciones de tracto urinario con un grado de asociación (OR= 3.43), hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia, eclampsia) con un grado de asociación (OR= 2.25) y finalmente el antecedente de aborto en las madres con un grado de asociación (OR= 1.99).

Rodríguez, et al (2013, p. 34) determinaron “los factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino, entre las 20 y 37 semanas de gestación”. Los resultados respecto al desarrollo de parto pretérmino con el antecedente de parto pretérmino (p=0,0048; OR=7,0345), inadecuado control prenatal (p=0,0038; OR=4,8889), desprendimiento prematuro de placenta (p=0,0014; OR=8,5), vaginosis bacteriana (p=0,0003; OR=4,0702) e infección de vías urinarias (p=0,0020; OR=2,9688). Se estableció que el antecedente de parto pretérmino, el inadecuado control prenatal, el desprendimiento prematuro de placenta, la vaginosis bacteriana y la infección de vías urinarias son factores de riesgos asociados al desarrollo de parto pretérmino.

Johson, (2016, p. 67) en los Estados Unidos, encontró que la incidencia de pretérminos fue de 5 a 9 % y que las complicaciones de éstos contribuían con más de 60% de la mortalidad perinatal.



Evagelista, (2019, p. 9). Realizó una investigación para determinar los factores de riesgos maternos asociados al parto pretérmino en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2017-2018. Los factores de riesgos sociodemográficos y Obstétricos para parto pretérmino con mayor incidencia en el grupo de los casos fueron: Ama de casa, Adolescente, infección vías urinarias, Primigesta, controles prenatales incompletos y por último preeclampsia, en cuanto al tipo de parto en mayor proporción fue por vía vaginal en el grupo de los casos, y en el grupo control se presentó en mayor proporción Infección vías urinarias y antecedentes de aborto en cuanto al tipo de parto fue por vía vaginal.

Estudios Nacionales

En Nicaragua la prematuridad va íntimamente relacionada con la incidencia de partos pretérminos representando no solo un problema obstétrico, sino un problema de salud pública, ya que contribuye hasta en el 70% de la mortalidad perinatal a nivel mundial y producen una elevada morbilidad neonatal, tanto inmediato como a largo plazo, manifestado por complicaciones neonatales como el Síndrome de Dificultad Respiratoria, hemorragia intraventricular severa y enterocolitis necrotizante, entre otras, suelen ser graves y en muchos casos invalidantes, con repercusiones tanto a nivel individual como familiar.⁽³⁾

Gómez, et al. (2004, p. 67) en el hospital de Blufields, encontraron una incidencia de prematurez del 19.28%, el 40% de las madres no conocían su fecha de última menstruación; el mayor porcentaje de prematuros se concentró entre las 32 y las 36 semanas de gestación.

Un estudio realizado en el 2006-2007 sobre “Factores maternos de influencia sobre los niveles de prematuridad del recién nacido en el hospital San Juan de Dios” concluyó: que los antecedentes personales de la madre como la edad, la escolaridad, la ocupación y la



procedencia se asocian a la prematuridad. Tienen mayor probabilidad de tener un recién nacido prematuro las madres menores de 19 años (1.9 veces más probable), las analfabetas (3 veces más probable), las de ocupación pastora (2 veces más probable), y la de procedencia rural (1.4 veces probable). Los antecedentes obstétricos y de gestación asociados a la prematuridad son: el período intergenésico, el número de controles prenatales, la cantidad de peso ganado durante la gestación y las enfermedades del embarazo. Están en mayor riesgo de tener un recién nacido prematuro las madres con un periodo intergenésico de menos de 1 año (3 veces más probable), las que tienen menos de 4 controles prenatales (1.7 y 2.3 veces más probable respectivamente), las que padecen de toxemia (2.6 veces más probable) y las que presentan placenta previa (16 veces más probable).

Espinoza, et al. (2012 p. 23) realizaron un estudio en el Hospital San Juan de Dios Granada, encontrando como factores de Prematurez: el embarazo gemelar, las malformaciones congénitas, edad menor de 18 años. Donde el parto Pretérmino es el responsable de aproximadamente del 12% de los nacimientos antes de las 37 semanas.



Justificación.

La prematurez es un problema de salud pública desde hace siglos, pero es en los últimos años que se ha incrementado la incidencia.

Es la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatal a nivel mundial, responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas en los nacidos con menos de 32 semanas de gestación sin que esto haya cambiado en las últimas décadas a pesar de avance tecnológico de la medicina con un significativos impacto en la práctica diaria.

Al ser una patología multifactorial se hace imprescindible conocer y establecer cuáles son los factores asociados que inciden tanto directa como indirectamente en la evolución del embarazo en sí, para tratar de implementar medidas preventivas a nivel primario que logren reducir e incluso eliminar aquellos factores que sean modificables.

Considerando el porcentaje de Prematurez (12.9%) en el Hospital Monte España en la última década, esta investigación tiene relevancia tanto académica como social debido a que expondrá de manera objetiva los principales factores que deben ser identificados e incluso ser llevados a seguimiento para un correcto abordaje de los mismos para su corrección. Conocer los principales factores de riesgos predisponentes de parto pretérmino en el Hospital Monte España contribuirá significativamente en la reducción de la morbimortalidad del recién nacido.



Planteamiento del Problema.

En todo el mundo el parto pretérmino, es determinado como un dilema de salud pública porque suscita en los neonatos múltiples trastornos ligados a la inmadurez.

Siendo esta patología de gran relevancia a nivel mundial y nacional, con el presente estudio pretendemos brindar información que sea de utilidad para un mejor manejo de dicha enfermedad por esta razón nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores de riesgos maternos predisponentes a la prematuridad del recién nacido en el Nuevo Hospital Monte España, en el período comprendido del 01 de Julio 2016 al 31 de Diciembre 2019?



Objetivos.

Objetivo General:

Determinar los factores maternos de riesgos que predisponen en la prematuridad en los recién nacidos, Nuevo Hospital Monte España, en el período comprendido del 01 de Julio del 2016 al 31 de diciembre 2019.

Objetivos específicos:

1. Conocer las características sociodemográficas asociadas al parto pretérmino en las pacientes en estudio.
2. Identificar los antecedentes patológicos personales y familiares de las gestantes en estudio asociados al parto pretérmino.
3. Describir los antecedentes Gineco –obstétricos de las pacientes en estudio.



Hipótesis.

Hipótesis Alternativa

Existen factores de riesgos maternos que predisponen al parto pretérmino y como consecuencia a la prematuridad.

Hipótesis Nula

No existen factores de riesgo que predisponen al parto pretérmino y como consecuencia a la prematuridad.



Marco Teórico.

En la práctica clínica diaria, uno de los problemas más importantes a los que nos enfrentamos tanto obstetras como pediatras, es la patología asociada a la prematuridad. Ciertas sociedades internacionales propusieron que se considerase prematuro a todo recién nacido, cuyo peso al nacimiento fuera menor a 2.500 gramos, creando cierta confusión terminológica, ya que no siempre existe una correspondencia directa entre peso y semanas de gestación.

El Organismo Mundial para la Salud OMS (2019, p. 67) en el año 1970 define el parto pretérmino como aquel que se produce antes de la semana 37 de gestación, o antes de los 259 días contados a partir del primer día de la última regla. Esta definición se basa en un análisis estadístico de la distribución de la edad gestacional al nacimiento, basado en el primer día del último periodo menstrual. En función de esta definición, al nacido con un peso inferior a los 2.500 gramos, se le denomina “recién nacido de bajo peso al nacimiento,” independientemente de su edad gestacional. Se considera prematuro si su edad gestacional es inferior a las 37 semanas.

Factores de Riesgo para la Prematuridad.

Calderón, (2014, p. 345), en factores de riesgos materno asociados al parto pretérmino, afirma que no se conocen las causas que desencadenan el parto prematuro espontáneo, que representa el 50 % del total de partos pretérmino, considerándose etiología multifactorial, estando implicado el factor infeccioso hasta en un 50% de los casos. El resto de casos de prematuridad se divide entre un 25% en los que se realiza una inducción del parto por



patologías fetales o maternas que requieran la finalización de la gestación y otro 25% asociado los casos de ruptura prematura de membranas.

Tabla 1: Causas del Parto Pretérmino

PARTO PRETÉRMINO ESPONTÁNEO 70%	PARTO PRETÉRMINO YATROGÉNICO 30%
Infeción/Inflamación	Hipertensión
Rotura prematura de membranas	Hemorragia anteparto
Contracciones	Diabetes
Gestación múltiple	Retraso del crecimiento
Disfunción cervical	Intrauterino
Hemorragia anteparto	
Estrés	
Malnutrición	
Factores sociales	

Fuente: Calderón, (2014, p. 345)

Múltiples factores de riesgos se han asociado al parto prematuro. En la revisión bibliográfica realizada existe una opinión consensuada sobre la influencia de los siguientes:

Edad Materna: Asociado a las edades extremas, como las menores de 20 años y las gestantes que superan los 35 años de edad. Hay que tener en cuenta, que asociados a la edad materna pueden existir otros factores tales como los económicos y sociales. Las madres adolescentes presentan niveles de estrés más elevados y menor disponibilidad de recursos económicos que otros grupos de edad. También la falta de apoyo familiar.



Gestaciones Múltiples: Asociadas a un riesgo relativo de prematuridad seis veces superior, con respecto a las gestaciones únicas.

Antecedentes de Parto pretérmino: La existencia en la historia clínica de un parto pretérmino previo, es uno de los factores de riesgos más importantes para presentar un nuevo parto prematuro, con un riesgo relativo cinco veces superior a las mujeres sin estos antecedentes.

Krymko, et al.(2015, p. 234), realizaron un estudio de 300 mujeres que parieron hijos pretérmino en la primera gestación; tras aplicar los criterios de exclusión crearon dos grupos: el grupo de estudio con 81 mujeres con un segundo parto pretérmino y el grupo control, con 71 mujeres con un parto pretérmino en su primera gestación y un parto a término en la segunda. La incidencia de parto pretérmino tuvo una correlación significativa positiva con la recurrencia de parto pretérmino (OR= 8,25; $p < 0.0001$). También se encontró que un intervalo corto entre las gestaciones, especialmente inferior a 12 meses, constituía un factor de riesgo independiente de recurrencia del parto pretérmino. Esta asociación puede deberse a infección intrauterina antes de la gestación o a infecciones ascendentes durante la gestación.

Patología Materno-Fetal: El retardo del crecimiento intrauterino, las malformaciones congénitas fetales, la preeclampsia, la hemorragia anteparto, la corioamnionitis y el sufrimiento fetal, pueden conducir a una finalización temprana de la gestación. Muchas de estas patologías carecen de tratamiento, o si se dispone del mismo, puede no ser eficaz. La prevención únicamente es posible en una proporción muy pequeña de casos.



Enfermedades maternas:

Patología Congénita: Las malformaciones uterinas como los úteros septos y arcuatos se asocian a un mayor riesgo de aborto y de parto pretérmino.

Patología Genital: La presencia de displasia cervical que precise de conización, sobre todo en los casos de conos amplios, puede dar lugar a la existencia posterior de una incompetencia cervical.

Patología Médica: Diabetes, VIH, cardiopatías, nefropatías. Cada vez es más frecuente la existencia de gestaciones en mujeres con patologías que clásicamente desaconsejaban el embarazo. Esto puede traducirse en un aumento de las inducciones de parto, en beneficio de la salud materna y fetal.

Enfermedad Periodontal: Dentro de la patología médica materna, es una entidad que cobra cada vez más importancia. Existen evidencias que llevan a pensar que se trata del principal precursor inflamatorio de parto prematuro, pudiendo estar implicado hasta en un 50% de los casos. Rubio, et al. (2011, p. 48)

Sexo Fetal: Existen varios estudios en los que se describe la existencia de más varones entre los fetos nacidos de forma prematura. Los niños prematuros, presentan tasas de mortalidad neonatal superiores a las niñas.

Raza: Las mujeres de raza negra presentan un riesgo más elevado de prematuridad. Un estudio realizado por el Center for Disease Control of Prevention de Atlanta (CDC), halló un riesgo relativo de 2,6 (IC 95%: 2,1-3,1) de parto pretérmino en mujeres de raza negra, comparándolas con las de raza blanca. Tras realizar un ajuste para edad, gravidez, estado



civil, educación y lugar de residencia, el riesgo relativo estimado para las mujeres negras, comparado con las blancas fue de 2,1 (IC 95%: 1,2-3,1) para una finalización prematura de la gestación por causa médica, 1,6 (IC 95%: 1,1-2,3) de parto pretérmino espontáneo y un 1,9 (IC 95%: 1,2-3,1) para el parto prematuro por rotura prematura de membranas.

Talla materna: Según la base de datos de North West Thames. Existe una relación inversa entre la talla materna y el riesgo de prematuridad, con un porcentaje del 6% en mujeres con talla de 1,46m y menos del 3% en mujeres con talla de 1,75m.

Factores Medio Ambientales:

Situación social desfavorable: Golffinet et al. (2012, p. 56) describieron la asociación entre estrés y el parto prematuro, con una Odds Ratio de 1,16. Dole, et al. (2009 p. 126). También describieron un aumento del riesgo relativo para el parto pretérmino en los casos de madres con depresión, escaso apoyo social y percepción de discriminación por su entorno. Haram, et al.(2005, p. 40), hallaron una fuerte correlación entre la violencia doméstica y el riesgo de parto pretérmino.

Contaminación: Por monóxido de carbono, dióxido de azufre y dióxido de nitrógeno, entre otras partículas. Niveles elevados de estos contaminantes se han asociado a resultados gestacionales desfavorables y con una mayor incidencia de prematuridad.

Condiciones laborales: Las conclusiones del estudio multicéntrico EUROPOP indican que una jornada laboral prolongada, con periodos de descanso cortos y actividad física intensa incrementa el riesgo de parto pretérmino.



Tóxicos: Algunos tóxicos, como la cocaína o el tabaco, multiplican por dos el riesgo de parto pretérmino. Aunque el hábito de fumar juega un papel mucho más significativo en el retraso del crecimiento intrauterino, las mujeres fumadoras tienen de un 20 a un 30 % de probabilidades de presentar un parto prematuro. El riesgo relativo de las fumadoras se iguala al de las no fumadoras si el abandono del hábito tabáquico se produce previo a la concepción. El riesgo de prematuridad, se asocia fundamentalmente al número de cigarrillos consumidos durante la gestación y en menor medida con el tabaquismo anterior. Parece ser que el consumo de alcohol no aumenta el riesgo de nacimientos pretérmino, excepto en aquellos casos de consumo muy elevado. En un estudio reciente realizado en Dinamarca con 40.892 mujeres, no se encontró asociación entre la ingesta alcohólica y la prematuridad, tras realizar un ajuste de otros factores que pudieran influir en la misma. No obstante las mujeres con un consumo de 7 o más bebidas alcohólicas a la semana, presentaron un riesgo relativo de prematuridad de 3,26 (IC 95%: 0,80-13,24).

Micronutrientes: Se ha encontrado asociación entre unos niveles bajos en la dieta de hierro, ácido fólico, zinc, otros minerales y parto pretérmino. No obstante hay que tener en cuenta que es muy dificultoso estudiar el papel de estas sustancias y aislarlas de otros posibles factores de riesgo que puedan estar presentes en las mismas gestantes.

Habitualmente en nuestro país, es frecuente la toma de suplementos de hierro y ácido fólico durante algunos periodos o incluso toda la gestación. Sería necesaria la realización de más estudios bien diseñados, para esclarecer el verdadero papel de los micronutrientes en el parto pretérmino.



Parto pretérmino: se define como el nacimiento que se produce entre las 22 y 36.6 semanas de gestación, a partir del primer día de la última menstruación (259 días de gestación). El diagnóstico deberá realizarse en pacientes entre 22 y 36 semanas y 6 días de gestación si las contracciones uterinas ocurren con una frecuencia de 4 en 20 minutos u 8 en 60 minutos y están acompañadas de cualquiera de los siguientes hallazgos: dilatación cervical mayor de 2 cm, borramiento cervical del 80%, o cambios cervicales detectados en exámenes seriados.

Factores maternos asociados significativamente a la prematuridad del recién nacido

FACTORES MATERNOS DE INFLUENCIA	ODDS RATIO	LIMITES DE CONFIANZA	Chi CUADRADO	VALOR DE P
Edad < de 19 años	1.91	1.23 – 2.96	X2 = 7.95	0.004
Escolaridad analfabeta	3.00	1.22 – 7.37	X2 = 4.60	0.031
Ocupación pastora	2.07	1.02 – 4.18	X2 = 3.35	0.041
Procedencia rural	1.45	1.03 – 2.05	X2 = 4.21	0.040
Período intergenésico Menos de 1 año	3.10	1.60 – 5.99	X2 = 10.73	0.001
Control prenatal Menos de 4 controles	2.34	1.58 – 3.46	X2 = 17.74	0.000
Control prenatal 4 controles	1.79	1.07 – 2.98	X2 = 4.53	0.033
Ganancia de peso Menos de 8. Kg.	6.76	4.69 – 9.74	X2 = 119.13	0.000
Enfermedad del embarazo Toxemia	2.64	1.36 – 5.10	X2 = 7.53	0.006
Enfermedad del embarazo Placenta previa	16.35	1.81 – 147.29	X2 = 7.85	0.005

Fuente: Factores de Riesgo Maternos para el parto prematuros.



Inicio de trabajo de parto pretérmino.

Se caracteriza por la presencia de contracciones uterinas persistentes, con una frecuencia de 4 en 20 o 6 en 60 minutos, con modificaciones cervicales entre 3 y 4 cm con 50% Borramiento.

El trabajo de parto se define por la presencia de contracciones uterinas dolorosas y repetitivas, que llevan a cambios progresivos del cuello uterino y que permiten el descenso y nacimiento del recién nacido en un momento dado. El trabajo de parto pretérmino es cuando dicho proceso se produce antes de la 37 semana de gestación. El diagnóstico precoz de la amenaza de parto pretérmino y del parto pretérmino es difícil, ya que puede presentarse inicialmente con signos y síntomas leves, que además pueden darse en gestaciones normales.

La presencia de contracciones uterina regulares junto con las modificaciones cervicales son los criterios clínicos más utilizados para el diagnóstico de la amenaza del parto prematuro. Es muy complicado diferenciar el trabajo de parto verdadero y el falso. Pruebas de estudios con placebo de tocolíticos muestran que entre el 25 y el 75% de las gestantes con sospecha de trabajo de parto pretérmino, presentarán un parto a término. Las contracciones uterinas son un síntoma inespecífico y poco sensible del trabajo de parto pretérmino. En las primeras 20 semanas de gestación, la actividad contráctil del útero es de baja intensidad, pero posteriormente y hasta el término, se produce un aumento considerable de la intensidad y la frecuencia de las contracciones uterinas. Entre gestantes se puede observar una variación significativa tanto en el número de contracciones como en la percepción de las mismas. La sensibilidad de las contracciones uterinas (4 o más en una hora) en la predicción del parto pretérmino, dentro de los siguientes 7-14 días, es de un



50% aproximadamente en gestantes con menos de 3cm de dilatación cervical. La presencia de contracciones no significa necesariamente que se active el mecanismo del parto, por lo que su hallazgo tiene poca sensibilidad y especificidad para predecir el trabajo de parto pretérmino. Los mejores predictores clínicos del parto pretérmino, entre las 24 horas y los 7 días en gestantes con amenaza de parto prematuro son: la dilatación cervical inicial de 3 o más centímetros, el acortamiento cervical de más del 80%, la presencia del sangrado vaginal y la ruptura de membranas.

Las condiciones de vulnerabilidad en que se encuentra el prematuro ante el medio ambiente, exigen un trato especializado que procure su supervivencia, lo que demanda costos al sistema sanitario, así mismo comprometen el desarrollo futuro del recién nacido a largo plazo; es así que, mientras los indicadores de esta patología no muestran una tendencia a disminuir, la búsqueda por factores de riesgos predictivos más confiables que lleven finalmente a estrategias de intervención efectivas, se ha intensificado. Vélez, et al. (2015, p. 56) en: “prevalencia de bajo peso al nacer y factores maternos asociados Prematurez”.

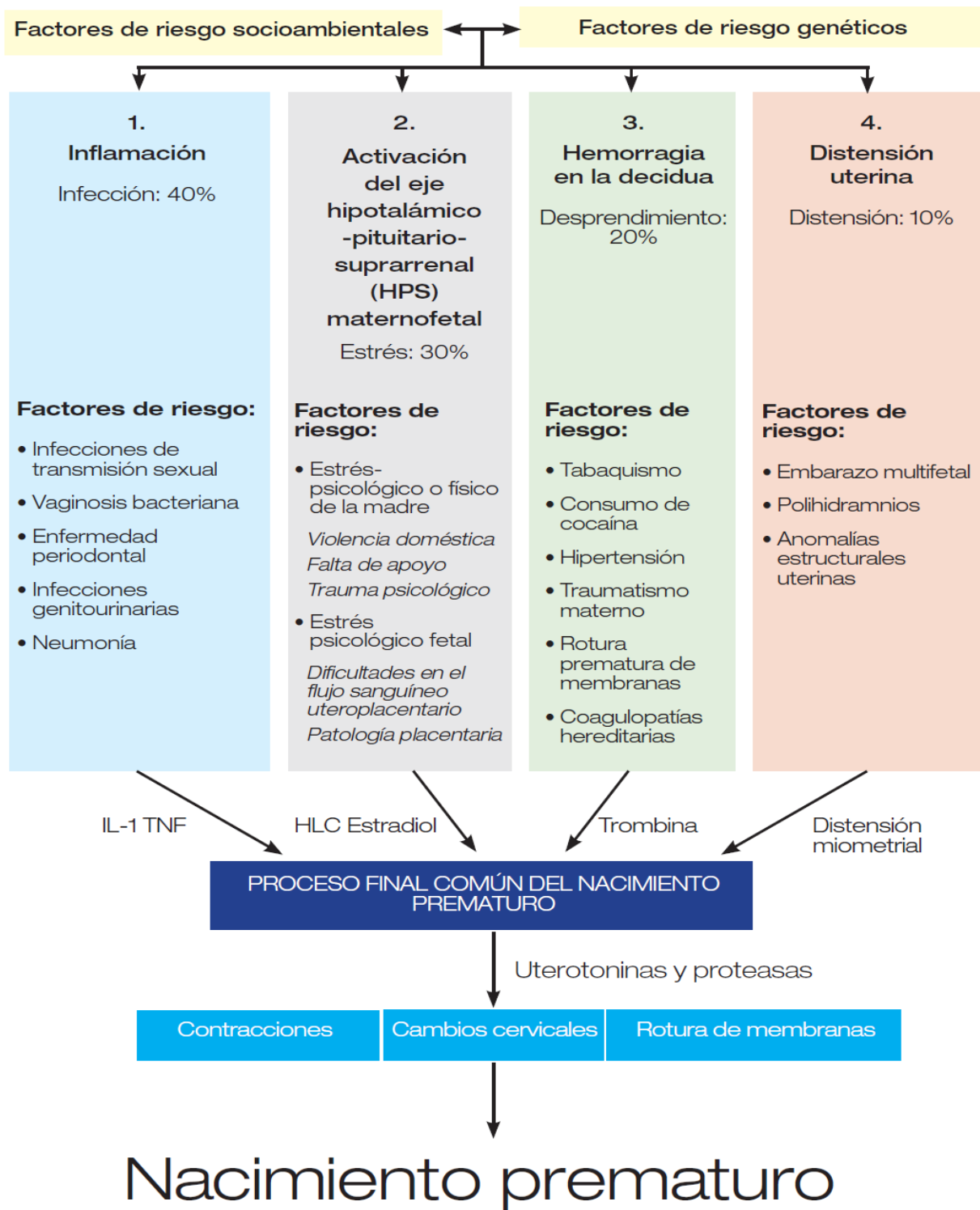


Figura 5. Procesos y mediadores posibles del nacimiento prematuro.



Diseño Metodológico.

Tipo de Estudio: Es analítico, observacional, longitudinal utilizando un diseño de casos y controles.

Área de Estudio: Se realizó en la ciudad de Managua, en el Nuevo Hospital Monte España, durante el período del 01 de Julio del 2016 al 31 de Diciembre 2019. El hospital posee los servicios de Alto Riesgo Obstétrico, Maternidad, Ginecología.

Universo: Corresponde a todas las pacientes embarazadas entre la 22 y 36 6/7 semanas de gestación, que acudieron en el período del 01 de Julio del 2016 al 31 de Diciembre del 2019.

Población: 364 mujeres que ingresaron por amenaza de parto pretérmino al Hospital en dicho período de estudio.

Muestra: Fue constituida por 182 gestantes que corresponde a los casos y 182 gestantes que corresponden a los controles.

Tipo de muestro: muestreo no probabilístico, por conveniencia. 182 embarazadas que al examen físico ginecológico y ultrasonográfico que tenían amenaza de parto pretérmino categorizándose como casos y 182 gestantes que no cumplían con amenaza de parto pretérmino categorizándose como controles, de tal manera que la correlación fuese una relación 1:1 casos/controles. En total se revisaron 360 (180/180), excluyendo del estudio 4 expediente que no cumplían con la definición de caso ni de controles, por información incompleta en los expedientes.



Criterios de Inclusión para los casos

- Mujeres que su embarazo terminó en parto pretérmino.
- Embarazo con diagnóstico por FUR y Ultrasonido de 22 hasta las 36 6/7 semanas de gestación que terminó en parto pretérmino.
- El producto del nacimiento sea prematuro de 22 hasta las 36 6/7 semanas de gestación, peso mayor de 500 gramos.

Criterios de Exclusión para los casos

- No cumplir con los criterios de inclusión.
- Neonatos prematuros que no hayan nacido en el hospital en el periodo de estudio.

Criterios de Inclusión para los Controles

- Se incluyen en los controles a las mujeres que su embarazo no terminó en parto pretérmino.

Técnicas y Procedimientos: Para obtener la información del estudio se procedió a:

Elaboración del instrumento de recolección.

Validación del instrumento de recolección, con una prueba piloto del 10% del universo, los cuales se tomaron en cuenta en el total de muestra seleccionada, el cual se realizó para evitar sesgos de información, dando validez estadísticas.

Revisión de expedientes clínicos, Traslado de datos del expediente al instrumento.



Método de Recolección de la Información: Se solicitó al Departamento de Admisión y Estadísticas del Hospital expediente clínicos de pacientes ingresadas a sala de maternidad, ginecología y alto riesgo obstétrico del período en estudio donde se seleccionaron los expedientes que cumplieron con los criterios de inclusión tanto de casos como de controles.

La información se extrajo del expediente clínico de acuerdo a los criterios de inclusión, considerado éste como fuente secundaria. La revisión de los expedientes se realizó en las instalaciones del hospital al ritmo de avances conforme la capacidad y el tiempo previsto para la investigación.

Para la recolección de la información se elaboró como instrumento una ficha de recolección de datos, que integró las variables con las que se cumplieron los objetivos del estudio, con su instructivo de llenado y su hoja de codificación (ver ficha en anexos).

Plan de Tabulación: Se diseñó una base de datos que recopiló información utilizando el programa SPSS versión 22, el cual incluyó los resguardos automáticos para prevenir el ingreso erróneo de datos, esto nos permitió mayor precisión y confiabilidad en la recopilación de datos. A los resultados se les determinó frecuencia y porcentaje, estimación del riesgo “odds ratio” (OR) con la construcción de tabla 2x2 para cada variable independiente asociada a la dependiente. Con los siguientes valores:

OR > 1 indica asociación positiva o aumento del riesgo en los expuestos.

OR = 1 indica que la razón de incidencia de la enfermedad en los grupos expuestos y no expuestos es idéntica, y por tanto no hay una asociación entre exposición y enfermedad.



OR < 1 significa asociación inversa o una disminución del riesgo en los grupos expuestos.

A los resultantes OR se les aplicó pruebas de significancia: Chi-cuadrado e intervalo de confianza 95 y valor de P, los cuales se presentaron en cuadros y gráficos con su correspondiente análisis e interpretación.

Análisis de la Información:

Análisis Univariado: Mediante distribuciones de frecuencias absolutas y relativas de cada una de las variables, con el propósito de encontrar inconsistencias de la información entre las variables relacionadas.

Análisis Bivariado: mediante tablas cruzadas entre las variables independientes con la variable dependiente. Las mismas fueron analizadas mediante la prueba de significación estadística X^2 (Ji cuadrado), para valorar si hubo diferencias estadísticas significativas entre el grupo de casos y el grupo de control para las diferentes categorías de las variables independientes. En el caso de encontrar diferencias estadísticas significativas a la prueba X^2 se aplicará la Razón de Probabilidad o de Desigualdad (Odds Ratio), para la categoría de mayor prevalencia de casos en relación a la categoría con menor prevalencia de casos; así como el intervalo de confianza al 95% asociados a la estimación puntual del riesgo relativo.

A través de la Tabla de 2X2:

$$OR = a \times d / b \times c$$

	Enfermedad o Efecto en estudio	
Factor Causal	Positivo	Negativo
Positivo	A	B
Negativo	C	D



Variables

a) Variables Independientes explicativas o predictoras:

Características socio demográficas:

- Edad.
- Procedencia.
- Escolaridad.
- Estado civil.
- Talla materna.
- Habitos Tóxicos.
- ✓ Fuma.
- ✓ Licor.
- ✓ Drogas.

Antecedentes Gineco obstétricos

- Número de controles Prenatales.
- Gestas.
- Abortos.
- Partos pretérminos previos.
- Cesárea.
- Óbitos.
- Período intergenésico corto.



Antecedentes patológicos Familiares:

- Diabetes Mellittus.
- Hipertensión Arterial.
- Cardiopatías.
- Enfermedad Renal Crónica.
- Neoplasias.

Antecedentes patológicos Personales:

- Preeclampsia.
- Eclampsia.
- Ruptura Prematura Membranas.
- Desproporción Céfalo – Pélvica.
- Infección vías urinarias.
- Diabetes mellitus y gestacional.
- Hipertensión arterial y gestacional.
- Cardiopatías.
- Anemia materna.

b) Variable dependiente:

Parto Pretérmino/ edad gestacional:

- 22-32 6/7 semanas.
- 33- 36 6/7 semanas.



Operacionalización de Variables

Variable	Concepto	Valor
Edad materna	Edad de la mujer desde su nacimiento hasta el momento de su atención, plasmado el expediente.	15- 19 años. 20 – 35 años. >35 años.
Procedencia	Lugar geográfico en donde habita la mujer.	Urbano. Rural.
Escolaridad	Nivel educativo alcanzado hasta el momento de su ingreso.	Illetrada. Primaria. Secundaria. Educación media. Universidad.
Estado civil	Situación conyugal en la que se encuentra la mujer hasta este momento de su ingreso.	Soltera. Casada. Unión estable.
Talla Materna	Estatura de la madre en cm.	Menos150cm. Más de 150cm.
Hábitos tóxicos	Costumbre de la madre relacionada con sustancias que perjudican su organismo.	Cigarrillos. Alcohol. Drogas ilegales.
Antecedentes patológicos personales	Alteración clínica que ha padecido la mujer antes de su embarazo actual.	Hipertensión arterial. Diabetes mellitus. Cardiopatías. Pre-eclampsia. Eclampsia. Ruptura prematura de membranas. Desproporción cefalopelvica. Anemia materna. Infección vías urinarias.
Antecedentes patológicos familiares	Tener familiares de primer o segundo grado de consanguinidad que haya tenido alguna enfermedad crónica.	Hipertensión Arterial. Diabetes Mellitus. Cardiopatías. Neoplasias. Enfermedad Renal Crónica.
Antecedentes gineco-obstétricos	Eventualidades gineco-obstétricas de suma importancia para el estado de su embarazo actual.	Abortos. Óbito fetal. Cesáreas. Parto pretérmino previo. Período Intergenésico corto.



Número de controles prenatales	Frecuencia con la que una embarazada acude a consultas prenatales durante el embarazo.	Menor de 4 controles. Mayor de 4 controles.
Edad gestacional al parto	Tiempo cronológico medido en semanas desde la última menstruación y/o valoración por ultrasonido hasta el momento de interrupción del embarazo.	22-32 6/7 semanas. 33-36 6/7 semanas.

Aspectos éticos: Se solicitó autorización de autoridades del Hospital, responsables de los servicios donde se ingresaron a las mujeres para llenar la ficha en el momento del evento, y de registro y estadísticas médicas para la revisión de expedientes clínicos, los datos fueron utilizados exclusivamente para obtener la información necesaria.



Resultados.

Para indagar los factores de riesgo de mujeres gestantes que predisponen a la prematuridad se realizó un estudio analítico de casos y controles , de 3 años (2016-2019), en el Nuevo Hospital Monte España. Encontrando:

En cuanto a las características sociodemográficas de las gestantes predominó en los casos el grupo menor de 19 y mayor de 35 años 52.8% (95) y en los controles el de 20 a 35 años 63% (63), al aplicar el OR 0.44; IC 95% 0.81 – 1.00; X^2 3.28, P 0.37. (Cuadro 1).

En relación a la procedencia tanto en casos como en controles predominó el área urbana 81% (145); 79% (143) respectivamente (OR 0.93; IC 95% 0.94 – 1.43; X^2 0.89, P 0.447). Con algún grado de escolaridad predominó en los dos grupos con 92% (165); 91% (163), (OR 0.87; IC 95% 0.88 – 1.71; X^2 0.03, P 0.426). En cuanto al estado civil casada y unión estable fueron las más frecuentes con 89% (160), 92% (166) para los dos grupos (OR 0.72; IC 95% 1.42 – 2.73; X^2 0.31 , p 0.367). La talla en las gestantes de ambos grupos fue mayor de 150 cm, 67% (120 casos), 69% (125 controles). (Cuadro 1).

En cuanto a los hábitos tóxicos, sólo el 20% (36) de los casos y 48% (27) de los controles tenían hábitos que afectaban a su embarazo, entre los más frecuentes el fumado y la ingesta de alcohol. (OR 0.68; IC 95% 0.75 – 1.09; X^2 1.87, P 0.085).(Cuadro 2).

En relación a los antecedentes patológicos familiares el 19% (35) de casos y 14% (25) de controles presentaron una patología familiar relacionado a partos pretérminos, (OR 0.85; IC



95% 1.40 – 2.23; X^2 1.62, P 0.202); dentro de estas enfermedades Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial; las más frecuentes. (Cuadro 2).

Al analizar los antecedentes patológicos personales ambos grupos casos y controles presentaron un 7% (12) de patologías, entre las cuales encontramos Diabetes, Hipertensión Arterial y Cardiopatía. (OR 0,91; IC 95% 0.92– 1.96; X^2 0.04, P 0.500).(Cuadro 2).

En los antecedentes Obstétricos 25% (53) casos y 16% (28) controles tenían como factor de riesgo antecedentes de aborto y parto pretérmino; (OR 1.80; IC 95% 9.44- 17.65; X^2 4.95, P 0.017).(Cuadro 3).

Al valorar el número de controles prenatales ambos grupos tenían más de 4 controles prenatales con 62% (112) y 52%(93). (OR 0.64; IC 95% 0.78 – 0.99; X^2 3.67, P 0.027).(Cuadro 3).

En relación a la edad gestacional al momento del parto se encontró el 41% de los casos y 45% de controles entre la edad gestacional de 22 a 33 6/7 y entre las 33 a 36 6/7 el 59%(107) para los casos y 55%(99)para los controles con un (OR= 1.28; IC 95%= 0.73– 1.12; X^2 = 0.45, P= 0.455).(Cuadro 4).



Análisis y Discusión.

Los factores de riesgos en las mujeres gestantes que predisponen a la prematuridad, es toda característica o circunstancia que se puede percibir y notar en una grávida, asociada con una posibilidad de acarrear un daño a su salud de ella y su bebe.

En relación a la edad se asociaron las edades extremas que tuvieron significancia estadística mediante X^2 3.29, por lo que se comprobó que las edades extremas siguen siendo un factor de riesgo materno para parto pretérmino como lo afirma Calderón, (2014), que asoció las edades extremas, como las menores de 20 años y las gestantes que superan los 35 años de edad con la Prematurez.

En relación a la procedencia tanto en casos como en controles predominó el área urbana, no siendo significativo en el presente estudio, pues la mayoría de la literatura revisada y consultada refiere que es un factor de riesgo ser residente rural, así lo sustenta Huaroto, en su revista medica Panacea(2013) vol.3 num.2, “Factores de riesgos maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino”. En donde afirma que la oriundez de la gestante, proveniente de la zona rural es más propensa para desarrollar parto pretérmino.

En cuanto al grado de escolaridad en los dos grupos más del 92% tenían algún grado de escolaridad la más relevante secundaria, técnico y universitario, sin significancia estadística para el estudio pues las diferentes literaturas consultadas hacen incapié que el bajo nivel académico y socioeconómico constituyen un factor de riesgo para parto prematuro.

El estado civil de las pacientes en su mayoría fueron en unión libre o casadas 92% casos y 91% controles mientras que las solteras y otros corresponden casos 11% y controles 7.8%



con valores estadísticos de $OR=3.28$ valor de $p= 0.367$ $IC95\%=0.88-1.62$ $X^2=0.81$ mostrando que ser soltera representa un factor de riesgo directamente relacionada a parto pretérmino. En el presente estudio se obtuvo un OR que tiene significancia estadística.

En relación a la talla materna esta constituyó un factor de riesgo de forma inversa, entre menor talla mayor riesgo de prematuridad. Obteniendo la talla materna significancia estadística para parto pretérmino en este estudio.

Los antecedentes personales no patológicos (hábitos tóxicos) el grupo que tuvo antecedentes reveló casos 16% y los controles 18% con un ($OR 0.68$ $p 0.085$ $X^2 1.87$) por lo cual no hay relación estadística, lo que coincide con la bibliografía, como el artículo realizado por Julio Nazer titulado *The Association Between Maternal And Congenital Malformations*. Revista Medica Chile, 2007 al considerar que el tabaco multiplica por 2 el riesgo relativo de partos prematuros (OR de 2). La frecuencia de amenaza de parto pretérmino esta aumentada en las pacientes que consumen cocaína, opiáceos, y tabaco.

Aunque el hábito de fumar juega un papel mucho más significativo en el retraso del crecimiento intrauterino, las mujeres fumadoras tienen de un 20 a un 30 % de probabilidades de presentar un parto prematuro. El riesgo relativo de las fumadoras se iguala al de las no fumadoras si el abandono del hábito tabáquico se produce previo a la concepción. Este riesgo se asocia fundamentalmente al número de cigarrillos consumidos durante la gestación y en menor medida con el tabaquismo. El consumo de alcohol no aumenta el riesgo de nacimientos pretérmino, excepto en aquellos casos de consumo muy elevado. No obstante las mujeres con un consumo de 7 o más bebidas alcohólicas a la semana, presentaron un riesgo relativo de prematuridad de 3,26. Glavinovich, N.(2011). Taller Integrado de Salud



Pública II.” Tabaquismo”. En el presente estudio no se observo significancia estadística en relación al habito de fumar.

En relación a los antecedentes patológicos familiares el 19% (35) de casos y 14% (25) de controles presentaron una patología en la familia relacionado a partos pretérminos. No se observo significancia estadística en este estudio.

Al analizar los antecedentes patológicos personales de las gestantes ambos grupos considerándose (7%) un porcentaje bajo de patologías asociadas al parto pretérmino. Sin embargo, en las literaturas consultadas afirman y sustentan una fuerte asociación directamente con la infección de vías urinarias y la hipertensión inducida por el embarazo.

La mayoría de los casos y controles tenían algún factor de riesgo siendo los mas importantes los antecedentes de aborto y parto pretérmino. (OR 1.80 y $X^2= 4.95$) por lo tanto comprobamos en este estudio que ambos antecedentes tienen una significancia estadística como factor asociado a la Prematurez.

En relación a los controles prenatales ambos grupos se realizaron mas de 4 controles prenatales con valores estadísticos (OR= 0.64; valor de P= 0.027; IC 95%= 0.78-0.99; $X^2= 3.67$); siendo esta variable con significancia estadística, sin embargo, no podemos establecer que el control prenatal es un factor de riesgo de parto pretérmino, pero si podemos decir que la mayoría de paciente de nuestro estudio acuden regularmente al control prenatal, por lo que se deben establecer estrategias para identificarlos grupos de riesgo y realizar un plan preventivo con las gestantes.



En relación a la edad gestacional en la que se presentó el parto pretérmino fue entre las 33-36 6/7 semanas lo que se compra con el estudio de Gomez,(2004, p. 67) en el hospital de Blufields donde el mayor porcentaje de parto pretérmino se concentró entre las 32 – 36 semanas de gestación.



Conclusiones.

- ✚ Las características sociodemográficas como la edad extrema menor de 19 años y mayores de 35 años, estado civil soltera y la talla menor de 150 cm, tuvieron una relación significativa como factor de riesgo de parto pretérmino.
- ✚ Entre los antecedentes no patológicos el fumado y la ingesta de licor fueron hábitos poco frecuentes en las gestantes considerándose que no tuvo significancia estadística para Prematurez en este estudio.
- ✚ Los antecedentes obstétricos de mayor relevancia que se destacaron fueron: los antecedentes de aborto, parto pretérmino previo y período intergenésico corto. Todos tuvieron significancia estadística para el desencadenamiento del parto pretérmino y la prematuridad.
- ✚ La mayoría de pacientes en estudio acuden regularmente al control prenatal por lo que identificar los grupos de riesgo de parto pretérmino es fundamental para la prevención del mismo.
- ✚ La Diabetes y la Hipertensión Arterial tuvieron influencia significativa como factores patológicos maternos relacionados con el parto pretérmino.
- ✚ La mayoría de las pacientes con factor de riesgo significativo de Prematurez desencadenaron parto pretérmino entre las 33- 36 6/7 semanas de gestación.



Recomendaciones.

1. Implementar en los servicios de atención a la gestante, capacitación permanente al personal de obstetricia en los diferentes niveles de atención sobre los factores de riesgo predisponente que se asocian al parto pretérmino, para la identificación precoz de todos los factores de riesgo y actuar oportunamente sobre los que sean modificables
2. Fortalecer el control prenatal adecuado, oportuno y precoz con una correcta elaboración de la historia clínica perinatal y libros de registro con la finalidad de obtener datos fidedignos que nos permita realizar estudios de investigación.
3. Brindar educación continua en el control prenatal a las gestantes sobre las manifestaciones clínicas, causas y consecuencias del parto pretérmino para ayudar a su prevención y manejo oportuno.
4. Identificar los grupos mas vulnerables para desarrollar parto pretermino según los factores de riesgos identificados y realizar un plan preventivo para disminuir la incidencia de Prematurez en estas pacientes.



Referencias bibliográficas.

1. Arias, G. (2001). Factores prenatales relacionados con la prematuridad. Revista Cubana de Pediatría. v.73 n.1. p. 45. Ciudad de la Habana-Cuba. Editorial Ciencias Médicas.
2. Alhabe, G.(2011). El parto pretérmino: detección de riesgos y tratamientos preventivos. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health,(p. 5). Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria.(2001).“Prematuros de menos de 1,500 gramos al nacimiento”. España, p. 67
3. Ayaviri.(2007) Factores maternos de influencia sobre los niveles prematuridad del recién nacido en el hospital “San Juan de Dios”. P. 2.
4. Cochrane Plus.(2009) Criterios Técnicos y Recomendaciones Basadas en evidencia para la construcción de guías de práctica clínica para el primer y segundo nivel de atención., p. 78-103.
5. Di Marco, I.(2010) Guía de prácticas clínicas. Amenaza de parto prematuro. Rev. Hosp. Mat.Inf. Ramón Sardá, p. 22.
6. Evagelista, (2019, p. 9). “Los factores de riesgos maternos asociados al parto pretérmino en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2017-2018”.
7. Espinoza, et al. (2012 p. 23). “ Factores de riesgos para prematurez en el Hospital San Juan de Dios”. Granada.



8. Huaroto, (2013). Revista medica Panacea. Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica, Perú.vol.3. Núm. 2. DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v3i2.124>.
9. Lorenzo, et. Al. (2008). Factores maternos relacionados con prematuridad Artículo original. Ginecol Obstet Mex; p. 76.
10. Manrique, R.(2008). Parto pretérmino en adolescentes, Departamento de Salud Pública de la Universidad de Carabobo. Rev Obstet Ginecol Venez; p. 68.
11. Macquart, (2013, p. 82). “Los cuidados prenatales y el parto pretérmino”. Francia.
12. Morgan, F. (2010). Factores socio demográficos y obstétricos asociados con nacimiento pretérmino. Ginecol Obstet Mex; p. 9.
13. Meza, J. (2002 -2006). Factores maternos relacionados con el parto pretérmino y su repercusión en el neonato. Hospital Nacional Hipólito Unanue.Rev Per Obst Enf.
14. Molina, C. (2011) Factores maternos asociados con nacimiento pretérmino espontáneo versus pretérmino nacido por cesárea. Ginecol Obstet Mex; p.79.
15. Osorno, J.(2008) Factores maternos relacionados con prematuridad. Ginecol Obstet Mex. p. 6.
16. Robaina, G.(1998). Análisis Multivariado de Factores de Riesgo de Prematuridad en Matanzas. Cuba., p. 78.
17. Rodríguez, et al (2013, p. 34). “Los factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino, entre las 20 y 37 semanas de gestación”.
18. Sánchez H, Pérez G, Pérez Petal.(2005). Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Rev Med Inst Mex Seguro Social; pág. 80-85.



19. Vásquez, A.(2009). Epidemiología del parto pretérmino en el Hospital San Bartolomé de Lima. Enero 2007 – Diciembre 2008. XIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, p. 234.
20. Glavinovich, N.(2011). Taller Integrado de Salud Pública II.” Tabaquismo” en línea Disponible en la Web :<http://www.monografias.com/trabajos11/tabac/tabac.shtml> consulta: Septiembre del 2011.



ANEXOS



“Factores de riesgos maternos predisponentes a la prematuridad del recién nacido en el Nuevo Hospital Monte España, Julio 2016 – Diciembre 2019”

FICHA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Ficha No. _____

Fecha: _____

No. Expediente _____

CASO

CONTROL

1. Datos sociodemográficos

Edad materna

15- 19 años _____

20 – 35 años _____

>35 años _____

Procedencia

Urbano _____

Rural _____

Escolaridad

Iletrada _____

Primaria _____

Secundaria _____

Educación media _____

Universidad _____

Estado civil

Soltera _____

Casada _____

Unión estable _____

Talla Materna

Menos 150cm _____

Más de 150cm _____

Hábitos tóxicos

Cigarrillos _____



- Alcohol___
- Drogas ilegales___
- Ninguno___
- Antecedentes patológicos personales** Hipertensión Arterial ___
- Diabetes Mellitus___
- Cardiopatías___
- Pre-eclampsia___
- Eclampsia___
- Ruptura prematura de membranas_____
- Desproporción cefalopelvica_____
- Anemia materna_____
- Infección vías urinarias_____
- Antecedentes patológicos familiares** Hipertensión Arterial___
- Diabetes Mellitus___
- Cardiopatías___
- Neoplasias___
- Enfermedad Renal Crónica_____
- Antecedentes gineco-obstétricos** Abortos___
- Óbitos fetal___
- Cesáreas___.
- Parto pretérmino previo___
- Período Intergenésico corto___
- Número de controles prenatales** Menos de 4 controles___
- Mayor de 4 controles___



Edad gestacional al parto 22-32 6/7 Semanas_____

33-36 6/7 Semanas_____



Cuadro 1. Factores de riesgos maternos sociodemográficos predisponentes a la prematuridad, Nuevo Hospital Escuela Monte España. Julio 2016- Diciembre 2019.

Variables	CASOS		CONTROLES	
	<i>fr</i>	%	<i>fr</i>	%
Edad Materna				
20 -35 años	85	47.2	113	63
Menor de 19 - mayor de 35 años	95	52.8	67	37
Procedencia				
Urbano	145	81	143	79.4
Rural	35	19	37	20,6
Escolaridad				
Iletrada	15	8	17	9
Algún grado de escolaridad	165	92	163	91
Estado Civil				
Soltera	20	11	14	7.8
Casada, Unión Estable	160	89	166	92.2
Talla				
Menor de 150 cms	60	33	55	31
Mayor de 150 cms	120	67	125	69

Fuente: Ficha



Cuadro 2. Antecedentes maternos patológicos y no patológicos personales y familiares que predisponen a la prematuridad. Nuevo Hospital Monte España. Julio 2016- Diciembre 2019.

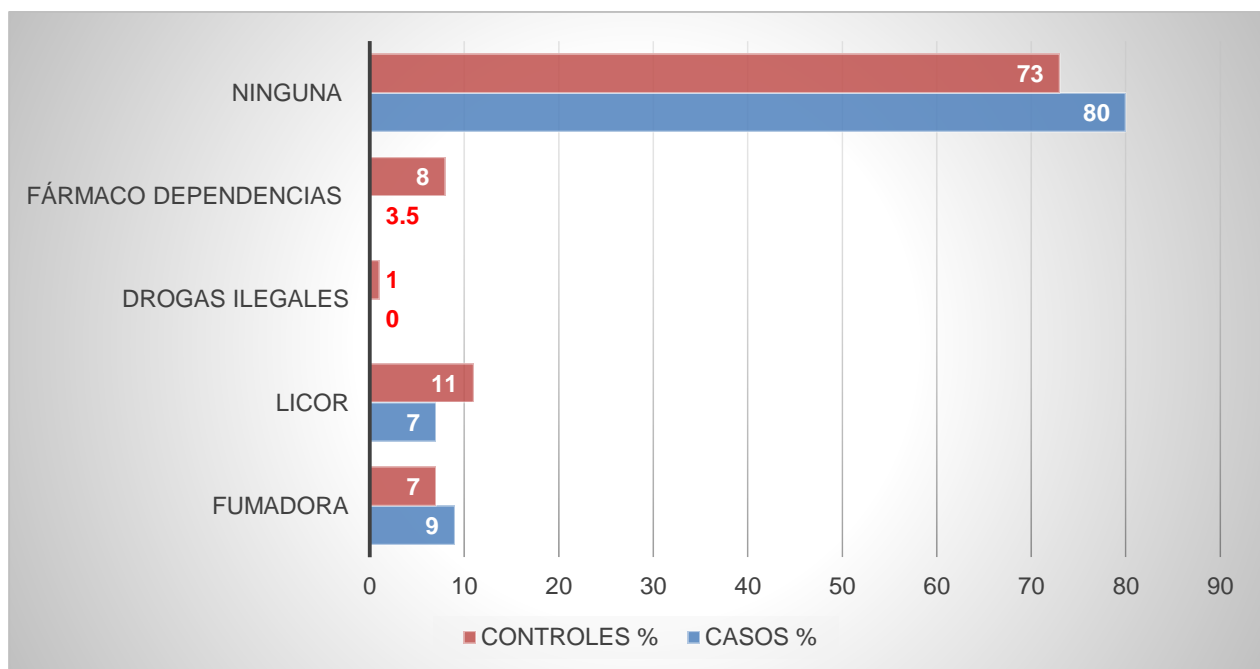
Variables	CASOS		CONTROLES	
	<i>fr</i>	%	<i>fr</i>	%
Antecedentes no patológicos (Hábitos)				
Fumadora	16	9	13	7
Licor	13	7	19	11
Drogas Ilegales	1	0,5	2	1
Fármaco dependencias	6	3,5	14	8
Ninguna	144	80	132	73
Antecedentes patológicos Familiares				
Diabetes Mellitus	14	8	18	10
Hipertensión Arterial	13	7	5	3
Cardiopatía	3	1.5	1	0.5
Neoplasia	1	0.5	1	0.5
Enfermedad Renal	2	1	0	0
Inmunológicas	2	1	0	0
Ninguna	145	81	155	86
Antecedentes patológicos personales				
Diabetes Mellitus	4	2.8	6	3.5
Hipertensión Arterial	3	1.6	5	2.8
Cardiopatía	3	1.6	1	0.5
Ruptura prematura membranas	0	0	1	0,5
Anemia materna	1	0.5	0	0
Inmunológicas	1	0.5	0	0
Ninguna	168	93	167	92.7

Fuente: Ficha



Grafico N. 1

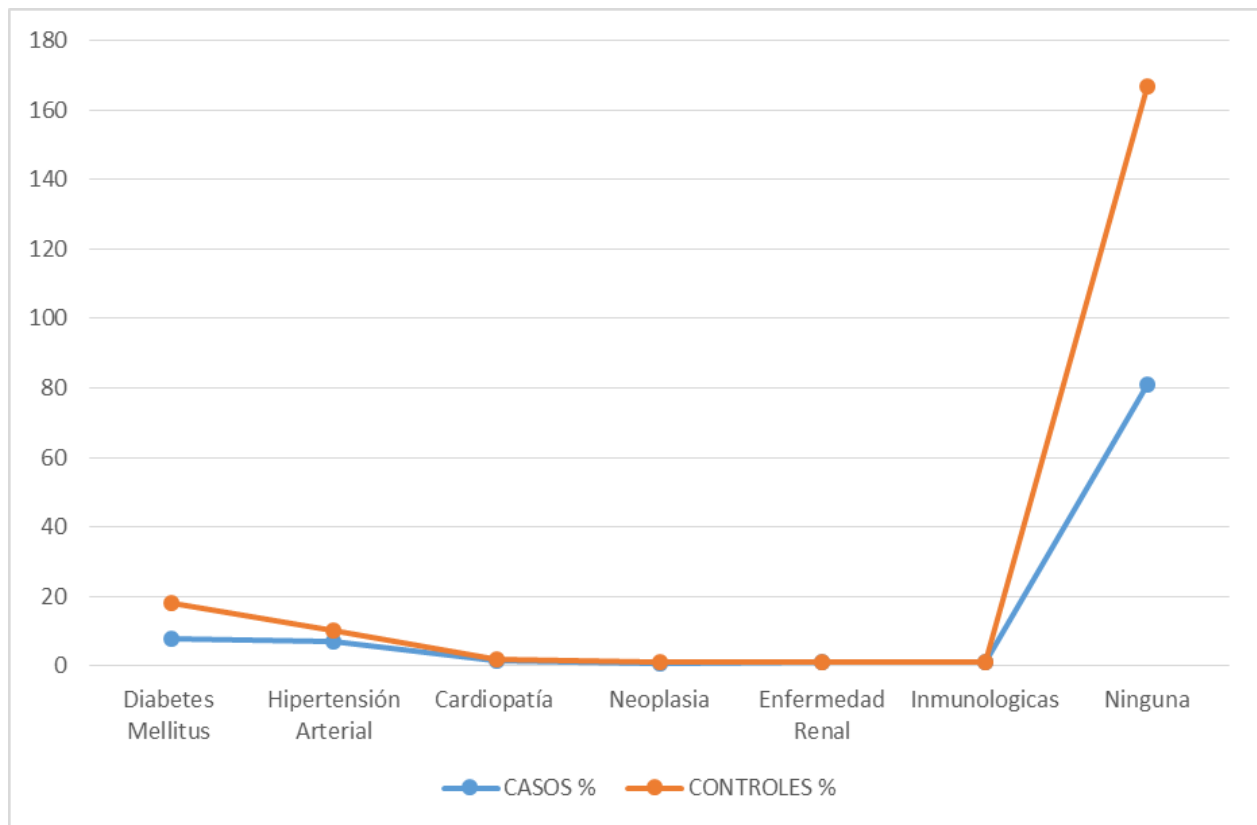
Antecedentes no patológicos personales (Hábitos) que predisponen a la prematuridad. Nuevo Hospital Monte España. Julio 2016- Diciembre 2019.



Fuente: Cuadro N. 2.



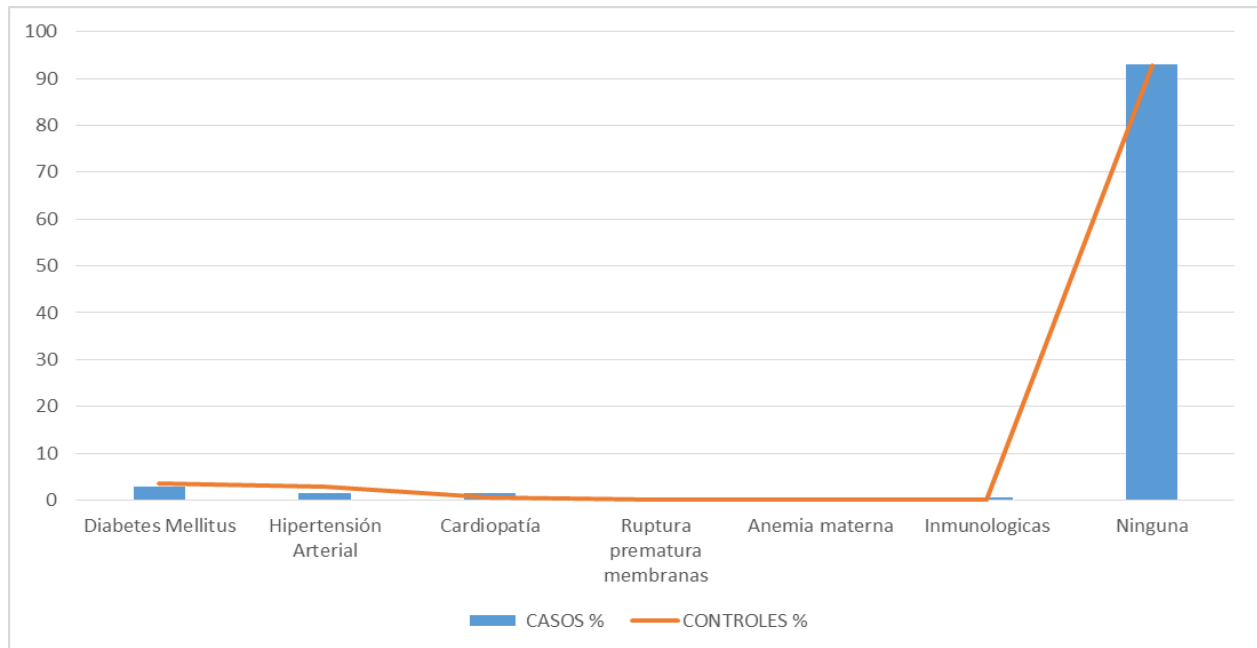
Grafico N. 2.
Antecedentes maternos familiares que predisponen a la prematuridad. Nuevo Hospital Monte España. Julio 2016- Diciembre 2019.



Fuente: Cuadro N. 2.



Grafico N.3.
Antecedentes maternos patológicos y no patológicos personales y familiares que predisponen a la prematuridad. Nuevo Hospital Monte España. Julio 2016- Diciembre 2019.



Fuente: Cuadro N. 2.



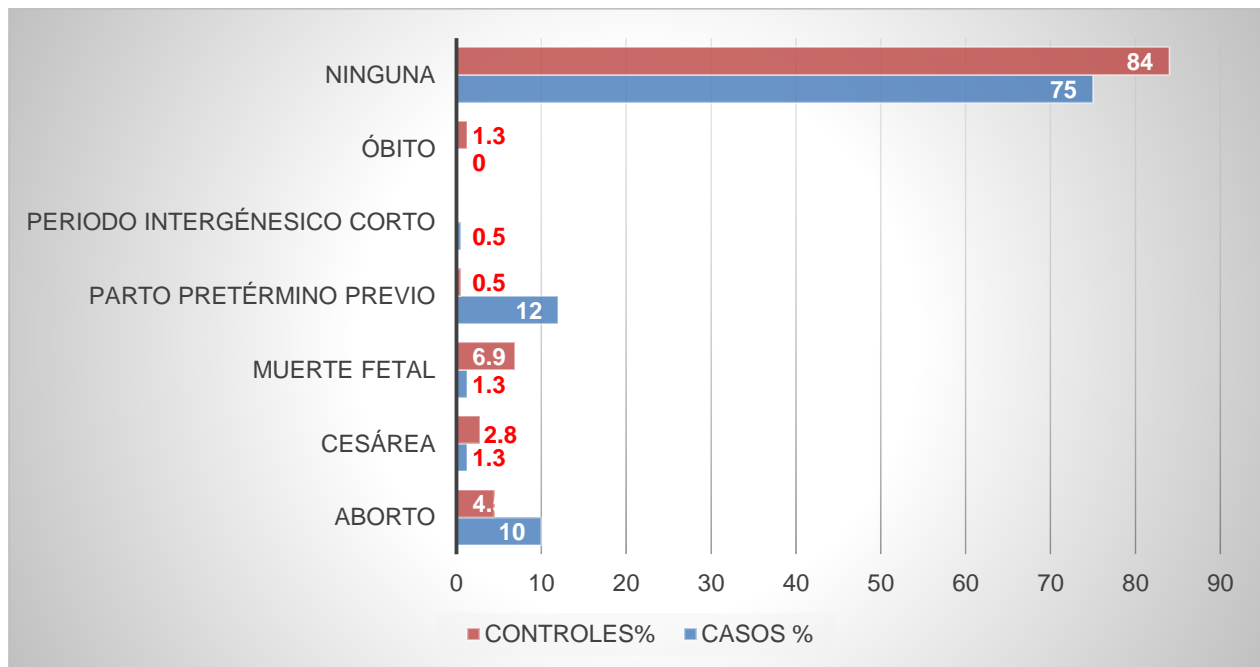
Cuadro 3. Antecedentes gineco-obstétricos predisponentes de prematuridad. Nuevo Hospital Monte España. Julio 2016- Diciembre 2019.

Variables	CASOS		CONTROLES	
	<i>fr</i>	%	<i>fr</i>	%
Antecedentes Obstetricos				
Aborto	18	10	8	4.5
Cesárea	3	1.3	5	2.8
Muerte Fetal	3	1.3	11	6.9
Parto pretérmino previo	21	12	1	0.5
Periodo Intergénésico Corto	1	0.5	0	0
Óbito	0	0	3	1.3
Ninguna	135	75	152	84
Controles Prenatales				
Menor de 4 CPN	68	38	87	48
Mayor de 4 CPN	112	62	93	52

Fuente: Ficha



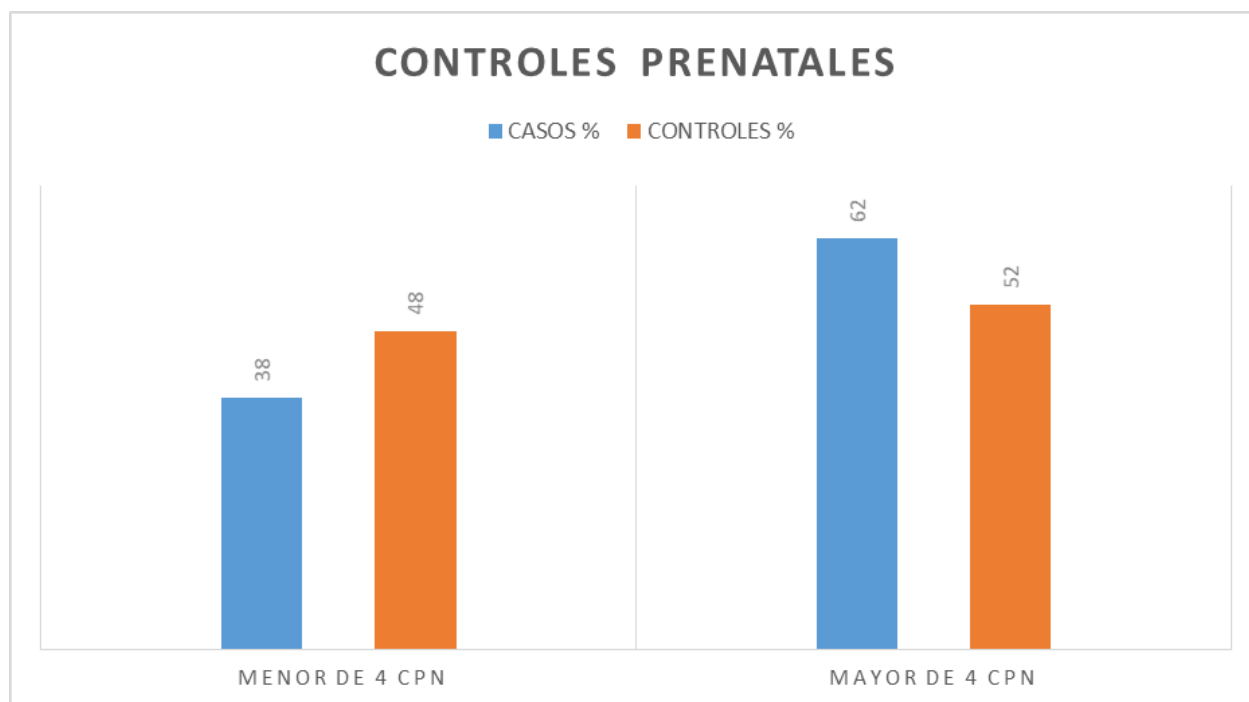
Grafica N. 4.
Antecedentes gineco-obstétricos predisponentes de prematuridad. Nuevo Hospital Monte España. Julio 2016- Diciembre 2019.



Fuente: Cuadro N. 3.



Grafico N. 5.
Antecedentes gineco-obstétricos predisponentes de prematuridad. Nuevo Hospital Monte España.
Julio 2016- Diciembre 2019.



Fuente: Cuadro N. 3.

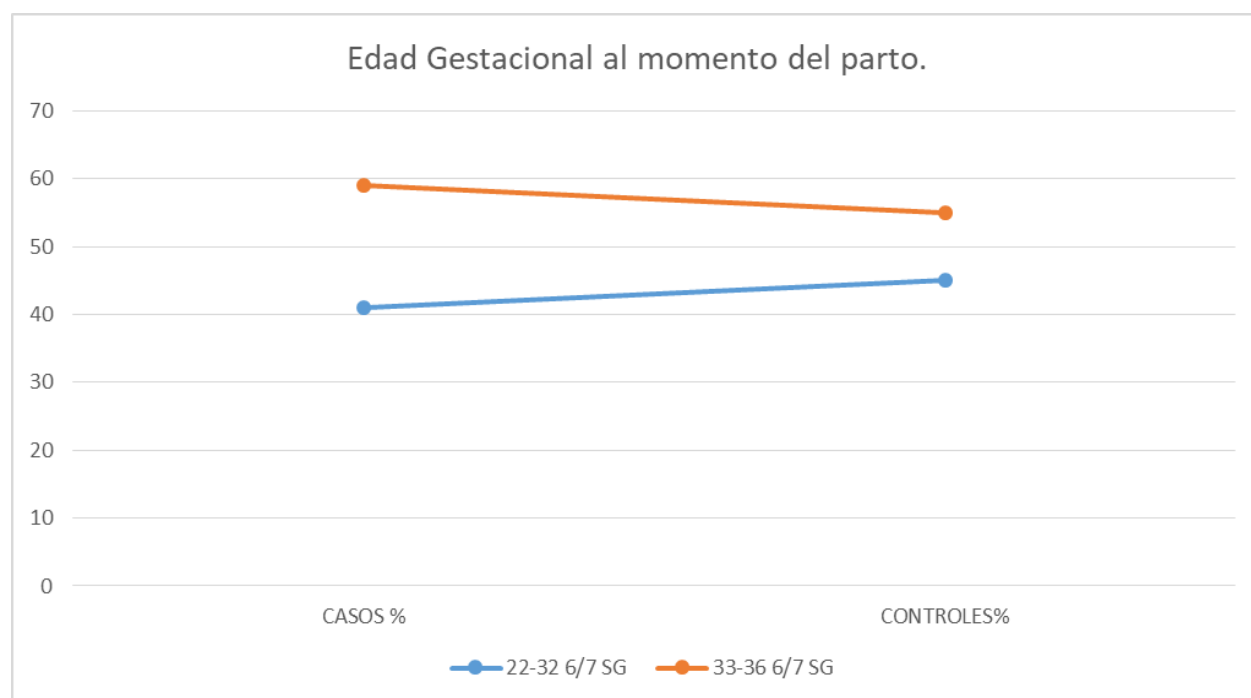


Cuadro 4. Edad gestacional al momento del parto. Nuevo Hospital Escuela Monte España. Julio 2016- Diciembre 2019.

Variables	CASOS		CONTROLES	
	<i>Fr</i>	%	<i>fr</i>	%
Edad Gestacional en el momento del parto				
22-32 6/7 SG	73	41	81	45
33-36 6/7 SG	107	59	99	55

Fuente: Ficha.

Grafico N. 6
Edad gestacional al momento del parto. Nuevo Hospital Escuela Monte España.
Julio 2016- Diciembre 2019.



Fuente: Cuadro N. 4.



Cuadro 5. Factores maternos de influencia significativa asociados a la prematuridad. Nuevo Hospital Escuela Monte España. Julio 2016 - Diciembre 2019.

<i>Factores de Riesgos</i>	<i>OR</i>	<i>Ic95%</i>	<i>X²</i>	<i>Valor de p</i>
Menor de 19-Mayor de 35 años	0.66	0.81 – 1.00	3.29	0.347
Antec. No Patológicos (hábitos)	0.68	0.75 – 1.09	1.87	0.085
Talla menor 150 cm	1.9	0.63-1.36	0.85	0.426
Estado civil soltera	3.28	0.88-1.62	0.81	0.367
Antec. Patológicos Familiares	0.85	1.40 – 2.23	1.62	0.202
Antec. Patológicos Personales	0.91	0.92 – 1.96	0.04	0.500
Antec. Obstétricos	1.80	9.44 – 17.65	4.95	0.017
Menor de 4 CPN	0.64	0.78 – 0.99	3.67	0.027
Edad gestacional / parto pretérmino. 22 32 6/7	1.28	0.73-1.12	0.45	0.455

Fuente: Ficha