

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS Fundada en 1551**

FACULTAD MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POST GRADO

**Factores de riesgo de parto pretermino.  
estudio caso control hospital nacional  
Sergio E. Bernales mayo – Setiembre 2003**

TESIS para optar el Título Profesional de: LICENCIADA EN OBSTRETICIA

AUTOR(ES)

**ISABEL MIRELLA REYES MASGO**

**ROCIO RUIZ CUMAPA**

ASESOR: JOSÉ DEL CARMEN SANDOVAL PAREDES

**LIMA – PERÚ 2004**



<b>AGRADECIMIENTOS: . .</b>	<b>1</b>
<b>..</b>	<b>3</b>
<b>I. RESUMEN . .</b>	<b>5</b>
<b>II. INTRODUCCIÓN .</b>	<b>7</b>
<b>III. MATERIAL Y MÉTODOS .</b>	<b>11</b>
<b>POBLACIÓN MUESTRAL: .</b>	<b>11</b>
<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN: . .</b>	<b>12</b>
<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS: . .</b>	<b>12</b>
<b>PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS. .</b>	<b>15</b>
<b>ANÁLISIS DE LOS DATOS .</b>	<b>15</b>
<b>IV. RESULTADOS .</b>	<b>17</b>
<b>V. DISCUSIÓN . .</b>	<b>29</b>
<b>CONCLUSIONES . .</b>	<b>33</b>
<b>RECOMENDACIONES .</b>	<b>35</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .</b>	<b>37</b>
<b>ANEXOS .</b>	<b>43</b>



## **AGRADECIMIENTOS:**

Johny Ponce Canchihuaman y  
César Munayco, quienes con su  
orientación hicieron posible la  
realización de la presente investigación.



---

*DEDICATORIA: A Reyes Paredes, Joe Roger. Masgo León, Mirtha; y Ruiz Sánchez, Custodio. Cumapa Panduro, Ayda. nuestros padres, que nos han apoyado incondicionalmente en la formación universitaria.*



## I. RESUMEN

**Objetivo:** Determinar los factores de riesgo predisponentes para la ocurrencia de un parto pretérmino.

**Material y Métodos:** Estudio observacional, explicativo, retrospectivo, transversal y comparativo (casos y controles). Se tomaron 75 casos de puérperas mediatas e inmediatas que terminaron su gestación en un parto pretérmino en el Hospital Nacional "Sergio E. Bernales", de mayo a septiembre del presente año . Se comparó con un grupo control constituido por 75 puérperas que terminaron su gestación en un parto a término, considerando como criterio de apareamiento el número de gestaciones. Se procedió a aplicar el instrumento que incluye la revisión de historias clínicas y entrevista personal a las puérperas.

**Resultados:** En el análisis univariado se presentan los siguientes factores de riesgo: la infección del tracto urinario, preeclampsia, ruptura prematura de membranas vulvovaginitis, edad materna extrema, número de control prenatal y peso pregestacional. Sin embargo en el análisis multivariado los factores de mayor fuerza de asociación son: Preeclampsia (OR: 4.82; IC 95%: 1.54-15.10) y la Infección del Tracto Urinario (OR: 3.84; IC 95%: 1.14-12.95).

**Conclusiones:** Los factores de riesgo predisponentes para la ocurrencia de un parto pretérmino, en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, son: Preeclampsia y la Infección del Tracto Urinario.

**Palabras clave:** Parto pretérmino. Factores de riesgo.



## II. INTRODUCCIÓN

El parto pretérmino es un problema obstétrico común, mundialmente es considerado una enfermedad social, con una incidencia del 7 al 9% del total de partos, y es causa del 75% de muertes perinatales y el 50% de anomalías neurológicas son atribuibles directamente a la prematurez (1,2,3,4,5,6).

En el Hospital Nacional Sergio E. Bernales , así como en otros hospitales, la prematuridad es un problema latente, el 5.8 % de los partos son pretérmino; y se le considera causante del 48% de las muertes perinatales (3).

Se denomina parto pretérmino al que tiene lugar desde las 22 semanas hasta las 36 semanas de gestación (OMS, FIGO), causadas por un conjunto de condiciones clínicas ocurridas en la actualidad o en embarazos anteriores (7,8). Entre éstas, las de mayor importancia en la población de estudio son: la infección del tracto urinario, la preeclampsia, la vulvovaginitis, la edad materna extrema , número de control prenatal y peso pregestacional.

La infección de las vías urinarias durante el embarazo, tiene una prevalencia elevada, por su característica y localización anatomotopográfica.

En gestantes con infección urinaria, la tasa de prematuridad se asocia en un 20 a 50% correlacionándose la tasa más baja con la infección vesical y la más alta con la infección parenquimatosa. En este proceso infeccioso, incluyendo a las infecciones cervicovaginales, los mecanismos productores están fundamentalmente influenciados por las citoquinas entre las que figuran las interleukinas (IL) y el factor de necrosis tumoral (TN)

que de una parte van a activar enzimas como las proteasas que al final va a degradar el colágeno e influir originando cambios en el cuello uterino, de otra parte van a aumentar la producción y la activación de las prostaglandinas, las que finalmente actuarán sobre la actividad uterina, originando las contracciones (1,7,9,10,11,12,13).

La preeclampsia es una de las complicaciones obstétricas más frecuentes condicionando gran morbimortalidad fetal y materna a nivel mundial, incluso a pesar del mejor cuidado prenatal en los países desarrollados. La incidencia de la preeclampsia varía entre 2% y 10%, pero se cita cifras de incidencia desde 0.5% hasta 38.4% , según la población y criterios utilizados. Aunque se desconoce su etiología, se acepta que la anomalía fisiopatológica primaria subyacente es un vasoespasma generalizado arteriolar con activación de la cascada de coagulación (14).

El intervencionismo obstétrico en gestaciones pretérmino en casos de preeclampsia, evita en algunos casos la muerte fetal intrauterina. No sólo el riesgo de morbimortalidad neonatal, sino también secuelas pulmonares a largo plazo, parecen ser mayores en aquellos recién nacidos que nacen pretérmino por indicación materna o fetal, que en los recién nacidos que nacen espontáneamente en las mismas semanas de gestación. Por ello la decisión de intervenir en la gestación pretérmino continúa siendo una elección obstétrica difícil que debe balancearse entre beneficios frente a riesgos asociados a parto pretérmino (15,16,17,18).

Casi 33% de los nacimientos pretérmino ocurren con ruptura prematura de membranas. En algunos casos, el trabajo de parto sigue a la ruptura, mientras que en otros esta indicado el nacimiento pretérmino a causa de la infecciones, ya que se produce pérdida de la barrera entre la cavidad uterina y la vagina., permitiendo la entrada de gérmenes al útero (7,11).

Existe un gran número de evidencias que implican a la infección del tracto genital materno, con el parto pretérmino. Una de estas infecciones es la Vaginosis Bacteriana, que todavía sigue siendo objeto de intensas investigaciones. Platz-Christensen (1995) han proporcionado algunas evidencias por las cuales una vaginosis bacteriana puede precipitar un trabajo de Parto Pretérmino por medio de un mecanismo similar a la infección urinaria (7,10,11,19).

La falta de control prenatal, es un grave problema en las gestantes a nivel mundial . Mediante el control prenatal podemos vigilar la evolución del embarazo y controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal.

Se ha identificado diversas características demográficas , que se asocia con un mayor riesgo de parto pretérmino, aunque no tienen una relación causal específica; como la edad materna extrema, siendo la incidencia más alta en mujeres menores de 20 años y mayores de 35 años. Así mismo el estado nutricional deficiente que se refleja en el bajo peso pregestacional y la actividad laboral, guarda una relación directa con el nivel socioeconómico bajo. Otro factor que parece ser intuitivamente importante, pero que rara vez ha sido estudiada formalmente, es el estrés psicológico. Se incluye además a las gestantes solteras en las cuales el parto pretérmino es frecuente (7,11,20,21,22,23,24,25).

El hábito de fumar, el uso de cocaína, y el consumo de alcohol, se ha asociado a una mayor incidencia de complicaciones obstétricas, entre éstas, el trabajo de parto pretérmino; aunque los mecanismos no se conocen con certeza (7,11,20,26).

En algunos estudios, el coito, y el orgasmo son relacionados con parto pretérmino, sin embargo otros no han podido corroborar esta asociación. Hasta el momento no existe estudios prospectivos que señalen que la abstinencia sexual prevenga el trabajo de parto pretérmino .

Por otro lado, los antecedentes obstétricos tal vez son el mejor factor de predicción del parto pretérmino, por ello , tal predicción es mayor en multíparas que en nulíparas. El antecedente de parto pretérmino, tiene un recurrencia que varía entre 17% y 37%, se incrementa a medida que aumenta el número de partos pretérmino anteriores. Se incluye también , la historia de uno o más abortos espontáneos, independientemente del trimestre en que ocurre, asociado a un mayor riesgo de presentar parto pretérmino (7,11,20,27).

Se considera que la anemia está presente entre el 20% al 40% de las mujeres embarazadas con predominio en el tercer trimestre, si no es compensado oportunamente puede conllevar a riesgos en el resultado obstétrico y perinatal, entre ellas el parto pretérmino (28,29).

Por otra parte, se considera que la presencia de una anomalía uterina aumenta el riesgo de parto pretérmino. Las malformaciones congénitas del útero se presentan entre el 1% y el 3% de los partos pretérmino. Las más importantes son el útero bicorne y el útero tabicado, donde la incidencia aproximada de parto pretérmino es del 16% al 20%, es mayor si la anomalía uterina se asoció anomalías del tracto genitourinario; la incompetencia cervical, muy pocos casos producen trabajo de parto pretérmino, pero se debe más que todo, al aumento de la posibilidad de infección; en el caso de cuello uterino corto diagnosticado por ultrasonografía transvaginal, el cerclaje cervical no redujo la tasa de parto pretérmino espontáneo y aumentó el riesgo de ruptura prematura de membranas (7,11,30,31).

Entre las patologías fetales que podrían provocar un parto pretérmino con muy poca incidencia, están los casos de óbito fetal, macrosomía, defectos del tubo neural (anencefalia), y los errores innatos del metabolismo (32).

La prevalencia de gestaciones múltiples se ha incrementado en forma irrelevante con la aplicación de técnicas de fertilización, siendo el riesgo más inmediato relacionado con las gestaciones múltiples el parto pretérmino. Casi la mitad de todos los gemelos nacen prematuramente y el riesgo que se produzca un parto prematuro aumenta con los partos múltiples de mayor orden (5,33,34).

Entre los factores ovulares , la cantidad excesiva de líquido amniótico (polihidramnios), aumenta el riesgo de parto pretérmino. El tamaño del útero podría dar origen al desencadenamiento espontáneo del trabajo de parto, sin que se conozca el mecanismo específico (7,11,35).

El desprendimiento prematuro de la placenta con implantación normal suele producir contracciones uterinas frecuentes e intensas, que ha menudo desencadenan el parto. No

obstante, se desconoce el factor desencadenante del desprendimiento prematuro de la placenta, salvo contados casos traumáticos . Las anomalías de implantación como la placenta previa también producen hemorragias que se originan de cierto grado de separación de la placenta (7,11).

La importancia de este estudio radica en que el parto pretérmino constituye de por sí un grave problema de morbilidad materno perinatal, a pesar de los muchos adelantos tecnológicos se desconoce los mecanismos responsables e incluso en las últimas décadas no se ha podido disminuir la incidencia de partos pretérmino en el mundo, en contraparte a ello, se ha logrado aumentar la sobrevivencia de los recién nacidos desde las 24 semanas de edad gestacional, pero ello a costa de unidades de cuidados intensivos neonatales que se encuentran en centros especializados no disponibles en todos los países del mundo, como el nuestro, y a expensas de un costo económico muy alto.

Para reducir el número de partos pretérmino es necesario determinar los factores que lo condicionan, esto es un punto de partida esencial para el planteamiento y desarrollo de los estudios de actuación y para mejorar la organización del cuidado obstétrico en el establecimiento de programas de prevención a través de la educación de las pacientes en riesgo. En este sentido hemos establecido como propósito fundamental del estudio determinar los factores de riesgo que condicionan un parto pretérmino, en las púerperas atendidas en el Hospital Nacional "Sergio E. Bernales", durante el periodo comprendido de mayo a septiembre del año 2003.

## III. MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo es un estudio observacional, explicativo, retroprospectivo, transversal, comparativo (casos y controles) , realizado en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales en puérperas que presentaron parto pretérmino (casos) y puérperas de parto a término (controles) atendidas en dicho nosocomio en el periodo de mayo - septiembre del 2003 para determinar los factores de riesgo que condicionaron el trabajo de parto pretérmino.

### **POBLACIÓN MUESTRAL:**

La población de estudio estuvo constituida por 130 puérperas que terminaron su gestación en parto pretérmino atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales , durante el periodo de mayo septiembre del 2003.

De esta población se tomó una muestra de 75 casos, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y de exclusión. Se comparó con el grupo control conformado por 75 puérperas que terminaron su gestación en un parto a término. Para incrementar la potencia del estudio se necesitó homogenizar ambos grupos (casos y controles) considerando como criterio de pareamiento el número de gestaciones por ser una variable confusora.

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

### CASOS:

- Puérperas mediatas e inmediatas de parto pretérmino por vía vaginal o cesárea que fueron atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales.
- Puérperas cuya edad gestacional del recién nacido calculada por el Test de Capurro y/o Fecha de Última Regla es menor de 37 semanas, constatado por las investigadoras.

### CONTROLES:

- Puérperas mediatas e inmediatas de parto a término por vía vaginal o cesárea que fueron atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales apareadas con los casos según el número de gestaciones.

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Puérperas con parto extrahospitalario.
- Puérperas cuyo parto fue resultado de un accidente.
- Puérperas que presentaron complicaciones muy severas, y que fallecieron, por la dificultad para realizar la entrevista personal y revisión de historias clínicas.
- Puérperas que no aceptaron el asentimiento verbal informado, para participar en el estudio.
- Puérperas de parto pretérmino, cuya edad gestacional del recién nacido registrado en el Libro de Neonatología, no corresponde a la evaluación del test de Capurro .

## DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS:

### FACTOR DE RIESGO:

Es la característica o atributo cuya presencia en el individuo se asocia con aumento de la probabilidad de padecer un daño.

### PARTO PRETÉRMINO:

Es aquel que tiene lugar desde las 22 hasta las 36 semanas de gestación.

### PARTO A TÉRMINO:

Aquel que tiene lugar desde las 37 hasta las 41 semanas de gestación.

### CASO:

Puérperas mediatas e inmediatas de parto pretérmino por vía vaginal o cesárea.

**CONTROL:**

Puérperas mediatas e inmediatas de parto a término por vía vaginal o cesárea.

**NÚMERO DE CONTROL PRENATAL:**

Número de visitas de evaluación de la gestación.

**HÁBITO TABÁQUICO:**

Consumo de más de 10 cigarrillos por semana.

**CONSUMO DE ALCOHOL:**

Consumo de alcohol más de 5 veces por semana.

**NO CONSUMO DE PESCADO:**

Consumo de pescado menos de dos veces por semana.

**INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO:**

Presencia de 100000 o más unidades formadoras de colonias (UFC) de bacterias por mililitro de orina obtenida por chorro medio diagnosticado por urocultivo , presencia de 10 o más leucocitos por campo diagnosticado por examen completo de orina ; o por métodos clínicos.

**ANEMIA:**

Cuadro caracterizado por disminución de masa eritrocitaria.

- Anemia leve:

Concentración de hemoglobina entre 9 y 11 gr/dl.

- Anemia moderada:

Concentración de hemoglobina entre 7 y 9 gr/dl.

- Anemia severa:

Concentración de hemoglobina inferior a 7 gr/dl.

**VULVOVAGINITIS:**

Infección localizada en vagina y vulva que se acompaña de leucorrea, prurito, ardor y en ocasiones de dispareunia.

**HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO:**

Trastornos vasculares que aparece por primera vez a partir de las veinte semanas de gestación, durante el parto y durante las primeras 72 horas del puerperio, dando como manifestación común la hipertensión arterial que puede o no acompañasen de proteinuria y/o edema a las cuales se puede agregar convulsiones y/o coma.

- Preeclampsia leve: Presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg, registradas al

menos en dos ocasiones con 6 horas de diferencia con la paciente en reposo.

· Preeclampsia severa: Presión arterial sistólica mayor o igual a 160 mmHg. registrados al menos en dos ocasiones con 6 horas o más de diferencia con la paciente en reposo, proteinuria de 5gr. o más en 24 horas.

#### **ECLAMPSIA:**

Es la forma más severa de la Preeclampsia caracterizado por hipertensión más convulsiones y/o coma.

#### **ANTECEDENTE DE PARTO PRETÉRMINO Y DE ABORTOS:**

Cuando en embarazos anteriores se produjo al menos una vez un parto pretérmino o abortos.

#### **ANOMALÍAS ANATÓMICOFUNCIONALES DEL ÚTERO:**

Falta de armonía anatómica en el órgano uterino, en adecuado desarrollo embriológico, atrofia de la capa funcional de la parte superior del útero, diagnosticado por ecografía o hallazgo clínico.

#### **EMBARAZO GEMELAR:**

Gestación en la cual existe desarrollo simultáneo de 2 o más fetos, diagnosticado por ecografía o hallazgo clínico .

#### **MACROSOMÍA FETAL:**

Producto de la gestación con un peso mayor o igual a 4000gr. diagnosticado por ecografía o hallazgo clínico .

#### **ÓBITO FETAL:**

Muerte fetal intrauterina, diagnosticado por ecografía o hallazgo clínico .

#### **ANOMALÍAS CONGÉNITAS FETALES:**

Es una anomalía estructural de cualquier tipo en el feto, diagnosticado por ecografía o hallazgo clínico .

#### **PLACENTA PREVIA:**

Inserción anormal de la placenta en el segmento inferior del útero; puede ser total o parcial, diagnosticado por ecografía o hallazgo clínico .

#### **DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA:**

Separación parcial o total de la placenta normalmente inserta, después de las 20 semanas de gestación y antes del alumbramiento, diagnosticado por ecografía o hallazgo clínico .

#### **POLIHIDRAMNIOS:**

Volumen exagerado de líquido amniótico de 2000ml. o más, diagnosticados por ecografía o hallazgo clínico.

#### **RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS:**

Ruptura espontánea de las membranas corioamnióticas antes del inicio del trabajo

de parto, diagnosticado por ecografía o hallazgo clínico .

## PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se identificó diariamente a las puérperas que han tenido parto pretérmino (paciente caso) registrado en el Libro de Nacimientos del Servicio de Neonatología, en base al examen físico por el test de Capurro (menor de 37 semanas) realizado por el médico Neonatólogo o el interno que está rotando por el servicio de Neonatología, siendo constatado , por las investigadoras.

Se localizó a la paciente caso, desde el puerperio inmediato, cuando todavía se encontraba en Centro Obstétrico. En el puerperio mediato, se buscó a la paciente en los pabellones de Hospitalización y Gineco Nuevo del Departamento de Ginecoobstetricia a través del registro en el Censo Diario, ubicando el número de cama y el número de historia clínica.

Luego se procedió a aplicar el instrumento de recolección de datos, que consta de la técnica de entrevista personal y la técnica de análisis documental (revisión de historias clínicas). Se realizó la entrevista previo asentimiento verbal informado a la misma paciente , e incluso a sus familiares en caso fue necesario, en cualquier momento del día antes del alta de la paciente. Se revisó la historia clínica, para la obtención de los resultados de laboratorio y/o patologías (infección del tracto urinario, preeclampsia, eclampsia, anemia, malformaciones uterinas , patologías fetales, entre otras), incluyendo los datos registrados en el carnet de control prenatal provenientes de su respectivo centro de atención prenatal.

Posteriormente se localizó a la paciente control (paciente con parto a término) que presente el mismo número de gestaciones que la paciente caso , se prosiguió con la aplicación del instrumento de recolección de datos, siguiendo el mismo procedimiento anteriormente mencionado.

## ANÁLISIS DE LOS DATOS

Con el objetivo de especificar con mayor precisión los factores de riesgo de parto pretérmino que se presentan en nuestro hospital , se elaboró una base de datos con la información recolectada en el programa Excel Office 2000.

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 10.0 para Windows.

Se empleó la prueba de chi cuadrado y la prueba exacta de Fisher, para buscar asociación entre variables categóricas.

Para determinar los factores de riesgo con el valor del OR y su respectivo intervalo

de confianza al 95% , se realizó el análisis univariado y multivariado con la prueba de regresión logística.

Se consideró un valor de  $p < 0.05$  , para ser estadísticamente significativo para todas las variables.

## IV. RESULTADOS

**CUADRO N°1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS PUÈRPERAS, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO DE MAYO SETIEMBRE DE 2003.**

CARACTERÍSTICA	CASOS (%)	CONTROLES (%)	p
1. Edad:			
13-19	26(34.6)	12(16)	
20-34	37(49.3)	54(72)	0.013
Más de 35	12(16)	9(12)	
2. Estado civil:			
Soltera	13(17.3)	12(16)	
Casada	11(14.6)	14(18.6)	NS
Conviviente.	51(68)	49(65.3)	
3. Grado de instrucción:			
Analfabeta	1(1.3)	0(0)	
Primaria incompleta.	5(6.6)	1(1.3)	
Primaria completa.	4(5.3)	4(5.3)	NS
Secundaria incompleta.	26(34.6)	21(28)	
Secundaria completa.	33(44)	35(46.6)	
Superior.	6(8)	14(18.8)	
4. Ocupación:			
Ama de casa	54(72)	52(69.3)	NS
Trabaja fuera de casa	21(28)	23(30.6)	
5. Ingreso familiar:			
<500 nuevos soles	54(72)	44(58.6)	
500 a 1000 nuevos soles	21(28)	27(36)	NS
>1000 nuevos soles	0(0)	4(5.3)	

*NS: No significativo.*

*Fuente: Entrevista personal.*

En el presente cuadro se muestra las características demográficas de la población en estudio, la edad materna se considera un factor de importancia, pues muestra con diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0.013$ ). El grado de instrucción, estado civil, ocupación e ingreso familiar como era de esperarse no muestran diferencias con el grupo control.

**CUADRO N°2. DISTRIBUCIÓN DE CASOS Y CONTROLES SEGÚN NÚMERO DE GESTACIONES. HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO DE MAYO SETIEMBRE DE 2003.**

Nº DE GESTACIONES	CASOS(%)	CONTROLES(%)
G 1	29(38.6)	29(38.6)
G 2	19(25.3)	19(25.3)
G 3	10(13.3)	10(13.3)
G 4	9(12)	9(12)
G 5	5(6.6)	5(6.6)
G 6	2(2.6)	2(2.6)
G 7	0(0)	0(0)
G 8	1(1.3)	1(1.3)
Total	75(100)	75(100)

*Fuente: Entrevista personal.*

El número de gestaciones fue el parámetro que se consideró como criterio de pareamiento entre los casos y controles, obviamente no hay diferencias.

**CUADRO Nº 3. FACTOR ASOCIADO DE PARTO PRETÉRMINO SEGÚN EDAD. HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO DE MAYO SETIEMBRE DE 2003.**

Edad: < 19 - > 35	CASOS (%)	CONTROLES (%)	TOTAL (%)	p
PRESENTE	38(50.6)	21(28)	59 (39.3)	
AUSENTE	37(49.3)	54(72)	91(60.7)	0.013
TOTAL	75 (100)	75 (100)	150 (100)	

*Fuente: Entrevista personal.*

En el presente cuadro se muestra, que un 50.6 % del grupo casos presenta edades extremas, en comparación con un 28 % del grupo de los controles, siendo el valor de p estadísticamente significativo.

**CUADRO Nº 4.FACTOR ASOCIADO DE PARTO PRETÉRMINO SEGÚN OCUPACIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO. HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO DE MAYO SETIEMBRE DE 2003.**

OCUPACIÓN: Trabaja fuera de casa	CASOS(%)	CONTROLES(%)	TOTAL(%)	p
PRESENTE	21(28)	23(30.6)	44(29.3)	
AUSENTE	54(72)	52(69.3)	106(70.6)	0.85
Total	75(100)	75(100)	150(100)	

*Fuente: Entrevista personal.*

En el cuadro se observa que sólo el 28% de los casos presentaron el factor, en comparación con el 72% con ausencia del factor de riesgo, siendo el valor de p, no significativo.

**CUADRO N° 5. FACTOR ASOCIADO DE PARTO PRETERMINO SEGÚN CONSUMO DE TABACO. HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO DE MAYO SETIEMBRE DE 2003.**

CONSUMO DE TABACO	CASOS(%)	CONTROLES(%)	TOTAL(%)	p
PRESENTE	1(1.3)	0	1(0.6)	
AUSENTE	74(98.6)	75(100)	149(99.3)	1.000
Total	75(100)	75(100)	150(100)	

*Fuente: Entrevista personal.*

El análisis estadístico entre casos y controles respecto al consumo de tabaco no muestra valor estadísticamente significativo, pero este resultado no se puede descartar, por cuanto la población que consume tabaco no es lo suficientemente representativa.

**CUADRO N° 6. FACTOR ASOCIADO DE PARTO PRETÉRMINO SEGÚN CONSUMO DE ALCOHOL. HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO DE MAYO SETIEMBRE DE 2003.**

CONSUMO DE ALCOHOL	CASOS(%)	CONTROLES(%)	TOTAL(%)	p
PRESENTE	2(2.6)	0	2(1.3)	
AUSENCIA	73(97.3)	75(100)	148(98.6)	0.497
Total	75(100)	75(100)	150(100)	

*Fuente: Entrevista personal.*

En el análisis estadístico entre casos y controles respecto al consumo de alcohol se evidencia un valor estadísticamente no significativo, pero este resultado no se puede descartar, por cuanto la población que consume alcohol no es lo suficientemente representativa.

**CUADRO N° 7. FACTOR ASOCIADO DE PARTO PRETÉRMINO SEGÚN CONSUMO DE PESCADO. HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO DE MAYO SETIEMBRE DE 2003.**

CONSUMO DE PESCADO	CASOS(%)	CONTROLES(%)	TOTAL(%)	p
PRESENTE	60(80)	52(69.3)	112(74.6)	
AUSENTE	15(20)	23(30.6)	38(25.3)	0.188
Total	75(100)	75(100)	150(100)	

*Fuente: Entrevista personal.*

En el presenta cuadro se observa que el consumo de pescado, no es un factor de riesgo, ya que no muestra diferencias significativas.

**CUADRO N° 8. FACTOR ASOCIADO DE PARTO PRETÉRMINO SEGÚN ANTECEDENTE DE ABORTO. HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO DE MAYO SETIEMBRE DE 2003.**

ANT. DE ABORTO	CASOS(%)	CONTROLES(%)	TOTAL(%)	p
PRESENCIA	18(39.1)	19(41.3)	37(40.2)	
AUSENCIA	28(60.8)	27(58.6)	55(59.7)	1.000
Total	46(100)	46(100)	92(100)	

*Fuente: Entrevista personal.*

En el presenta cuadro se observa que la variable antecedente de aborto, no es un factor de riesgo, pues no muestra diferencias estadísticas significativas.

**CUADRO N° 09. FACTOR ASOCIADO DE PARTO PRETÉRMINO SEGÚN ANTECEDENTE DE PARTO PRETÉRMINO. HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO DE MAYO SETIEMBRE DE 2003.**

ANT. PARTO PRETÉRMINO	CASOS(%)	CONTROLES(%)	TOTAL(%)	p
PRESENTE	4(8.6)	2(4.3)	6(6.5)	
AUSENTE	42(91.3)	44(95.6)	86(93.4)	0.681
Total	46(100)	46(100)	92(100)	

*Fuente: Entrevista personal.*

En el presenta cuadro se observa que la variable antecedente de parto pretérmino, no es un factor de riesgo, ya que no muestra diferencias significativas.

**CUADRO N° 10. FACTOR ASOCIADO DE PARTO PRETÉRMINO SEGÚN PRESENCIA DE ANEMIA. HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO DE MAYO SETIEMBRE DE 2003**

ANEMIA	CASOS(%)	CONTROLES(%)	TOTAL(%)	p
PRESENTE	32(42.6)	23(30.6)	55(36.6)	
AUSENTE	43(57.3)	52(69.3)	95(63.3)	0.175
Total	75(100)	75(100)	150(100)	

*Fuente: Historia clínica.*

En el cuadro N°10 no se observa diferencias significativas ya que, del grupo de los casos, el 42,6% presentaron anemia, en comparación con un 30.6% del grupo control; y según el análisis estadístico no muestra una diferencias significativa.

**CUADRO N° 11. FACTOR ASOCIADO DE PARTO PRETÉRMINO SEGÚN PRESENCIA DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO. HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO DE MAYO SETIEMBRE DE 2003.**

ITU	CASOS(%)	CONTROLES(%)	TOTAL(%)	p
PRESENTE	53(70.6)	25(33.3)	78(52)	
AUSENTE	22(29.3)	50(66.6)	72(48)	0.004
Total	75(100)	75(100)	150(100)	

*ITU: Infección del tracto urinario.*

*Fuente: Entrevista personal , Historia clínica.*

El 70.6 % de pacientes que terminaron su gestación en un parto pretérmino presentaron infección urinaria en comparación con el 33.3 % del grupo control lo que muestra una diferencia estadística altamente significativa lo que indica que es un factor de riesgo que tiene una fuerte asociación para la ocurrencia de parto pretérmino.

**CUADRO N° 12. FACTOR ASOCIADO DE PARTO PRETÉRMINO SEGÚN PRESENCIA DE VULVOVAGINITIS. HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO DE MAYO SETIEMBRE DE 2003.**

VULVOVAGINITIS	CASOS(%)	CONTROLES(%)	TOTAL(%)	p
PRESENTE	50(66.6)	36(48)	86(57.3)	
AUSENTE	25(33.3)	39(52)	64(42.6)	0.031
Total	75(100)	75(100)	150(100)	

*Fuente: Entrevista personal , Historia clínica.*

En el presente cuadro se observa que el 66.6 % de pacientes con parto pretérmino presentaron vulvovaginitis, en comparación con el 48% del grupo control, evidenciándose una diferencia estadística significativa.

**CUADRO N° 13. FACTOR ASOCIADO DE PARTO PRETÉRMINO SEGÚN PRESENCIA DE PREECLAMPSIA. HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO DE MAYO SETIEMBRE DE 2003.**

PRE ECLAMPSIA	CASOS(%)	CONTROLES(%)	TOTAL(%)	P
PRESENTE	18(24)	7(9.3)	25(16.6)	
AUSENTE	57(76)	68(96.6)	125(83.3)	0.027
Total	75(100)	75(100)	150(100)	

*Fuente:, Historia clínica.*

Según la descripción y el análisis estadístico en el presente cuadro la preeclampsia se constituye en un factor de riesgo para el parto pretérmino ( $p=0.027$ ) . En el cuadro, se observa que del grupo de casos el 24% presentaron la enfermedad en comparación con el 9% del grupo control.

**CUADRO N° 14. FACTOR ASOCIADO DE PARTO PRETÉRMINO SEGÚN PRESENCIA DE MALFORMACIONES UTERINAS. HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO DE MAYO SETIEMBRE DE 2003.**

MALF. UTERINAS	CASOS(%)	CONTROLES(%)	TOTAL(%)	p
PRESENTE	1(1.3)	0	1(0.6)	
AUSENTE	74(98.6)	75(100)	149(99.3)	1.000
Total	75(100)	75(100)	150(100)	

*Fuente: Historia clínica.*

En el presente cuadro, no se evidencia un valor estadísticamente significativo, pero este resultado no se puede descartar, por cuanto la población que presenta este factor no es lo suficientemente representativa.

**CUADRO N° 15. FACTOR ASOCIADO DE PARTO PRETÉRMINO SEGÚN PRESENCIA DE EMBARAZO MÚLTIPLE. HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO DE MAYO SETIEMBRE DE 2003.**

EMBARAZO MÚLTIPLE	CASOS(%)	CONTROLES(%)	TOTAL(%)	p
PRESENTE	2(2.6)	1(1.3)	3(2)	
AUSENTE	73(97.3)	74(98.6)	147(98)	1.000
Total	75(100)	75(100)	150(100)	

*Fuente: Historia clínica.*

En el análisis estadístico entre casos y controles respecto a la presencia de embarazo múltiple no muestra un valor significativo, pero este resultado no se puede descartar, por cuanto la población que presenta este factor no es lo suficientemente representativa.

**CUADRO N° 16. FACTOR ASOCIADO DE PARTO PRETÉRMINO SEGÚN PRESENCIA DE MACROSOMÍA FETAL. HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO DE MAYO SETIEMBRE DE 2003.**

MACROSOMÍA	CASOS(%)	CONTROLES(%)	TOTAL(%)	p
PRESENTE	1(1.3)	2(2.6)	3(2)	
AUSENTE	74(98.6)	73(97.3)	147(98)	1.000
Total	75(100)	75(100)	150(100)	

*Fuente: Historia clínica.*

En el análisis estadístico entre casos y controles respecto a la presencia de macrosomía fetal se evidencia un valor estadísticamente no significativo pero este resultado no se puede descartar, por cuanto la población con este factor no es lo suficientemente representativa.

**CUADRO N° 17. FACTOR ASOCIADO DE PARTO PRETÉRMINO SEGÚN PRESENCIA DE ÓBITO FETAL. HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO DE MAYO SETIEMBRE DE 2003.**

ÓBITO FETAL	CASOS(%)	CONTROLES(%)	TOTAL(%)	p
PRESENTE	3(4)	1(1.3)	4(2.6)	
AUSENTE	72(96)	74(98.6)	146(97.3)	0.620
Total	75(100)	75(100)	150(100)	

*Fuente: Historia clínica.*

En el presente cuadro, no se evidencia un valor estadísticamente significativo, pero este resultado no se puede descartar, por cuanto la población que presenta este factor no

es lo suficientemente representativa.

**CUADRO N° 18. FACTOR ASOCIADO DE PARTO PRETÉRMINO SEGÚN PRESENCIA DE POLIHIDRAMNIOS. HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO DE MAYO SETIEMBRE DE 2003.**

<b>POLI HIDRAMNIOS</b>	<b>CASOS(%)</b>	<b>CONTROLES(%)</b>	<b>TOTAL(%)</b>	<b>p</b>
PRESENTE	2(2.6)	0	2(1.3)	
AUSENTE	73(97.3)	75(100)	148(98.6)	0.497
Total	75(100)	75(100)	150(100)	

*Fuente: Historia clínica.*

De acuerdo al análisis estadístico entre casos y controles respecto a la presencia de polihidramnios no existen diferencias significativas, pero este resultado no se puede descartar, por cuanto la población que presenta este factor no es lo suficientemente representativa.

**CUADRO N° 19. FACTOR ASOCIADO DE PARTO PRETÉRMINO SEGÚN PRESENCIA DE DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA . HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO DE MAYO SETIEMBRE DE 2003.**

<b>DPP</b>	<b>CASOS(%)</b>	<b>CONTROLES(%)</b>	<b>TOTAL(%)</b>	<b>p</b>
PRESENTE	2(2.6)	0	2(1.3)	
AUSENTE	73(97.3)	75(100)	148(98.6)	0.497
Total	75(100)	75(100)	150(100)	

*DPP: Desprendimiento Prematuro de Placenta*

*Fuente: Historia clínica.*

En el presente cuadro, no se evidencia un valor estadísticamente significativo, pero este resultado no se puede descartar, por cuanto la población que presenta este factor no es lo suficientemente representativa.

**CUADRO N° 20. FACTOR ASOCIADO DE PARTO PRETÉRMINO SEGÚN PRESENCIA DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS . HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO DE MAYO SETIEMBRE DE 2003.**

<b>RPM</b>	<b>CASOS(%)</b>	<b>CONTROLES(%)</b>	<b>TOTAL(%)</b>	<b>p</b>
PRESENTE	20(26.6)	10(13.3)	30(20)	
AUSENTE	55(73.3)	65(86.6)	120(80)	0.065
Total	75(100)	75(100)	150(100)	

*RPM: Ruptura Prematura de Membranas.*

*Fuente: Entrevista personal , Historia clínica*

En el cuadro N° 20 se observa que el 26.6% de gestantes de parto pretérmino, tuvieron ruptura prematura de membranas , en comparación con un 13.3% del grupo

control. Sin embargo, el valor de p no tiene carácter significativo.

**CUADRO N° 21. FACTORES DE RIESGO DE PARTO PRETÉRMINO. ANÁLISIS UNIVARIADO**

FACTOR DE RIESGO	OR	INTERVALO DE CONFIANZA 95%		p
		MÍNIMO	MÁXIMO	
Edad: < 20 y > 35	1.8	0.52	6.35	0.04
Ocupación: trabaja fuera de casa	---	---	---	NS
N° de control prenatal	1.32	1.16	1.51	0.00001
Consumo de tabaco	---	---	---	NS
Consumo de alcohol	---	---	---	NS
No consumo de pescado	---	---	---	NS
Peso antes del embarazo	1.05	1.01	1.10	0.01
Antecedente de aborto	---	---	---	NS
Antecedente de parto pretérmino	---	---	---	NS
Preeclampsia	3.69	1.35	10.10	0.01
Anemia	---	---	---	NS
Vulvovaginitis	2.32	1.12	4.80	0.02
Infección del Tracto Urinario	4.56	1.31	12.6	0.004
Malformaciones uterinas	---	---	---	NS
Embarazo múltiple	---	---	---	NS
Macrosomía	---	---	---	NS
Óbito fetal	---	---	---	NS
Polihidramnios	---	---	---	NS
DPP	---	---	---	NS
RPM	2.75	1.10	6.85	0.02

*NS: No significativo.*

*Fuente: Entrevista personal, Historia clínica*

En el cuadro N° 21 se enumeran las variables independientes incluidas en el estudio, de las cuales, según el análisis univariado sólo siete presentaron significancia estadística entre ellas tenemos: N° de Control prenatal, Infección del Tracto Urinario, Preeclampsia, Peso pregestacional, Vulvovaginitis, Ruptura Prematura de Membranas, Edad materna extrema.

Se observa que el número de Control Prenatal, es altamente significativo con un  $p=0.00001$ , un OR de 1.32 incluido en el intervalo de confianza al 95% (1.16-1.51); para el estudio se tomó al número de control prenatal como variable numérica (no como presencia o ausencia), es decir aquella gestante con dos controles prenatales tiene más riesgo de presentar parto pretérmino que una gestante con tres controles prenatales, o una gestante con cinco controles prenatales tiene más riesgo de parto pretérmino, que una gestante con seis controles prenatales.

Respecto a la infección del tracto urinario, se observa un OR de 4.56, valor que se encuentra incluido en el intervalo de confianza al 95% (1.31-12.6) siendo el límite mínimo

y máximo mayores que la unidad, lo que indica un tipo de asociación significativa de riesgo.

La Preeclampsia tiene un Odds Ratio de 3.69 , incluido en el intervalo de confianza al 95% (1.35-10.10), al igual que la infección del tracto urinario presenta un tipo de asociación significativa de riesgo.

El peso pregestacional tiene un OR de 1.05 , que también se incluye en el intervalo de confianza al 95% (1.01-1.10), al igual que el número de control prenatal, se consideró al peso pregestacional como una variable numérica, es decir aquella gestante que inicia su gestación con 50 Kg. presenta más riesgo de parto pretérmino, que la gestante que empieza su gestación con 51 Kg.

Respecto a la vulvovaginitis, presenta un OR de 2.32 que se incluye en el intervalo de confianza al 95% (1.12-4.80), mostrando un tipo de asociación significativa de riesgo.

La ruptura prematura de membranas tiene un OR de 2.75 valor que se incluye en el intervalo de confianza al 95%, cuyos límites mínimo y máximo son mayores que la unidad, que indica un tipo de asociación significativa de riesgo.

La edad materna extrema presenta un OR de 1.8 , valor que fluctúa en el intervalo de confianza al 95% (0.52-6.35), pero que incluye a la unidad, lo que indica un tipo de asociación no significativa.

**CUADRO N° 22. FACTORES DE RIESGO DE PARTO PRETÉRMINO. ANÁLISIS MULTIVARIADO .**

<b>FACTOR DE RIESGO</b>	<b>OR</b>	<b>INTERVALO DE CONFIANZA 95%</b>		<b>p</b>
		<b>MÍNIMO</b>	<b>MÁXIMO</b>	
PREECLAMPSIA	4.82	1.54	15.10	0.006
INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO	3.84	1.14	12.95	0.03
N° DE CONTROL PRENATAL	1.26	1.02	1.56	0.029
PESO PREGESTACIONAL	1.06	1.02	1.11	0.006

*Fuente: Entrevista personal, Historia clínica.*

En la regresión logística del análisis multivariado, en donde se analizan todas las variables en conjunto, se halló que la preeclampsia, la infección del tracto urinario, el número de control prenatal y el peso pregestacional, estuvieron asociadas significativamente a la ocurrencia de parto pretérmino, siendo la preeclampsia y la infección del tracto urinario las de mayor fuerza de asociación.

La preeclampsia presenta un OR de 4.82, es decir que toda gestante con preeclampsia tiene casi cinco veces el riesgo de terminar su gestación en parto pretérmino en comparación con la gestante que no presentan preeclampsia.

La gestante con infección del tracto urinario tiene casi cuatro veces (OR = 3.84) el riesgo de presentar parto pretérmino en relación a aquellas gestante que no padecen de infección del tracto urinario.

Respecto al número de control prenatal y el peso pregestacional, presentan un OR

---

muy cercano a la unidad por lo que no se consideran un factor de riesgo, teniendo en cuenta que un  $OR = 1$  , representa un tipo de asociación no significativa.



---

## V. DISCUSIÓN

Se han realizado diversos estudios , sobre los factores de riesgo que predisponen un parto pretérmino, siendo la incidencia a nivel mundial de 2% al 20%; en los países en vías de desarrollo se registra las cifras más elevadas (2,3,4,7,8,11,36-48).

Existe un consenso de varios estudios que refieren que uno de los principales trastornos que produce los trastornos hipertensivos (preeclampsia / eclampsia) , como lo demuestra los resultados obtenidos en el Hospital Materno Infantil San Bartolomé, que encuentra una frecuencia de prematuridad por preeclampsia de 14.41 % (Caldas . 1976) (49); en Venezuela se halló una frecuencia de prematuridad por patologías hipertensivas de 8.54% (Faneite . 2001) (45), similar frecuencia se encontró en España un 15.45% (Velásquez 1998) (50).

Estos resultados son relativamente bajos en relación a nuestro estudio, ya que hemos encontrado una frecuencia de 24% de nacimientos pretérmino en madres preeclámpticas, hallazgo similar se encontró en Canadá, un 28.5% de partos pretérmino antes de las 32 semanas en madres preeclámpticas(51).

En nuestra investigación , la preeclampsia es el factor se riesgo de mayor fuerza de asociación para la ocurrencia de un parto pretérmino, con un OR de 4.82, es decir que la gestante preeclámptica tiene casi cinco veces el riesgo de un parto pretérmino respecto a una gestante no preeclámptica; resultados que coinciden con los reportes de Burrows (OR = 4.70 ) (51) Y Martius (OR = 4.0) (38); en contraparte Hoffman no relaciona la preeclampsia con un riesgo elevado de parto pretérmino (20), Samadi encontró que los partos pretérmino eran casi dos veces más probable en mujeres con hipertensión

inducida por el embarazo ( OR = 1.8) en comparación con gestante normotensas (52) y Ananth asocia la preeclampsia con parto pretérmino moderado (32-36 semanas) con un OR de 1.9 (53).

Nos parece un resultado exageradamente elevado el que se encontró en Japón por Minakami y col. cuyo resultado fue de 54.4 veces el riesgo de presentar parto pretérmino en madres con preeclampsia (54).

Sin embargo, la mayoría de nacimientos pretérmino, en gestantes preeclámpticas se debieron a interrupciones programadas para evitar complicaciones materno fetales, más que a partos pretérmino espontáneos. En cambio, la infección urinaria y otras infecciones sí provocan aumento de la contracciones uterinas espontáneas , por lo que se asocian directamente a riesgo de prematuridad (42).

Las Infecciones del Tracto Urinario son muy comunes en el embarazo y pueden dar lugar a morbilidad significativa para la mujer y feto. El trabajo pionero de Kass descubrió que el 6% de mujeres embarazadas tenían bacteriuria asintomática asociado a prematuridad. La investigación para esta patología ha llegado a ser rutinario, cuya importancia radica en buscar medidas de prevención y tratamiento , para evitar el desenlace del parto pretérmino (55,56,57,58).

En el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, la frecuencia de infección del tracto urinario que han presentado parto pretérmino durante el periodo de estudio fue del 70 % ,cifra muy elevada, en comparación al 35% señalado por Pacora (59), 28.11% por Faneite (45); por otro lado Bastidas (60), Pomajambo (61), Quintanilla (62), Porras (63) y Thompson (64), encuentran una frecuencia que varía entre 3% y 11%.

Como se mencionó anteriormente nuestro resultado presenta una cifra elevada en relación a los demás estudios, debido probablemente a que incluimos además de los análisis de laboratorio , el diagnóstico clínico (disuria, polaquiuria, tenesmo vesical) para considerar presencia de infección urinaria.

La infección urinaria presenta un OR de 3.84, Thompson (58) refiere que en gestantes con infección del tracto urinario existe 2.3 veces más probabilidad de tener un parto pretérmino, en relación con aquellas gestantes sin infección del tracto urinario, y Hoffman menciona que la infección del tracto urinario está sólo medianamente relacionado con parto pretérmino, sin embargo no ha encontrado la información completa sobre esta variable.

Igualmente, nosotras no hemos encontrado muchas investigaciones que evalúen el riesgo de esta factor (OR) en particular.

No consideramos como factor de riesgo al número de control prenatal y peso pregestacional, a pesar de estar incluido en el análisis multivariado , por presentar un riesgo mínimo.

Aunque en el análisis multivariado , la ruptura prematura de membranas y la vulvovaginitis no presentaron significancia, mientras que en el análisis univariado estuvieron asociadas a parto pretérmino. Según Bastidas (60) en su estudio realizado en el Hospital Materno Infantil San Bartolomé encontró un predominio de ruptura prematura de membranas del 18.8%, como causa preventiva de parto pretérmino. Similar resultado

---

con los aportes de Goldenberg (65) con un 17% , Cabezas (32) con un 15% y Faneite (45) con un 30.6%. En nuestro estudio se encontró una frecuencia de 26.6% .

Sin embargo existe un considerable cuerpo de evidencias provenientes tanto de estudios observacionales como de investigaciones clínicas aleatorizadas, que muestran que muchos de los partos pretérmino o ruptura prematura de membranas están asociadas a infección genito-urinaria clínica o subclínica (66). Como por ejemplo en el estudio de Minkoff (67) que refiere que la ruptura prematura de membranas fue encontrada considerablemente más a menudo entre pacientes con infección bacteriana. Así también Ekwo y col. refiere que la probabilidad para la ruptura prematura de membranas en parto pretérmino es 3,7 veces en infección del tracto urinario y 7,6 veces en infección vaginal (68).

Se han publicado diversos estudios de observación que muestran la asociación entre la vulvovaginitis y el parto pretérmino. Se especula que el mecanismo por el cual la infección vaginal contribuye al parto pretérmino es la infección ascendente subclínica de las membranas , la cual desencadena en proceso inflamatorio que a su vez provoca el trabajo de parto o la ruptura prematura de membranas (46).

Sin embargo, para algunos autores, como Scott (7) , Calderas (10) , Goldenberg (42), Willey (69), Sarmiento (70) , Valladares (71) , aún no está claro el papel que desempeña esta entidad para la ocurrencia de un parto pretérmino.

En los resultados de nuestro estudio, un 66,6 % de partos pretérmino presentaron vulvovaginitis; cifra elevada, debido probablemente a los malos hábitos sanitarios de la población estudiada.

Las otras variables que se tomaron en cuenta en la investigación, no muestran valores estadísticos significativos, no obstante debemos considerar a dichas variables , porque en el ámbito mundial, se han hecho investigaciones que las respaldan, aunque no se presentan con frecuencia en nuestra población.

La edad materna no muestra significancia en el presente estudio. En contraparte , De Miguel (72) afirma que el parto pretérmino es más frecuente en el segmento de edad inferior a los 17 años, y en el otro extremo ha referido a las complicaciones más habituales en los embarazos, cada vez más frecuente en las mujeres añosas. En concordancia con los reportes de Domínguez (21), Escribá (22), Cabezas (32), Goldenberg (42).

Estudios epidemiológicos, han demostrado una mayor probabilidad de parto pretérmino en mujeres con actividad laboral , empleando largos periodos de fatiga ocupacional y estrés . En cambio , en nuestro estudio, no muestra significancia (21,22,23,71).

A pesar de que existen numerosos estudios que demuestran la asociación entre el consumo de alcohol, tabaco y cocaína durante la gestación y el parto pretérmino, para nuestro resultado no existe ninguna asociación significativa (7,11,20,29,42,47).

Diversos autores como Olsen , Aarhus, Copenhagen, señalan que el bajo consumo de pescado constituye un factor de riesgo de parto pretérmino, pero no resulto con asociación significativa en nuestro estudio (24,25).

De acuerdo a la literatura el riesgo de ocurrencia de un parto pretérmino en mujeres con antecedentes de prematuridad oscila entre 17% y 40% y parece depender de la cantidad de partos pretérmino previos. Goldenberg (42) ha reportado que una mujer con parto pretérmino previo tiene 2,5 veces más riesgo de presentar un parto pretérmino espontáneo en su próximo embarazo. Roseel y Domínguez (21) señalan que madres con antecedentes de prematuridad tuvieron 7 veces más riesgo de presentar parto pretérmino; por otro lado Escribá y Saurel (22), refieren que el antecedente de aborto tiene un riesgo de 1.86 y antecedente de parto pretérmino presenta un riesgo de 5.53 . En contra parte los resultados de la investigación no asocia los antecedentes obstétricos con parto pretérmino .

Lu y cols. en 1991, Scholl y cols. en 1992 , Kelley S. Y cols. en 1999 , José Rebozo y Pérez y cols. en 2000 (33), realizaron estudios en Estados Unidos de Norteamérica ; Marti y col. (29) en el 2000 realizaron estudios en Venezuela, determinando que la anemia materna en el tercer trimestre está asociado con un mayor riesgo de prematuridad. Resultados que difieren con el presente estudio, donde la anemia no muestra significancia estadística.

De todas las variables incluidas en el estudio, se presentan con muy poca frecuencia o incluso ningún caso: eclampsia, malformaciones uterinas, embarazo múltiple, macrosomía fetal, malformaciones fetales, óbito fetal, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, polihidramnios, que obviamente no resultan con valor estadístico significativo .

## CONCLUSIONES

- Los factores de riesgo predisponentes para la ocurrencia de un parto pretérmino son : la Preeclampsia con una frecuencia de 24% y la Infección del Tracto Urinario con una frecuencia del 70.6%.
- El factor de mayor fuerza de asociación que predispone un parto pretérmino es la Preeclampsia con un OR de 4.82.
- La Infección del Tracto Urinario es el factor de riesgo asociado directamente a Parto Pretérmino con un OR de 3.84.
- El Peso Pregestacional (OR =1.06) y el Número de Control Prenatal (OR = 1.26) no son factores de riesgo para la población en estudio, a pesar de incluirse en el análisis multivariado.
- La Ruptura Prematura de Membranas y Vulvovaginitis no son factores de riesgo, sin embargo en el análisis univariado presentan un OR de 2.75 y 2.32 respectivamente.
- Los factores demográficos , los antecedentes obstétricos, las patologías fetales , la anemia, las hemorragias del tercer trimestre, las malformaciones uterinas, el polihidramnios no están asociados a la ocurrencia de Parto Pretérmino.



## RECOMENDACIONES

- Establecer protocolos para el manejo de la Preeclampsia y la Infección del Tracto Urinario, principales factores de riesgo para parto pretérmino en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales.
- Fortalecer las acciones de Atención Prenatal, para la prevención , detección y tratamiento oportuno de los factores de riesgo predisponentes para un parto pretérmino.
- Incidir sobre los factores de riesgo asociados a parto pretérmino a través de la educación continua a las mujeres en edad reproductiva, desde el nivel primario, principalmente a las que tiene factores de riesgo.
- Generar nuevas hipótesis etiológicas y realizar más investigaciones básicas y epidemiológicas sobre las causas de parto pretérmino en diferentes centros hospitalarios.
- Formar equipos multidisciplinarios para abordar este problema de salud pública.



---

# BIBLIOGRAFÍA

- Huamán Elera, José. Parto prematuro. Tratamiento de la Amenaza de Parto Prematuro. La Revista Médica. Vol. 6 . Edición N°1. Pág. 32-34.
- Pinto Arteaga, Nélida. Parto Prematuro. Manual: Emergencias Obstétricas y Perinatales. MINSA-IMAPE. Junio 2000.
- Sandoval Paredes, José ; Sosa Maricela. Nifedipino vs. Ritodrina en Amenaza de Parto Pretérmino. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 49 N 2. Abril – Junio.2003.
- Ludmir Abraham. Ginecología y Obstetricia. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento. CONCYTEC. Lima-Perú.1996.
- Mongrout Steane, Andrés. Tratado de Obstetricia Normal y Patológica. Lima 2000.
- Gonzales Gonzalez , A; Interleukinas Maternas y Parto Prematuro Idiopático. Rev. Toko Ginecología Práctica 56,8. España. 1997.
- Scott ,M.D.; Di Saia, M.D.; Hammond,MD.; Spellacy, M.D.. Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth. Interamericana. Mc Graw-Hill. Sexta edición en español. México.1994.
- Pérez Sánchez, Alfredo; Donoso Silva, Enrique. Obstetricia. Publicaciones Técnicas Mediterráneo. Segunda edición. Santiago de Chile. 1999.
- Huamán Elera, José. Fisiopatología de la Amenaza de Parto Prematuro. Congreso Extraordinario de Obstetricia Y Ginecología. Memorias. Museo de la Nación, 26 – 31 de Octubre de 1997. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Lima – Perú .

1998.

- Calderas H., Nieves B., Quintana A. Vaginosis Bacteriana y Trabajo de parto Pretérmino. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Facultad de Medicina U.L.A. Dpto. de Microbiología y Parasitología. Laboratorio de Bacteriología "Roberto Gabaldón". Bioanálisis. Farmacia U.L.A.L Mérida. 1998. Venezuela.  
<http://www.anaerobe.org/ab98/60p.htm>
- F. Garay Cuningham, MD; Paul C. Mc. Donald, MD.; Norman F. Gant, M.; Kennet J Leveno, MD.; Larry C Gilstrap III, MD.; Gary D. V. Hankins , MD.; Steven L. Clark , MD.. Williams Obstetricia. Editorial Panamericana S.A. 1998. Impreso en Argentina
- Charles David MD. Boston- Massachusetts. Infecciones Obstétricas y Perinatales. Primera edición. Mosby / Doyma Libros. 1994. Madrid – España.
- Pacora Portilla, Percy . Revisión de antibióticos en infección del tracto urinario durante la gestación. Cuerpo Médico. Instituto Materno Perinatal. Embarazo, Parto y Puerperio. 2001. MINSA. Perú.
- Contreras Hugo Manuel, Philipp Espinoza, Daniel; Estremadoyro Vanina Beatriz. Variación estacional de la Preeclampsia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2003. Vol 49:95-102. Perú..
- Gonzales L , Gopee , Usandizaga M, Puigventós F .Amenaza de Parto Prematuro. Clinical Practices Guidelines the Society of Obstetrics and Ginecology . 2003. Canadá.
- Fernández Jonusas, S; Ciriano Cernadas, J.M. .Efectos de la Hipertensión Arterial durante el embarazo sobre el peso al nacer, el retardo de crecimiento intrauterino y la evolución neonatal. Estudio caso control apareado. Medicina Fetal y Neonatología. Anales Españoles de Pediatría. Vol. 50 N° 1, 1999.
- Pinedo, Adolfo; Orderique, Luis. Complicaciones Materno perinatales de la Preeclampsia-Eclampsia. UNFV. Hospital María Auxiliadora. Vol. 47 N° 1 enero 2000. Perú.
- Rodríguez Pino, Mediala; Homma Castro, José Luis; Fernández Cabrera, Jesús; Crespo Hernández, Teresa; Triana Álvarez, Pedro A. , Enfermedad Hipertensiva Gravídica: Algunas consideraciones sobre su influencia en los indicadores de Morbimortalidad Perinatal. Hospital General Docente "Mario Muñoz Monrroy", Colón. Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina ".Rev. Cubana Obstet. Ginecol. 1999; 25 (2 ): 108-13.
- De la Biblioteca de Cochrane (revisión). Antibióticos profilácticos para el trabajo de Parto Pretérmino con membranas intactas. Edición 1,2004. Chichester, Reino Unido: Juan Wiley e hijos.
- Hoffman, Bakketeig. Factores de riesgo relacionados con la aparición de un nacimiento pretérmino. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Vol. 3/1984. Interamericana 1984. Primera edición español . EMALDSA, S.A. 1985. Madrid
- Rosell Juarte, Ernesto; Domínguez Basulto, Magali; Casado Collado, Alfonso; Ferrer Herrera, Ismael. Factores de Riesgo de bajo peso al nacer. 1994. Camaguey.
- Escribá- Agur V, Clemente I, Samuel-Cubizoles MJ. Factores asociados al Parto Pretérmino. Resultados del Proyecto EUROPOP en el Estado. Factores socioeconómicos español. Gac. Sanit 2001; 15: 6-13. España.

- Tought SC, Newburn-Cook C, Johnston DW y colaboradores. Aumento de la edad materna y el impacto sobre los cambios en las tasas poblacionales de Bajo Peso al nacimiento, Nacimientos Múltiples y Partos Pretérmino. Pediatrics, Volumen 109(3). 2003. <http://www.saludpublica.com/ampl/ampl13/02n29017.htm>
- Copenhagen Arhus . Señalan el papel del aceite de pescado en el parto pretérmino. British Journal of Obstetrics and Gynecology 2000 107: 382-395, Mar Dinamarca SIIC. <http://siicginecología.com/etapa2/001/00n08022.htm>
- Olsen. El bajo consumo de pescado aumenta el riesgo de parto pretérmino en embarazos tempranos . British Medical Journal 2002. 324: 447-450. Dinamarca. . <http://siicginecología.com/etapa2/003/02o16003.htm>.
- Grananth S. ; Petersson F. ; Harlow G. The influence of gestacional age and smoking on the subseque preterm deliveries. Engl J. Med. 1999. 341: 943-948. Estados Unidos.
- Adams HM, Elam-Evans LD, Wilson HG ,Gilberts DA.. Rates of and factors associated with recurrence of preterm delivery. JAMA 2000 Mar 22-29;283(12);1519-6. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=)
- Fernández Sanabria, Ricardo Vladimir. Valor de la hemoglobina en las gestantes y su relación con el Parto Pretérmino y Peso del Recién Nacido en pacientes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el periodo abril-octubre 2001. Perú. <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/fernandezzl/introdoobjt.htm>
- Marti Arturo ; Peña Marti Giomar; Muñoz Sergio; Lanas Fernando; Comunian Gabriel. Association between prematurity and maternal anemia in Venezuela pregnant women during tirad trimestre at labor. Órgano Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición . Vol. 51 N°1. 2001. Venezuela.
- Owen John. La reducción del cuello uterino se asocia al parto pretérmino. The Journal of the American Medical Association (JAMA) 2001; 286: 1340-1348. Estados Unidos.
- Ljubljana. Predicción del Parto Pretérmino. Journal of Perinatal Medicine 29: 469-475. 2001. Eslovenia <http://siccginecología.com/etapa2/002/02313014.htm>
- Cabezas Elizando, Sonia. Parto Pretérmino: Factores de Riesgo y Mortalidad Neonatal. Junio 1997-Junio2002. Hospital Berta Calderón. Monografía para optar el título de Especialista en Ginecoobstetricia.
- Jordán E.R; Becker C.A; Obsts Kranenborg Melñón P. Morbimortalidad Fetal en el embarazo y Parto Múltiple de Pretérmino. VII Jornadas Internacionales de Obstetricia y Ginecología de la Provincia de Buenos Aires (SOGBA). Mar de Plata, 16 al 18 de diciembre de 1993.
- Romeu A. ; Monzó A.; Fernández- Colom P.J. ; Oehninger S. Múltiple Pregnancy: How important is the problem?. Revista Iberoamerican ade Coordinación Científica de Reproducción Humana. Vol. 19 N°3. Mayo-Junio2002. USA.
- Predicción de Parto Prematuro secundario a Rotura Prematura de Membranas . American Journal of Obstetrics and Gynecology 183 (3): 738-745, Set 2000-SIIC. Estados Unidos. <http://siccginecología.com/etapa2/002/01626048.htm>
- Meis P. J. ; Michielutte R.; Peters T. J. ; Wells M. B. ; Sands R. E. ; Coles E. C.; Johns K. A. Factrs associated with preterm birth in Cardiff, Wales. Univariate and Multivariate. Am J Obstet Gynecol. 1995 Aug, 173(2): 590-6. USA.

- Encinas Valdivia, Edgar. Parto Prematuro. Curso Nacional de Actualización. Urgencias y Emergencias Ginecoobstétricas. Lima- Perú. Cuerpo Médico del Hospital de Emergencias Grau-ESSALUD.
- Martius J. A. ; Steck T; Oehler M. K.; Wulf K. H. Risk factors associated with preterm (<37 weeks) and early preterm birth (<32 weeks) :univariate and multivariate analysis of 106 345 singleton births from the 1994 statewide perinatal survey of Baravia. Eur J. Obstet Gynecol Reprod Biol. 1998. Oct; 80 (2) : 183 –9.
- Schwarcz; Duverges; Díaz; Fescina; Obstetricia. El Ateneo. Quinta edición. . 1995. Impreso en Argentina.
- Pacheco Romero; Ascenzo Palacio; Cancino Izaguirre; Díaz Huamán; Maradiegue Méndez; Tang Bruigget. Ginecología y Obstetricia. Mad Corp S.A.. Primera edición. 1999. Perú..
- Trelles Juan. Prematuridad y Bajo peso al nacer. Experiencia en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Ginecología y Obstetricia. Vol. 41, N 2 Abril 1995. Perú.
- Goldenberg R. L. The management of preterm labor . Obstet Gynecol 2002; 100: 1020-37. Estados Unidos.
- Rodríguez T.; Barros H. Risk factors preterm birth. Acta Med Port. 1998; Oct; 11(10): 901-5. Portugal.
- Tabussum G. ; Karim Sa. ; Khan S. ; Naru T. Y. Preterm birth. J. Pak Med Assoc. 1994. Mar; 44 (3):68-70. Karachi.
- Faneite A. Pedro; Rivera Clara; Gonzales María; Linares Milagros ; Faneite Josmery. Prematurez : Problema actual. Hospital Dr. Adolfo Prince Lara 1995 a 1999. Rev. Obstet Gynecol Venez .Sept. 2001. Vol. 61 N°3. Caracas, Venezuela.
- Althabe Fernando; Carroli Guillermo; Lede Roberto; Belizán José y Althabe Omar. El Parto Pretérmino: Detección de riesgos y tratamientos preventivos. Rev Med Dom de Mayo-Agosto. 2000 . Vol. 61 N°2.
- De Wen ; Goldenberg R. L.; Hoffman H. J. ; De Cliver S. P. Retardo del crecimiento intrauterino y parto pretérmino: Factores de riesgo prenatales en una población indigente. J Obstet Gynecol. 1990. Jan; 162 (1) : 213 - 8. Estados Unidos.
- Lettiere L.; Vintzileos; Rodis J. F. ; Albin S. M. ; Salafia C. M. ¿El trabajo de parto pretérmino idiopático existe en el resultado de un nacimiento de un niño pretérmino? Am J Obstet Gynecol. 1993 May; 168 (5); 1480-5. Farmington.
- Caldas Zamudio, Marco A. Parto Prematuro en el Hospital Materno Infantil San Bartolomé. Tesis doctoral Lima- Perú 1976. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa Académico de Medicina Humana.
- Velásquez Germán David; Valladares Carlos Omar. Resultados Neonatales de Productos Pretérmino. Rev Med post UNAH. Enero-Abril 1998. Vol. 3 N°1. España.
- Ray JG, Burrows RF, Burrows EA, Vermeulen MJ . McMaster outcome study of hypertension in pregnancy. Early Hum Dev. 2001 Sep;64(2):129-43. Ontario, Canadá.
- Samadi AR, Mayberry RM. Hipertensión maternal y nacimientos espontáneos del pretérmino entre mujeres negras. Obstet Gynecol. 1998 Jun;91(6):899-904. Atlanta, Georgia . E.E.U.U.

- Ananth CV, Savitz DA, Luther ER, Bowes WA Jr. Preeclampsia and preterm birth subtypes in Nova Scotia , 1986 to 1992. *Am J Perinatol.* 1997 Jan; 14(1):17-23. Carolina at Chapel Hill, USA.
- Koike T, Minakami H, Izumi A, Watanabe T, Matsubara S, Sato I. Riesgo de la recurrencia del parto pretérmino debido a la preeclampsia. *Gynecol Obstet Invierte.* 2002;53(1):22-7. Tochigi, Japón.
- Gilstrap Lc, Ramin SM. Urinary Tract Infection during Pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2001 Sep;28(3):581-91. E.E.U.U.
- MacLean Ab. Urinary Tract Infection during Pregnancy . *Int J Antimicrob Agents.* 2001 Apr;17(4):273-6; discussion 276-7. Londres.
- Ovalle A, Levancini M. Urinary Tract Infection during Pregnancy. *Curr Opin Urol.* 2001 Jan;11(1):55-9. Santiago, Chile.
- Connolly A, Thorp JM Jr. Urinary Tract Infection during Pregnancy *Urol Clin North Am.* 1999 Nov;26(4):779-87. E.E.U.U.
- Pacora Percy; Huiza Lilia. Bacteriuria Asintomática en una población de Lima: Consecuencias maternas, fetales y neonatales. *Rev. Ginecología y Obstetricia.* Vol. 42 N°3, Diciembre de 1996.
- Bastidas Lazo Lidia. Infección del Tracto Urinario y su repercusión en la gestación . Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé. Lima-Perú 1996. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia. Universidad San Martín de Porres. Facultad de Obstetricia. Lima-Perú 1996.
- Pomajambo Vásquez, Janeth Olinda. Factores de riesgo para la ocurrencia de parto pretérmino y su repercusión en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé. 1996. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia.. 1999. Lima-Perú.
- Quintanilla E. Norma M. El Recién Nacido Prematuro. Antecedentes Prenatales y Perinatales. Morbilidad y Mortalidad. Tesis para optar el título de Bachiller en Medicina. 1987. Perú.
- Porras Torres, Erika. Complicaciones del embarazo con infección del Tracto Urinario de pacientes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Período 1993-1997. Callao. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia. Universidad Particular San Martín de Porres. . 1998. Lima – Perú.
- SP De Wright, Mitchell Ea, Thompson JM, MS De Clements, Ford Rp, Stewart Aw. Risk Factors preterm birth. *N Z Med J.* 1998 Jan 23;111(1058):14-6. Nueva Zelandia.
- Guinn DA, Goldenberg RL, Hauth JC, Andrews WW, Thom E, Romero R. Risk factors for the development of preterm premature rupture of the membranes after arrest of preterm labor. *Am J Obstet Gynecol.* 1995 Oct;173(4):1310-5. USA.
- Bejar R. Curbelo V, Davis C. Gluck L. Premature . labour bacteria sources of phospholipase. *Obstet Gynaecol* 1981;57:479. Argentina.
- Minkoff H, Grunebaum, Derecho De Schwarz, Feldman J, Cummings M, Crombleholme W, Clark L, Pringle G, McCormack WM. Factores de riesgo para la prematuridad y la ruptura prematura de membranas: un estudio anticipado de la flora vaginal en embarazo. *Am J Obstet Gynecol.* 1984 Dec 15;150(8):965-72. EE.UU.

Ekwo EE, Gosselink Ca, Woolson R, Moawad A. Riesgos para la ruptura prematura de membranas. Int J Epidemiol. 1993 Jun;22(3):495-503. Chicago. EE.UU.

De la Biblioteca de Cochrane (revisión). Interventions for the tricomoniasis in the pregnancy. Edición 1 .2004 Reino Unido.

Alfonso, Carrillo, Jaramillo, Sarmiento. Chlamidya Trachomatis, Citomegalovirus y herpes simple I y II en suero y líquido amniótico de pacientes atendidas con amenaza de parto pretérmino. UMMF del Hospital Simón Bolívar. Instituto de Virología . Universidad El Bosque, Santafé de Bogotá.

Martinez Gonzalez, Luis Raúl; Valladares, Hernández, Marta. La Hidroterapia en la Amenaza de Parto Pretérmino. Hospital Docente Ginecoobstétrico “Justo Legón Padilla” de Pinar del Río. Julio a Diciembre de 1997.

De Miguel José Ramón . La gestación a edad temprana condiciona las complicaciones de la madre y del feto. Santiago Rego – Santander. 2000.  
<http://www.diariomedico.com/ginecologia/n240300.html>.

---

# ANEXOS

## FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Caso (...)

Control (...)

Nombre:

N H.C:

Fecha:

Diagnóstico de ingreso:

### I. DATOS GENERALES:

1. Edad:

2. Estado civil:

3. Grado de instrucción:

4. Ocupación:

5. Ingreso familiar:

6. N de personas que viven en casa

7. Paridad

8. Edad gestacional

9. Peso antes del embarazo:

10. N de CPN: >6CPN <6CPN

11. Uso de tabaco:

Si (...)

No (...)

Más de 10 cigarrillos / semana (...)

Menos de 10 cigarrillos / semana (...)

12. Consumo de alcohol:

Si (...)

No (...)

Más de cinco veces / semana (...)

Menos de cinco veces / semana (...)

13. Consumo de pescado:

Si (...)

No (...)

Más de 2 veces / semana (...)

Menos de 2 veces / semana (...)

II. HISTORIA REPRODUCTORA OBSTÉTRICA:

ANTECEDENTES DE EMBARAZOS ANTERIORES:

1. Antecedente de aborto:

Si (...)

No (...)

N de veces:.....

Causas:.....

2. Antecedente de parto pretérmino:

Si (...)

No (...)

N de veces:.....

Causas:.....

ANTECEDENTES DEL EMBARAZO ACTUAL:

Presentó en el embarazo actual:

1. Anemia:

Si (...)

No (...)

---

Leve (...)

Moderada (...)

Severa (...)

Hb:.....

2. Infección urinaria:

Si (...)

No (...)

Diagnóstico por:

Urocultivo (...)

Sedimento urinario (...)

Sólo clínico (...)

Si en diagnóstico es por clínica:

Polaquiuria (...)

disuria (...)

tenesmo vesical (...)

3. Vulvovaginitis:

Si (...)

No (...) Diagnóstico clínico:

Flujo vaginal: amarillo (...)

verde (...)

blanco (...)

transparente (...)

amarillo verdoso (...)

con prurito (...)

sin prurito (...)

con mal olor (...)

sin mal olor (...)

consistencia: lechosa (...)

Líquida con partículas como requesón (...).

4. Preeclampsia:

Preeclampsia leve:

Si (...)

No (...)

Presión arterial:.....

Edema:.....

Proteinuria:.....

Preeclampsia severa: Si (...)

No (...)

Presión arterial:.....

Edema:.....

Proteinuria:.....

5. Eclampsia:

Si (...)

No (...)

Convulsiones: Si (...)

No (...)

6. Embarazo múltiple:

Si (...)

No (...)

Diagnóstico: Ecografía (...)

Clínica (...)

7. Macrosomía:

Si (...)

No (...)

Diagnóstico: Ecografía (...)

Clínica (...)

8. Polihidramnios:

Si (...)

No (...)

Diagnóstico: Ecografía (...)

Clínica (...)

9. Miomas uterinos:

Si (...)

No (...)

Diagnóstico: Ecografía (...)

Clínica (...)

10. alformaciones uterinas:

Si (...)

---

No (...)

Diagnóstico: Ecografía (...)

Clínica (...)

11. Incompetencia istmicocervical:

Si (...)

No (...)

Diagnóstico: Ecografía (...)

Clínica (...)

12. Óbito fetal:

Si (...)

No (...)

Diagnóstico: Ecografía (...)

Clínica (...)

13. Placenta previa:

Si (...)

No (...)

Diagnóstico: Ecografía (...)

Clínica (...)

14. Desprendimiento Prematuro de Placenta:

Si (...)

No (...)

Diagnóstico: Ecografía (...)

Clínica (...)

15. Ruptura Prematura de Membranas:

Si (...)

No (...)

Diagnóstico: Ecografía (...)

Clínica (...)

Tiempo de ruptura:.....

Líquido amniótico: Claro (...) Meconial espeso (...) Purulento (...) Sanguinolento(...)  
Meconial fluido (...).