

**UNIVERSIDAD PARTICULAR DE IQUITOS**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**TITULO**

**FACTORES ASOCIADOS A PREMATURIDAD EN EL  
HOSPITAL APOYO IQUITOS**

**Enero a Diciembre del 2001**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR LA BACHILLER:**

**Bach. CLAUDIA CRISTINA DEL AGUILA OCAMPO**

**ASESOR:**

**Obst. NATALIK ESPINOZA**

**IQUITOS-PERU**

**2002**

**BIBLIOTECA-UPI**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ACTA DE EXAMEN DE SUSTENTACION DE TESIS

En Iquitos a los veintisiete días del Mes de Febrero del 2002, a horas 4:00 p.m., el Jurado Evaluador designado por la Facultad de Ciencias de la Salud (FCS) de la UNIVERSIDAD PARTICULAR DE IQUITOS, integrado por los señores Miembros que ha continuación se indica:

- Dr. RICARDO CHAVEZ CHACALTANA : Presidente
- Dr. JESUS MAGALLANES CASTILLA : Miembro
- Obst. PILAR PINEDO IGLESIAS : Miembro

Se constituyeron en el Local Av. Abelardo Quiñones Km. 2.5. San Juan de la Universidad Particular de Iquitos para Evaluar el EXAMEN DE SUSTENTACION DE TESIS, titulado : "FACTORES ASOCIADOS A PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL APOYO IQUITOS, ENERO A DICIEMBRE DEL 2001", perteneciente a la Bachiller en Obstetricia CLAUDIA CRISFINA DEL AGUILA OCAMPO, para optar el Título Profesional de LICENCIADA EN OBSTETRICIA, que otorga la Universidad Particular de Iquitos de acuerdo a Ley y Reglamento Interno.

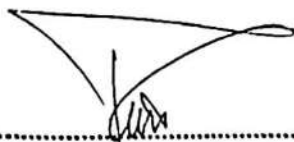
Después de haber evaluado y formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas SATISFATORIAMENTE

El Jurado después de la deliberación correspondiente en privado llegó a la siguiente conclusiones:

1. El examen de Grado fue APROBADO por UNANIMIDAD

2. Observaciones: NINGUNA

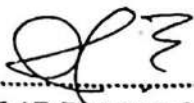
Siendo las 5.05 p.m. se dio por terminado la Evaluación de Grado.



.....  
Dr. RICARDO CHAVEZ CHACALTANA  
Presidente



.....  
Dr. JESUS MAGALLANES CASTILLA  
Miembro



.....  
Obst. PILAR PINEDO IGLESIAS  
Miembro

# INDICE DE CONTENIDO

Indice de contenido	ii
Indice de Cuadros	iii
Dedicatoria	iv
Reconocimiento	v
Resumen	vi

## CAPITULO I

1. Introducción	2
2. Formulación del problema	4
3. Objetivos	5

## CAPITULO II

4. Marco Teórico	7
5. Términos Operacionales	13

## CAPITULO III

6. Tipo de Investigación	17
7. Diseño de Investigación	17
8. Población y Muestra	17
9. Técnicas e Instrumentos	18
10. Recolección de Datos	18
11. Procesamiento y Análisis de datos	19

## CAPITULO IV

12. Resultados	21
13. Discusión	29
14. Conclusiones	31
15. Recomendaciones	33

## CAPITULO V

16. Referencias Bibliográficas	35
17. Anexos	39

## **INDICE DE TABLAS**

Tabla N° 1	Relación entre la Edad de la Madre y Prematuridad	21
Tabla N° 2	Relación entre la Procedencia de la Madre y Prematuridad	22
Tabla N° 3	Relación entre el Nivel de Estudios de la Madre y Prematuridad	22
Tabla N° 4	Relación entre el Estado Civil de la Madre y Prematuridad	23
Tabla N° 5	Relación entre la Paridad de la Madre y Prematuridad	23
Tabla N° 6	Relación entre el Antecedente de Aborto y Prematuridad	24
Tabla N° 7	Relación entre el Antecedente de Parto prematuro y Prematuridad	24
Tabla N° 8	Relación entre el Intervalo Intergenésico y Prematuridad	25
Tabla N° 9	Relación entre el Control Pre Natal y Prematuridad	26
Tabla N° 10	Relación entre Morbilidad durante el parto y Prematuridad	26
Tabla N° 11	Relación entre Morbilidad específica y Prematuridad	27

## **DEDICATORIA**

A Mis Padres

***PATRICIA Y JAIME***

Por el amor que me han dado en toda mi vida

A mis

***Hermanas***

Por el apoyo que me dieron para culminar mi carrera profesional

## RECONOCIMIENTO

- A la Srta. Obstetrix NATALIK ESPINOZA RAMÍREZ por su ayuda en la realización de la presente investigación.
- A los docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Particular de Iquitos que incentivaron en nuestro deseo de superarnos cada día.
- Al personal asistencial del Hospital Regional de Loreto por su apoyo durante mi internado, época que quedará como un grato recuerdo de mi vida.

## RESUMEN

### Introducción

Considerando el impacto que la prematuridad tiene en la morbimortalidad de la infancia, esta debe ser reconocida como un problema de salud pública de primera magnitud, en el cual hay que invertir recursos para prevención primaria y secundaria y en centros capacitados para su tratamiento. Es importante conocer las diversas causas de prematuridad. Su profilaxis depende en gran medida de ello; permitiéndonos actuar sobre aquellas situaciones modificables.

### Objetivos

Identificar los factores asociados a prematuridad en el Hospital Apoyo Iquitos entre Enero a Diciembre del 2001.

### Metodología

Se diseñó un estudio de caso control; donde los casos fueron los prematuros y los controles los recién nacidos a término identificamos en forma retrospectiva la presencia de causas que determinen una relación causa efecto.

Se estudiaron 197 prematuros contra 197 recién nacidos a término, el muestreo para obtener los casos y controles fue el probabilístico aleatorio simple, se procedió ordenar en forma creciente las historias del CLAP en los dos grupos, mediante el Software EPIINFO 6.04 se procedió a obtener los números aleatorios que correspondieron a cada historia del CLAP, el proceso de obtener los números de historias fue independiente en cada grupo.

### Resultados

En el grupo de estudio se encontró relación significativa entre la prematuridad y las madres entre 12 a 19 años ( $p = 0.04$ ), las de procedencia de la zona rural ( $p = 0.04$ ), las madres solteras ( $p = 0.035$ ), las madres con 4 a más partos ( $p = 0.01$ ), las madres con antecedente de abortos ( $p = 0.01$ ), las madres con antecedente de parto prematuro ( $p = 0.000$ ).



No se encontró relación entre la prematuridad y el nivel de estudios ( $p = 0.140$ ), las madres con antecedente de RCIU, con intervalo intergenésico ( $0.088$ ), con el control pre natal ( $0.079$ ).

El 59.2% de las madres con morbilidad durante el embarazo presentaron partos prematuros, mientras que el 57.4% de las madres sin morbilidad durante el embarazo presentaron recién nacidos a término ( $p = 0.001$ ).

Las patologías que se asociaron a la prematuridad fueron la anemia crónica ( $p = 0.093$ ), la infección del tracto urinario ( $p = 0.03$ ), la pre eclampsia ( $p = 0.006$ ), amenaza de parto prematuro ( $p = 0.000$ ) y el embarazo múltiple ( $p = 0.008$ ).

No se encontró relación entre la eclampsia ( $p = 0.377$ ) y la amenaza de aborto ( $p = 0.250$ ) con la prematuridad.

### **Conclusión**

Los factores que se asociaron a prematuridad en el Hospital Apoyo Iquitos fueron madres adolescentes, solteras, procedencia de la zona rural, con 4 a más partos, con antecedente de abortos, antecedente de parto prematuro, y morbilidad durante el embarazo (anemia crónica, infección del tracto urinario, pre eclampsia, amenaza de parto prematuro y embarazo múltiple).

### **Recomendaciones**

Mejorar el sistema de captación, la calidad de atención y la vigilancia epidemiológica de la gestante teniendo en cuenta el enfoque de riesgo.

# ***CAPITULO I***

## **INTRODUCCION**

Uno de los riesgos más importantes de mortalidad infantil está constituido por los recién nacidos de bajo peso y dentro de ellos los pretérminos, y es sin dudas el peso al nacer el determinante más importante de las posibilidades de un recién nacido de tener un crecimiento y desarrollo satisfactorio; es por eso que el índice de bajo peso se considera un indicador general de salud<sup>1</sup>. La prematuridad está entre el 6 y el 10 por ciento de los nacimientos <sup>2</sup>.

Las dos -prematurez y el bajo peso de nacimiento- son las más importantes y determinantes de la mortalidad y morbilidad de los recién nacidos, alrededor de un 30 a un 60% de las muertes neonatales corresponden a niños de menos de 1500 g y entre el 60 y el 80% de todas las admisiones en todas las unidades de terapia intensiva neonatales están condicionadas por problemas derivados de la prematurez <sup>2</sup>.

Se calcula que en el mundo nacen cada año alrededor de 20 millones de niños con peso menor de 2500 g ( 10 a 20% de los recién nacidos vivos), de los cuales un 40 a un 70 % son prematuros <sup>3</sup>.

ANA MEY <sup>4</sup> en su estudio de recién nacidos de bajo peso al nacer en el Hospital Regional de Loreto, encontró una incidencia durante el año 1999 de 10.2%, porcentaje alto en comparación a países desarrollados como Suecia 3.6%; Japón 4.7%; Canadá 6.4% y; Estados Unidos de Norteamérica 7.4% <sup>5,6</sup> en el ámbito de América latina se consideró durante el quinquenio 1990-94 de 9%, elevándose hasta 11% durante el año 1995 <sup>6</sup>.

Un niño nace antes del tiempo normal promedio (entre la semana 37 y 42 de embarazo) por diversos motivos, en general, las causas más frecuentes son: rotura prematura de membranas, embarazo múltiple, trauma, parto iatrogénico, infección vaginal <sup>2</sup>.

Los países en desarrollo, en la medida en que superan los problemas del entorno sanitario y social que condicionan en gran parte la alta mortalidad postneonatal, empiezan a experimentar la importancia creciente de los problemas neonatales, que en los países desarrollados son responsables del 90% de la mortalidad infantil y, dentro de esto, la prematuridad y el bajo peso son los factores de mayor relevancia <sup>1,2</sup>.

La prematuridad es la principal mala condición obstétrica, por su alto aporte a la morbilidad y mortalidad perinatal y por los costos que ella implica. Tratándose de una condición multifactorial su fisiopatología no está aún plenamente dilucidada<sup>1</sup>.

Es de importancia valorar los factores prenatales que puedan influir en la prevalencia de la prematuridad con la finalidad de orientar la terapéutica a la prevención.

## **FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los factores asociados a prematuridad en el Hospital Apoyo Iquitos, entre Enero a Diciembre del 2001?

## **OBJETIVOS**

### ***a) General***

- Determinar los factores asociados a prematuridad en el Hospital Apoyo Iquitos entre Enero a Diciembre del 2001.

### ***b) Específicos***

- Identificar algunas características sociodemográficas de la madre tales como: edad, procedencia, estado civil, grado de instrucción, y su relación con la prematuridad.
- Identificar los antecedentes obstétricos: paridad, intervalo intergenésico, partos prematuros previos, antecedente de aborto, antecedente de recién nacido con bajo peso; y su relación con la prematuridad.
- Determinar la relación entre el control pre natal y prematuridad.
- Determinar la relación entre la morbilidad durante el embarazo; y su relación con la prematuridad.

## ***CAPITULO II***

## **MARCO TEORICO**

### **DEFINICION**

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud, denomina *Pretérmino* a todo recién nacido vivo que nace antes de las 37 semanas contados a partir del primer día de la última menstruación, independientemente del peso. <sup>7</sup>

### **INCIDENCIA.**

Durante 1970-1988, se realizó un estudio descriptivo sobre la incidencia de prematuridad en la maternidad Nuestra Señora de la Altagracia – República Dominicana, durante ese período hubo un total de 12,892 fueron prematuros para una tasa global de 34.8 casos por 1000 nacidos. <sup>8</sup>

Así mismo, otro estudio realizado en Mayo - Agosto 1991, en el hospital Dr. Carl T. George en San Pedro de Macorís – Santo Domingo, se observó que de 925 recién nacidos el 2.7% fueron prematuros <sup>9</sup>

En 1984, durante el período Mayo – Octubre, se realizó un estudio con 240 pacientes embarazadas con 28-37 semanas de edad gestacional de la maternidad del Hospital Juan Pablo Pina, de San Cristóbal – República Dominicana y se llegó a la conclusión que la mayor cantidad de prematuridad se produjo en madres de 20-24 años, con 77 casos (32.1%).<sup>10</sup>

MENA <sup>11</sup>, en su estudio realizado en 1996, en el Hospital Robert Read Cabral de República Dominicana, mostró que de 110 recién nacidos de bajo peso al nacer, el 37.2% eran prematuros.

### **FISIOPATOLOGIA**

Clásicamente los factores causales pueden subdividirse en cuatro categorías específicas: ambientales, maternas, placentarias y fetales.



## a) Factores ambientales

Son determinantes críticos para el crecimiento potencial del feto; dentro de ellos el patrimonio del origen étnico está ligado al estado socioeconómico-cultural y a la localización geográfica (altitud – madres que viven a grandes alturas que determinan una hipoxia crónica) y desde luego malnutrición <sup>12,13</sup>.

Los nacimientos de bebés con bajo peso forman parte de algunas de las características de salud infantil de algunas regiones del país. Las mayores incidencias de niños nacidos entre 1990-1996 con bajo peso al nacer corresponden a la selva y la sierra, donde los porcentajes casi duplican al encontrado en la costa, 7.0% <sup>14</sup>.

## b) Factores Maternos

### Edad de la Madre

Estudios demuestran que las diferencias del peso al nacer se incrementan según la edad de la madre, alto riesgo de bajo peso al nacer para infantes de madres adolescentes y mayores de 35 años y, los menores riesgos para aquellos cuyas madres tienen entre 20 y 34 años <sup>15,16</sup>.

LUGONES <sup>17</sup>, en su estudio concluye que las adolescentes con actividad sexual y el riesgo social fueron los grupos con mayor riesgo en cuanto a la prematuridad y/o bajo peso, y la mortalidad infantil.

RIOS <sup>18</sup>, al analizar los recién nacidos hospitalizados en la Sala de Neonatología N° 2 del Hospital del Niño de Panamá, encuentra que los hijos de adolescentes son significativamente más prematuros y de bajo peso que los de la población mayor de 19 años.

ARIÑO <sup>19</sup>, en su estudio de 301 adolescentes con embarazo de un total de 3.058 partos en el año 1983, en el Hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas – Costa Rica, encontró un 9,63 por ciento de prematuridad.

OCHOA <sup>20</sup> analizó la importancia epidemiológica de la edad materna y prematuridad, en los 3.510 recién nacidos en dos hospitales de Zamora y León durante el año 1993. El 3,13% de las madres eran adolescentes (20 años), y el 11,74% tenían una edad superior a 34 años. Las madres adolescentes tuvieron un porcentaje significativamente superior de niños de bajo peso (2.500 gr.) y de partos prematuros (12,12%) con respecto a otros grupos de edad. También las madres mayores de 34 años presentaron un elevado porcentaje de prematuridad (10,24%), superior a las madres de edad media (6,12%). El porcentaje de cesáreas aumenta progresivamente con la edad materna, y fue significativamente superior entre los prematuros (21,19%).

VILLON <sup>21</sup> realizó un estudio descriptivo retrospectivo de gestantes adolescentes atendidas en el C.S. Acobamba-Huancavelica durante 1998; encontrando una tasa de prematuridad del 12.5%.

TICONA <sup>22</sup>, estudió factores asociados y riesgos de los recién nacidos de madres adolescentes (11-19 años) atendidas en el Hospital "Hipólito Unánue" de Tacna en comparación con recién nacidos de madres adultas (20-34 años). Este estudio se realizó durante los años 1992-1996 siendo atendido un total de 2.550 recién nacidos de madres adolescentes, encontrando que los recién nacidos de madres adolescentes presentan significativamente un mayor riesgo de prematuridad (RRe igual 1,63) que los recién nacidos de madres adultas.

GONZALES <sup>23</sup>, encontró en Cerro de Pasco (4,340 m.s.n.m.) alta tasa de prematuridad en madres mayores de 35 años en comparación con madres menores de 35 años.

SALAZAR <sup>24</sup>, estudio gestantes ańosas (35 ańos o más) atendidas en el Hospital San Juan de Dios del Callao, entre enero de 1990 y diciembre de 1991, encuentra que la segunda causa de mortalidad perinatal se debió a prematuridad (16,6 por ciento).

### *Enfermedades Maternas*

GONZALES DEL RIEGO <sup>25</sup>, estudio a 138 pacientes con enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE) del Hospital Cayetano Heredia de Lima, entre 1982 y 1983; encontró que la prematuridad estuvo ligada a las formas severas de la enfermedad, al igual que los productos de bajo peso con signos de sufrimiento fetal crónico.

ALCANTARA <sup>26</sup>, entre Mayo a Noviembre de 1988 en el Hospital Arzobispo Loayza de Lima, evaluó 300 casos divididos equitativamente en tres grupos: normales, toxémicas leves y severas; antes de las 37 semanas nacieron el 2% y el 20% de los fetos de gestantes con enfermedad leve y grave respectivamente.

RAMIREZ <sup>27</sup>, evaluó la información del Sistema Informático Perinatal del Hospital San Bartolomé de Lima entre 1995 a 1998 encontrando que la prematuridad fue significativamente mayor en el grupo de preeclampsia severa.

OLIVEROS <sup>28</sup>, utilizaron las historias de 32 madres pertenecientes al programa de Diabetes del Hospital E. Rebagliati de Lima, y sus respectivos recién nacidos, la incidencia de prematuridad fue de 51 por ciento.

NAZZAI <sup>29</sup>, evaluó 70 casos de infección del tracto urinario en 60 embarazadas de un Hospital de Chile, encontrando que en el 5,09% de los recién nacidos fueron prematuros.

PADILLA <sup>30</sup>, evaluó a 50 mujeres embarazadas con malaria, que fueron atendidas en el Hospital Regional de Loreto, 27 correspondieron a malaria por

falciparum y 23 a malaria por vivax, se encontró en las gestantes por malaria falciparum un mayor riesgo a óbitos fetales, prematuridad; mientras que SARABIA<sup>43</sup>, encuentra que las gestantes con malaria evaluadas en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor de Quito - Ecuador, entre 1990 – 1995 tuvieron como complicaciones : anemia, hipoglicemia, aborto y prematuridad.

PALACIOS<sup>31</sup>, estudio en Lima, a 29 pacientes con diagnóstico de hipertiroidismo y gestación, las pacientes fueron divididas en dos grupos, hipertiroidismo compensado durante toda o la mayor parte de la gestación (Grupo I, n=11) y con hipertiroidismo no compensado (Grupo II, n=18). Los productos del grupo II, tuvieron un mayor índice de prematuridad (5 de 7) y de bajo peso al nacer ( $p<0.0003$ ).

#### c) Factores Fetales

Se menciona que factores fetales que se relacionan con prematuridad son el sexo del recién nacido, embarazo múltiple, malformaciones congénitas e infecciones fetales (sífilis, rubéola, toxoplasmosis)<sup>32</sup>.

#### Embarazo múltiple

GONZALES DEL RIEGO<sup>33</sup>, estudió entre 1979 a 1995, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, embarazos múltiples encontrando que la prematuridad jugó un rol significativo sobre las tasas de mortalidad fetal igual o mayor al 50 por ciento.

PACHECO<sup>34</sup>, encuentra en su estudio realizado en Lima con 202 recién nacidos prematuros una asociación con periodo internatal más corto, antecedente de aborto, cesárea anterior, la infección urinaria, la gemelaridad y la ruptura de membranas.

#### d) Factores Placentarios

Los factores placentarios relacionados a prematuridad descritos en la literatura son: abrupción placentaria, placenta previa, rotura del seno marginal, hematoma retroplacentario, y anomalías placentarias (placenta circunvalada, membranácea, lobulación de placenta) <sup>35</sup>.

## **TERMINOS OPERACIONALES**

### **Variable Dependiente**

**PREMATURIDAD** Es aquel nacimiento que ocurre antes de las 37 semanas de gestación, es decir, menos de 259 días de embarazo contados a partir del primer día de la última menstruación <sup>1,36,37</sup>.

### **Variabes Independientes**

#### **Factores Maternos:**

**EDAD MATERNA:** Tiempo transcurrido de la madre desde su nacimiento hasta el momento del estudio.

**PROCEDENCIA:** Sitio de donde proviene la madre del prematuro, puede provenir de zona urbana, urbano marginal o rural.

**ESTADO CIVIL:** Estado en la persona con respecto a sus deberes y derechos con niveles sociales, económicos y legales, siendo: soltera, conviviente, casada.

**NIVEL DE INSTRUCCIÓN:** Años de estudios cursados y aprobados. Se operacionaliza como analfabeta, primaria, secundaria y superior.

#### **Antecedentes Obstétricos:**

**PARIDAD:** Número de partos previos (mayor de 20 semanas de gestación) que ha presentado la gestante hasta el momento del estudio.

**INTERVALO INTERGENESICO:** Tiempo transcurrido entre el final de la última gestación y el inicio del actual.

**ANTECEDENTE DE RNBP:** antecedente de haber tenido RN menor de 2500 gramos.

**ABORTO:** Interrupción de la gestación con o sin extracción o expulsión total o parcial del feto antes de cumplir 20 semanas y/o antes de pesar 500 gramos.

**CONTROL PRENATAL:** Evaluación repetida con enfoque de riesgo que efectúa el obstetra a la gestante, se considera gestante controlada aquella que recibe 4 a más controles prenatales, y no controlada aquella con menos de 4 controles prenatales <sup>37</sup>.

**MORBILIDAD MATERNA:** Enfermedad que presenta la madre durante el embarazo.

**ANEMIA:** Gestante que ha presentado valor de hemoglobina por debajo de 10 g/ml. durante la gestación, y reside en la costa o selva <sup>37</sup>.

**ITU:** Gestante que durante el embarazo presenta molestias urinarias bajas o alza térmica con PRU y/o PPL positivos, con urocultivo positivo de más de 100,000 colonias <sup>37</sup>, y/o sedimento de orina con leucocitos en más de 8.

**MALARIA:** Gestante que presenta cuadro febril, escalofríos, cefalea, malestar general, con gota gruesa positiva a plasmodium vivax o falciparum.

**DIABETES MELLITUS:** Gestante que presenta antes o durante su embarazo una glicemia igual o mayor de 200 mg a las 2 horas en el test de tolerancia a la glucosa <sup>37</sup>.

**PREECLAMPSIA:** Gestante que durante el embarazo actual, después de las 20 semanas se haya registrado presión arterial diastólica por encima de 90 mmHg y una proteinuria igual o mayor de 300 mg en orina de 24 horas.

**ECLAMPSIA:** Gestante que durante el embarazo actual, después de las 20 semanas presente cuadro convulsivo o coma, con registros de presión arterial diastólica por encima de 90 mmHg y proteinuria igual o mayor de 300 mg en orina de 24 horas.

**HEMORRAGIA:** Gestante que durante su embarazo actual presenta sangrado vaginal que es dependiente del embarazo, esta se puede clasificar según el tiempo de gestación: primer trimestre (1 a 13 semanas de gestación), segundo trimestre (de las 14 a 27 semanas de gestación) y tercer trimestre (de la 28 a la 42 semanas de gestación).

**DPP:** Desprendimiento total o parcial del lugar de inserción de la placenta antes de iniciar el trabajo de parto.

**AMENAZA DE PARTO PREMATURO:** Inicio de trabajo de parto antes de las 37 semanas de gestación.

**AMENAZA DE ABORTO:** Gestante que antes de las 20 semanas presenta sangrado vaginal, dolor tipo contracción a nivel del útero con posibilidad de expulsión total o parcial del feto antes de cumplir 20 semanas.

**EMBARAZO MULTIPLE:** Gestante con dos o más productos de la concepción.

**RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO (RCIU):** El término RCIU indica una anomalía del feto propiamente dicho que alguna lesión fetal ha interferido sobre el crecimiento fetal normal. Se define así al RN con un peso inferior al percentilo diez (PEG).

**PLACENTA PREVIA:** Inserción viciosa de la placenta en el segmento inferior del útero, determinando hemorragias durante los últimos 3 meses del embarazo y predispone además al parto prematuro.



# ***CAPITULO III***

## **METODOLOGIA**

### **TIPO DE INVESTIGACION**

El tipo de estudio que se utilizó fue el no experimental analítico porque describe relaciones entre las características socioculturales de la madre, los antecedentes obstétricos, las patologías maternas durante el embarazo, el control prenatal con la prematuridad, en las gestantes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos.

### **DISEÑO DE INVESTIGACION**

El diseño fue de caso control; porque primero se identifica el efecto (prematuridad) y luego identificamos en forma retrospectiva la presencia de factores (causas) que determinan una relación causa efecto.

### **POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población de estudio estuvo compuesta por todos los nacimientos ocurridos en el Hospital Apoyo Iquitos entre Enero a Diciembre del 2001.

La muestra estaba constituida por todos los recién nacidos que fueron diagnosticados de prematuros a los que se denominaron los casos; los controles fueron los recién nacidos que tuvieron 37 a más semanas de gestación.

El tamaño muestral se calculo mediante la fórmula :

$$n = \frac{\{ p_1 (100 - p_1) + (p_2 (100 - p_2)) \} f (\text{alfa y beta})}{(p_1 - p_2)^2}$$

n = número de paciente necesario en cada grupo

p<sub>1</sub> = probabilidad de exposición en el grupo control (45%)

p<sub>2</sub> = probabilidad de exposición en los casos calculado con la siguiente fórmula

$$p_2 = p_1 \times RR / \{ (p_1)(RR) + (100-p_1) \}$$

$$p_2 = 62.9\%$$

RR = mínimo 2

f(alfa y beta) = 7.85

Teniendo 130, y al azar 130 controles (recién nacido a término)

La unidad de estudio fueron las Historias Clínicas Perinatales - Base diseñadas por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP-OPS/OMS), del Departamento de Gineco-obstetricia (Red de Información Perinatal) del Hospital Apoyo Iquitos.

El muestreo para obtener los casos y controles fue el probabilístico aleatorio simple, se procedió ordenar en forma creciente las historia del CLAP en dos grupos, el primero compuesto por los recién nacidos prematuros y el segundo por recién nacidos a término; mediante el Software EPIINFO 6.04 se procedió ha obtener los números aleatorios que correspondieron a cada historia del CLAP, el proceso de obtener los números de historias fue independiente en cada grupo.

El único criterio de exclusión fue la no presencia de la historia clínica perinatólogica del CLAP.

## **TECNICAS E INSTRUMENTOS**

Se elaboro una ficha de recolección de datos (Anexo N° 1), en el cual se consigno información sobre las características de la madre (edad, procedencia, estado civil, nivel de instrucción); antecedentes obstétricos (paridad, intervalo intergenésico, antecedente de prematuros o RNBP); y antecedentes del embarazo actual (CPN, morbilidad materna).

## **RECOLECCION DE DATOS**

Se reviso el libro de hospitalización de Neonatología para identificar los a los recién nacidos pretérmino y a término, y se ha ubicado las historias clínicas perinatológicas (CLAP).

La revisión y anotación de la información fue realizada por la investigadora, los datos obtenidos fueron anotados en las ficha de recolección de datos previa verificación de la asesora de la tesis.

## **PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS**

Los datos fueron almacenados y luego procesados en forma automática mediante el Soft Ware EPIINFO v. 6.02.

Los resultados se presentan a través de estadística descriptiva e inferencial:

# ***CAPITULO IV***

## RESULTADOS

### 1. Características sociodemográficas de la madre, y su relación con la prematuridad.

#### a) Edad de la Madre y su relación con prematuridad

El 56.2% (73) de los prematuros y el 66.2% (86) de los a término son de madres de 20 a 34 años (Tabla N° 1).

Al relacionar la edad materna con la prematuridad se encuentra que el 61.0% de las madres entre 12 a 19 años presentaron recién nacidos prematuros, esta relación fue significativa ( $p = 0.04$ ) (Tabla N° 1).

**Tabla N° 1**  
Relación entre la Edad de la Madre y Prematuridad  
Hospital Apoyo Iquitos, 2001

Edad Materna	Prematuros		A término		Total
	N°	%	N°	%	
12 a 19 años	50	38.5%	32	24.6%	82
20 a 34 años	73	56.2%	86	66.2%	159
35 a más	7	5.4%	12	9.2%	19
Total	130	100.0%	130	100.0%	260

$p = 0.041$

#### b) Procedencia de la Madre y su relación con prematuridad

El 63.1% (82) de los prematuros procedían de la zona urbana, en los recién nacidos a término el 74.6% (97) procedían de la zona urbana (Tabla N° 2).

Al relacionar la procedencia de la madre con la prematuridad se encuentra que el 72.7% (16/22) de las madres que procedían de la zona rural y el 54.2% (32/59) de las que proceden de la zona marginal han presentado recién nacidos prematuros, se encontró relación significativa ( $p = 0.04$ ) entre procedencia de la madre y Prematuridad (Tabla N° 2).

**Tabla N° 2**  
Relación entre la Procedencia de la Madre y Prematuridad  
Hospital Apoyo Iquitos, 2001

Procedencia	Prematuros		A término		Total
	N°	%	N°	%	
Urbano	82	63.1%	97	74.6%	179
Marginal	32	24.6%	27	20.8%	59
Rural	16	12.3%	6	4.6%	22
Total	130	100.0%	130	100.0%	260

p = 0.044

c) Nivel de Estudios de la Madre y su relación con prematuridad

El 62.3% (81) de los prematuros y el 66.9% (87) de los recién nacidos a término, tenían madres con nivel secundario (Tabla N° 3).

Al relacionar el nivel de estudios de la madre con la prematuridad se encuentra que el 75.0% (3/4) de las madres sin estudios y el 51.7% (31/60) de las que tienen un nivel primario han presentado recién nacidos prematuros, no se encontró relación entre nivel de estudios de la madre y Prematuridad (p = 0.699) (Tabla N° 3).

**Tabla N° 3**  
Relación entre el Nivel de Estudios de la Madre y Prematuridad  
Hospital Apoyo Iquitos, 2001

Nivel de Estudios	Prematuros		A término		Total
	N°	%	N°	%	
Ninguno	3	2.3%	1	0.8%	4
Primaria	31	23.8%	29	22.3%	60
Secundaria	81	62.3%	87	66.9%	168
Superior	15	11.5%	13	10.0%	28
Total	130	100.0%	130	100.0%	260

p = 0.699

d) Estado Civil y su relación con prematuridad

El 63.1% (82) de los prematuros presentaron madres con estado civil de convivencia; en los recién nacido a término el 71.5% (93) las madres tenían estado civil de convivencia (Tabla N° 4).

Al relacionar el estado civil de la madre con la prematuridad se encuentra que el 76.0% (38/58) de las madres solteras han presentado partos prematuros, y el

46.8% (82/175) de las convivientes presentaron recién nacidos prematuros. Se encontró relación significativa ( $p = 0.04$ ) entre el estado civil de la madre y Prematuridad (Tabla N° 4).

**Tabla N° 4**  
Relación entre el Estado Civil de la Madre y Prematuridad  
Hospital Apoyo Iquitos, 2001

Estado Civil	Prematuros		A termino		Total
	N°	%	N°	%	
Casada	9	6.9%	15	11.5%	24
Conviviente	82	63.1%	93	71.5%	175
Soltera	38	29.2%	20	15.4%	58
No tipificado	1	0.8%	2	1.5%	3
Total	130	100.0%	130	100.0%	260

$p = 0.044$

## 2. Antecedentes Obstétricos y su relación con la prematuridad.

### a) Paridad y su relación con prematuridad

El 52.5% (63) de los prematuros se presentaron en madres primigestas; en los recién nacidos a término el 42.3% (55) se presentaron en madres en segundigestas (Tabla N° 5).

Al relacionar la paridad de la madre con la prematuridad se encuentra que el 57.8% (63/109) de las madres primigesta han presentado partos prematuros. Se encontró relación significativa ( $p = 0.04$ ) entre la paridad de la madre y prematuridad (Tabla N° 5).

**Tabla N° 5**  
Relación entre la Paridad de la Madre y Prematuridad  
Hospital Apoyo Iquitos, 2001

Partos	Prematuros		A termino		Total
	N°	%	N°	%	
0	63	52.5%	46	35.4%	109
1 a 2	41	34.2%	55	42.3%	96
3 a 4	10	8.3%	20	15.4%	30
5 a más	6	5.0%	9	6.9%	15
Total	120	100.0%	130	100.0%	250

$p = 0.041$



b) Antecedente de Aborto y su relación con prematuridad

El 7.0% (4) de las madres que presentaron prematuridad tenían antecedente de aborto, mientras que en las madres con recién nacidos a término en el 19.0% (16) presentaron antecedente de aborto (Tabla N° 6)

El 75.0% (16/20) de las madres con antecedente de abortos presentaron recién nacidos a término. Se encontró relación significativa ( $p = 0.04$ ) entre antecedente de aborto y prematuridad (Tabla N° 6).

**Tabla N° 6**  
Relación entre el Antecedente de Aborto y Prematuridad  
Hospital Apoyo Iquitos, 2001

Aborto	Prematuros		A termino		Total
	N°	%	N°	%	
Presente	4	7.0%	16	19.0%	20
Ausente	53	93.0%	68	81.0%	121
Total	57	100.0%	84	100.0%	141

$p = 0.044$

c) Antecedente de Parto prematuro previo y su relación con prematuridad

El 5.5% (7) de las madres que presentaron prematuridad tenían antecedente de parto prematuro, mientras que en las madres con recién nacidos a término en el 0.8% (1) presentaron antecedente de parto prematuro. El 87.5% (7/8) de las madres con antecedente de parto prematuro presentaron partos prematuros, mientras que el 48.3% (120/248) de las madres sin antecedente de partos prematuros presentaron parto prematuro. Se encontró relación significativa ( $p = 0.002$ ) entre antecedente de parto prematuro y prematuridad (Tabla N° 7).

**Tabla N° 7**  
Relación entre el Antecedente de Parto prematuro y Prematuridad  
Hospital Apoyo Iquitos, 2001

Antecedente de parto prematuro	Prematuros		A término		Total
	N°	%	N°	%	
Si	7	5.5%	1	0.8%	8
No	120	94.5%	128	99.2%	248
Total	127	100.0%	129	100.0%	256

$p = 0.002$

e) Intervalo intergenésico y su relación con prematuridad

El 27.7% (36) de las madres que presentaron prematuridad tenían un intervalo intergenésico entre 12 a 24 meses; mientras que en las madres con recién nacidos a término el 31.5% (41) presentaron un intervalo intergenésico de 61 a más meses (Tabla N° 8).

El 63.2% y el 60.0% de madres con intervalo intergenésico de menos de 12 meses y entre 12 a 24 meses presentaron partos prematuros respectivamente. Se encontró relación significativa ( $p = 0.039$ ) entre intervalo intergenésico y prematuridad (Tabla N° 8).

**Tabla N° 8**  
Relación entre el Intervalo Intergenésico y Prematuridad  
Hospital Apoyo Iquitos, 2001

Período Intergenésico	Prematuros		A término		Total
	N°	%	N°	%	
< 12 meses	12	9.2%	7	5.4%	19
12 a 24 meses	36	27.7%	24	18.5%	60
25 a 36 meses	14	10.8%	25	19.2%	39
37 a 48 meses	18	13.8%	20	15.4%	38
49 a 60 meses	22	16.9%	13	10.0%	35
61 a más meses	28	21.5%	41	31.5%	69
Total	130	100.0%	130	100.0%	260
$p= 0.039$					

f) Control Pre Natal y su relación con prematuridad

El 20% (26) de las madres que presentaron prematuridad y el 30.8% (40) de las madres con recién nacidos a término no tuvieron control pre natal (menos de 4 controles) en el Hospital Apoyo Iquitos (Tabla N° 9)

El 39.4 % (26/40) de las madres sin control pre natal presentaron partos prematuros, mientras que el 52.6% (100/190) de las madres con control pre natal presentaron partos prematuros. No se encontró relación ( $p = 0.06$ ) entre control pre natal y prematuridad (Tabla N° 9).

**Tabla N° 9**  
Relación entre el Control Pre Natal y Prematuridad  
Hospital Apoyo Iquitos, 2001

Control Pre Natal	Prematuros		A termino		Total
	N°	%	N°	%	
No	26	20.6%	40	30.8%	66
Si	100	79.4%	90	69.2%	190
Total	126	100.0%	130	100.0%	254
p = 0.06					

### 3. Morbilidad durante el embarazo y su relación con la prematuridad.

El 15.7% (19) de las madres que presentaron prematuridad y el 7.7% (10) de las madres con recién nacidos a término presentaron morbilidad durante el embarazo (Tabla N° 10).

El 65.5% (19/29) de las madres con morbilidad durante el embarazo presentaron partos prematuros, mientras que el 45.9% (102/222) de las madres sin morbilidad durante el embarazo presentaron recién nacidos prematuros. Se encontró relación significativa ( $p = 0.047$ ) entre morbilidad durante el embarazo y prematuridad (Tabla N° 10).

**Tabla N° 10**  
Relación entre Morbilidad durante el parto y Prematuridad  
Hospital Apoyo Iquitos, 2001

Morbilidad	Prematuros		A termino		Total
	N°	%	N°	%	
Si	19	15.7%	10	7.7%	29
No	102	84.3%	120	92.3%	222
Total	121	100.0%	130	100.0%	251
p = 0.047					

El 72.7% de las madres con malaria presentaron partos prematuros, mientras que el 48.2% de las madres sin anemia crónica presentaron recién nacidos prematuros. No se encontró relación significativa ( $p = 0.110$ ) (Tabla N° 11).

El 59.5% de las madres con anemia presentaron partos prematuros, mientras que el 46.2% de las madres sin anemia presentaron recién nacidos prematuros. No se encontró relación significativa ( $p = 0.054$ ) (Tabla N° 11).

**Tabla N° 11**  
Relación entre Morbilidad específica y Prematuridad  
Hospital Apoyo Iquitos, 2001

Morbilidad	Prematuros		A término		Total	P
	N°	%	N	%		
Malaria	8	72.7%	3	27.3%	11	0.110
No	118	48.2%	127	51.8%	245	
Total	126	-	130	-	256	
Anemia	44	59.5%	30	40.5%	74	0.054
No	86	46.2%	100	53.8%	186	
Total	130	-	130	-	260	
ITU	36	62.1%	22	37.9%	58	0.037
No	94	46.5%	108	53.5%	202	
Total	130	-	130	-	260	
Pre Eclampsia	3	75.0%	1	25.0%	4	0.313
No	127	49.6%	129	50.4%	256	
Total	130	-	130	-	260	
Eclampsia	2	66.7%	1	33.3%	3	0.515
No	118	47.8%	129	52.2%	247	
Total	120	-	130	-	250	
Amenaza de Parto prematuro	8	80.0%	2	20.0%	10	0.03
No	102	45.1%	124	54.9%	226	
Total	110	-	126	-	236	
Amenaza de Aborto	6	60.0%	4	40.0%	10	0.518
No	124	49.6%	126	50.4%	250	
Total	130	-	130	-	260	

El 62.1% de las madres con ITU durante el embarazo presentaron partos prematuros, mientras que el 46.5% de las madres sin ITU durante el embarazo presentaron recién nacidos prematuros. Se encontró relación significativa ( $p = 0.037$ ) entre ITU y prematuridad (Tabla N° 11).

El 75.0% de las madres con pre eclampsia durante el embarazo presentaron partos prematuros, mientras que el 49.6% de las madres sin pre eclampsia durante el embarazo presentaron recién nacidos prematuros. No se encontró relación significativa ( $p = 0.313$ ) entre pre eclampsia y prematuridad (Tabla N° 11).

El 66.7% de las madres con eclampsia durante el embarazo presentaron partos prematuros, mientras que el 47.8% de las madres sin eclampsia durante el embarazo presentaron recién nacidos prematuros. No se encontró relación significativa ( $p = 0.515$ ) entre eclampsia y prematuridad (Tabla N° 11).

El 80.0% de las madres que presentaron amenaza de parto prematuro durante el embarazo presentaron partos prematuros, mientras que el 45.3% de las madres que no presentaron amenaza de parto prematuro durante el embarazo presentaron recién nacidos prematuros. Se encontró relación significativa ( $p = 0.03$ ) entre amenaza de parto prematuro y prematuridad (Tabla N° 11).

El 60.0% de las madres que presentaron amenaza de aborto en el embarazo presentaron partos prematuros, mientras que el 49.6% de las madres que no presentaron amenaza de aborto presentaron recién nacidos prematuros. No se encontró relación significativa ( $p = 0.518$ ) (Tabla N° 11).

## DISCUSION

La relación encontrada en el presente estudio entre la edad materna y prematuridad es semejante a lo encontrado por estudios realizados por Lugones <sup>17</sup> en Cuba, Rios <sup>18</sup> en Panamá, ARIÑO <sup>19</sup> en Costa Rica, y OCHOA <sup>20</sup>; en el Perú los estudios de VILLÓN <sup>21</sup> en Huancavelica, TICONA <sup>22</sup> en Tacna, concluyen en que existe un mayor riesgo de prematuridad en madres adolescentes.

La procedencia de la madre se realaciona con la premauridad ( $p = 0.044$ ), siendo las que provienen de la zona rural (72.7%) dieron a luz producto antes de término, Fainete <sup>38</sup> (Venezuela) encuentran que el 70.45% de prematuros procedían de barrios y de la zona rural, las madres que provienen de zona rural tienen menos condiciones de calidadde vida que las que provienen de la zona urbana.

No se encontro relación significativa entre el grado de instrucción de la madre y la prematuridad ( $p = 0.669$ ), no hemos encontrado estudios de otras partes de América latina que indiquen alguna relación.

Se aprecio que el 76.0% de las solteras presentan más probabilidad de presentar prematuros que las casadas (37.5%) y que las convivientes (46.8%), no contamos con estudios que encuentre similares resultados, pero probablemente el problema sea multifactorial, como que las solteras sean en una mayor proporción adolescentes, o tengan una mayor proporción de primigestas, esta relación entre peridad y prematuridad fue significativa ( $p = 0.04$ ), como lo menciona cuando se determinan factores de riesgo para retardo de crecimiento intrauterino <sup>39</sup>; en nuestro estudio no encontramos una mayor proporción en las multiparas, solo el 40% de las multiparas presentaron prematuridad y el 33.3% en las que tenían entre 3 a 4 partos.

Pacheco <sup>34</sup>, halla una relación entre el antecedente de aborto y prematuridad , similar hallazgo tuvimos en nuestro estudio, donde el 75% de las madres presentaron antecedente de aborto.

Así mismo hay una relación significativa entre antecedente de parto prematuro y prematuridad ( $p = 0.002$ ) lo que indica que es un marcador de riesgo para prematuridad.

El que no se respete un reposo uterino de más de 2 años para engendrar nuevamente, es un factor de riesgo para presentar un recién nacido prematuro; como se observa en nuestro estudio donde más del 60.0% de los recién nacidos con periodo menos de 24 meses

En el presente estudio se evidencia una relación significativa ( $p = 0.047$ ) entre morbilidad durante el parto y prematuridad, encontrando que la infección del tracto urinario ( $p = 0.037$ ) y amenaza parto prematuro ( $p = 0.03$ ); lo cual nos indica cierta relación con estudios realizados en otros lugares.<sup>29,40</sup> , el 72.7% de las madres con malaria presentaron recién nacidos prematuros, la relación en nuestro estudio no fue significativa pero los estudios de Padilla<sup>30</sup> y Saravia<sup>41</sup> muestran dicha relación.



## CONCLUSIONES

1. El 61.0% de las madres entre 12 a 19 años presentaron recién nacidos prematuros ( $p = 0.04$ ).
2. El 72.7% de las madres que proceden de la zona rural presentaron recién nacidos prematuros ( $p = 0.04$ ).
3. El 75.0% de las madres sin estudios presentaron recién nacidos prematuros ( $p = 0.699$ ).
4. El 76.0% de las madres solteras presentaron recién nacidos prematuros ( $p = 0.04$ ).
5. El 57.8% de las madres primigesta presentaron recién nacidos prematuros ( $p = 0.041$ ).
6. El 75.0% de las madres con antecedente de abortos presentaron recién nacidos prematuros ( $p = 0.044$ ).
7. El 87.5% de las madres con antecedente de parto prematuro presentaron recién nacidos ( $p = 0.002$ ).
8. El 63.2% y el 60.0% de madres con intervalo intergenésico entre menos de 12 meses y entre 1 a 12 meses presentaron partos prematuros respectivamente (0.039).
9. El 39.4% de las madres sin control pre natal presentaron partos prematuros, mientras que el 52.6% de las madres con control pre natal presentaron partos prematuros (0.06).
10. El 65.5% de las madres con morbilidad durante el embarazo presentaron partos prematuros ( $p = 0.047$ ).
11. El 72.7% de las madres con malaria presentaron partos prematuros ( $p = 0.110$ ).
12. El 59.5% de las madres con anemia presentaron recién nacidos prematuros ( $p = 0.054$ ).
13. El 62.1% de las madres con ITU durante el embarazo presentaron recién nacidos prematuros ( $p = 0.037$ ).
14. El 75.0% de las madres con pre eclampsia durante el embarazo presentaron recién nacidos prematuros ( $p = 0.313$ ).
15. El 66.7% de las madres con eclampsia durante el embarazo presentaron recién nacidos prematuros ( $p = 0.515$ ).



16. El 80.0% de las madres que presentaron amenaza de parto prematuro presentaron recién nacidos prematuros ( $p = 0.03$ ).
17. El 60.0% de las madres que presentaron amenaza de aborto presentaron recién nacidos prematuros ( $p = 0.518$ ).

## **RECOMENDACIONES**

1. Mejorar la calidad de los registros de las Historias Clínicas Perinatales del Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Apoyo Iquitos.
2. Realizar investigación prospectiva de los factores de riesgo sobre prematuridad y otras complicaciones prevalentes en nuestra región.
3. Fortalecer el componente educativo del Programa de Salud Reproductiva en relación a identificar los factores riesgos de la prematuridad y otras complicaciones prevalentes.

# ***CAPITULO V***

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Arias G., Torres m., Pérez N., Milián M.. Factores prenatales relacionados con la prematuridad. Rev Cubana Pediatr 2001;73(1):11-5
2. Cuando el bebé llega antes de tiempo. [www.buenasalud.com/lib/](http://www.buenasalud.com/lib/)
3. López Suárez, Angely Venecia / López Holguín, Deyaniris Josefina / Calderón Santos, Evelyn del Carmen. Incidencia de prematuridad y factores asociados en el Hospital Dr. Luis Manuel Morillo King. Tesis de grado, Universidad Tecnológica del Cibao (UTECI), La Vega (Rep. Dom.), 1994: 8 –11.
4. Mey A. Factores asociados a recién nacidos de bajo peso en el Hospital Regional de Loreto. 1998 – 1999. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana. UNAP. 2000.
5. Ticona, M. Morbilidad Perinatal del RNBP del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 1982 –1986. Tesis Post. Grado – UPCH, 1988.
6. Urquizo R., El prematuro y el recién nacido de peso bajo al nacer. En Pacheco J. Ginecología y Obstetricia.1999.
7. Behrman, R. E., Vauchan, V. C., Nelson. Tratado de pediatría, 15va Edición, Madrid (España); Editorial Interamericana, Vol. 1, 1997: 541, 544 – 549, 566 – 569, 590 – 599, 607, 617, 620, 628, 635, 648 – 649, 661.
8. Cuevas Rivera, A., Et. Al. Prematuridad y bajo peso al nacer en el Hospital Karl Theodore Geroge, in Revista Científica de la agrupación médica del IDSS, Inc. Santo Domingo; enero – marzo, 1991. No. 1 Vol. 12: 15
9. Pimentel, Tony, et. al. Prematuridad y bajo peso al nacer en el Hospital Karl Theodore Geroge, in Revista Científica de la agrupación médica del IDSS, Inc. Santo Domingo; octubre – diciembre, 1992. No. 4 Vol. 13: 14
10. Sánchez – Romero, A. et. al. Causa e incidencia del parto prematuro en el Hospital Juan Pablo Pina, San Cristóbal. In Revista Médica del Sur (Rep. Dom.), julio – diciembre, 1992, No. 2 Vol. I: 63
11. Mena Castro, Emilio. Incidencia de bajo peso al nacer, un problema omnipresente en la República Dominicana. Archivos dominicanos de pediatría, septiembre – diciembre 1996: 32, 72
12. Vaccaro H: Crecimiento fetal. Rev Chil Obstet Ginecol 1991; 56(5): 3523-358.

13. Donoso E: Retardo del crecimiento intrauterino. Rev Latin Perinatol 1993; 13(4): 151-162
14. INEI. Encuesta demográfica y de Salud Familiar 1996. (ENDES III).
15. Solla JJ, Pereira RA, Medina MG, Pinto LL, Mota E,. El análisis Multifactorial de factores de riesgo para el bajo peso al nacimiento en El Salvador, Bahia. Rev Panam Salud Publica 1997;2(1):1-6
16. Levkoff AH, Westphal M . Los factores de riesgo maternos en los infantes con peso al nacimiento muy bajo. Obstet Gynecol. 1982; 60(5):612-6 .Medline.com
17. Lugones Botell, Miguel; Quintana Riveron, Tania Yamile. Análisis del riesgo preconcepcional en un grupo básico de trabajo. Rev. cuba. med. gen. integr;11(2):112-6, abr.-jun. 1995.
18. Ríos B.; Castillo de Melgar, I.; Castaño, E.; Domínguez, N.. El hijo de la adolescente. Presentado en: Seminario para Médicos Pediatras, 15, Panamá, 4-7 dic. 1989.
19. Ariño Espada, M. Embarazo de la adolescente. Acta méd. costarric;28(2):103-6, mayo 1985
20. Ochoa, C., Marugan, J; Lapeña, S; Carrascal, A; Torres, M; Cueto, E; et. al. Registro perinatal hospitalario en Zamora y León durante el año 1993 (II): Intereses epidemiológico de las variables edad materna y prematuridad. Boletín de Pediatría. 1995;36(157):265-272.
21. Villón, J.; Loyola, E.; Rosas, E.; Vera, G.; Tejada, R.. Embarazo en adolescentes. Estudio en Acobamba-Huancavelica. 1998. Ginecol. & obstet;45(2):116-9, abr. 1999.
22. Ticona Rendon, M.; Huanco Apaza, D.. Riesgo en el recién nacido de madre adolescente en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Diagnóstico (Perú);39(1):35-40, ene.-feb. 2000
23. Gonzales Rengifo, G.; Ramírez Saldaña, T.; Cajahuaman F., S. Estudios en recién nacidos de gestantes añosas de Cerro de Pasco (4,340m.) Diagnóstico (Perú);19(5):146-9, mayo 1987.
24. Salazar, M.; Pacheco, J.; Scaglia, L.; Lama, J.; Munaylla, R..La edad materna avanzada como factor de riesgo de morbimortalidad materna y perinatal. Ginecol. & obstet;45(2):124-30, abr. 1999.

25. González del Riego, Manuel; Zapata, Jorge; Perl Hert, M. Proyección perinatal de la toxemia en la población atendida en el Hospital Cayetano Heredia. *Rev. latinoam. perinatol*;6(1):6-13, 1986
26. Alcántara Ascón, René; Casiano Collazos, Sigilberto. Morbimortalidad Perinatal en la Pre-eclampsia. *Diagnóstico (Perú)*;25(3/4):51-4, mar.-abr. 1990.
27. Rámirez Cabrera J.. Complicaciones maternas y mortalidad perinatal en preclampsia - Hospital San Bartolome. Lima. Tesis presentada en Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina para obtención del grado de Especialista en Ginecología y Obstetricia. 1999.
28. Oliveros Donohue, M.; Nuñez Chávez, O.; Chirinos Rivera, J.. El recién nacido hijo de madre diabética. *Diagnóstico (Peru)*;38(2):56-62, mar.-abr. 1999
29. Nazzal N., Omar; Díaz Q., Luís; Rubio M., Ramón. Infección urinaria y embarazo. *Rev. chil. obstet. ginecol*;52(4):235-42, 1987
30. Padilla, A.; Tiburcio, H.; Apolinario, M.. Gestación y malaria. *Ginecol. & obstet*;43(3):239-43, dic. 1997
31. Palacios Porras, H.; Solís Villanueva, J..Hipertiroidismo en gestación Clínica, morbo-mortalidad naterna, fetal y perinatal. *Rev. med. hered*;6(3):107-14, sept. 1995.
32. Reynoso Hernández V. Fantasía Toribio J., Alberto Plasencia W., Estrella Hernández M..Incidencia de morbimortalidad neonatal en el Area de Neonatología en el Hospital Regional Dr. Luis Manuel Morillo King de la vega, República Dominicana, desde el 1ro de julio al 15 de diciembre, 1997". Tesis doctoral. Univ. Tecnológica del Cibao. Rep.Dominicana.1998.
33. Gonzales Del Riego Burga, M.; Salvador Pichilingue, J..Embarazo múltiple. Estudio en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Ginecol. & obstet*;43(3):222-30, dic. 1997
34. Pacheco, José; Bacigalupo, Margarita; Oliveros, Miguel Características clínicas materno fetales en la prematuridad y el retardo de crecimiento. Lima-Perú. *Ginecol. & obstet*;30(2):43-9, 1986
35. Reynoso Hernández V. Fantasía Toribio J., Alberto Plasencia W., Estrella Hernández M..Incidencia de morbimortalidad neonatal en el Area de Neonatología en el Hospital Regional Dr. Luis Manuel Morillo King de la vega, República Dominicana, desde el 1ro de julio al 15 de diciembre, 1997". Tesis doctoral. Univ. Tecnológica del Cibao. Rep.Dominicana.1998.

36. Guía del Sistema de Información para Consulta Externa. Programa de Salud Materno Perinatal. Dirección de Salud de Loreto. MINSA. 2000.
37. Programa de Perinatología. IPSS. Gerencia Central de Servicios de Salud. Lima. 1998.
38. Fainete, P.; Alvarez, N.; Repilloza, M.. Factores epidemiológicos del parto prematuro. Rev. obstet. ginecol. Venezuela;55(2):71-6, 1995
39. Retardo de Crecimiento Intrauterino. URL: escuela.med.puc.cl.
40. Rey Adán, A.; Rodríguez Fernández, J.; Morgado Pazos, J.; Seijo Pérez, R.. Infección urinaria y embarazo. Rev. cuba. obstet. ginecol;16(2):226-36, abr.-jun. 1990.
41. Sarabia, E; Ching, S; Unamuno, M; Ramos, A. Paludismo y embarazo. Medicina (Quito);2(3):129-32, 1996

# **ANEXOS**



## ANEXO N° 1

### FACTORES ASOCIADOS A PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL APOYO IQUITOS

Historia N°

RN: 1. Pre término 2. A término

#### Factores Maternos

Edad:

Procedencia: 1. Urbano 2. Marginal 3. Rural

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

Nivel de Instrucción: 1. Ninguno 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior

#### Antecedentes Obstétricos:

Número de gestaciones previas:

Intervalo intergenésico (en meses):

Tuvo prematuro: SI NO

Antecedente de RN menor de 2500 gr SI NO

Hubo aborto previo SI NO

#### Embarazo Actual:

Número de controles: Controlada: 1. SI 2. NO

Enfermedad Materna durante el embarazo: SI NO

Morbilidad: