

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
FACULTAD DE MEDICINA**



**“TASA DE PARTO PRETÉRMINO Y PRINCIPALES  
CARACTERÍSTICAS MATERNAS ASOCIADAS A LA  
PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE  
CAJAMARCA, PERIODO 2014-2016 “**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE:  
MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR LA BACHILLER:  
ROCÍO DEL PILAR ALCÁNTARA QUISPE**

**CAJAMARCA – PERÚ**

**2017**



## **DEDICATORIA**

**El presente trabajo de investigación lo dedico, de manera especial, a mis padres;** quienes con todo su amor me han conducido por la senda de la vida y quienes con su paciencia me han permitido hallar el gozo al hacer lo que amo y amar lo que haga.

## **AGRADECIMIENTO**

**Agradezco a Dios**, por su infinita misericordia, al concederme la vida y con ella todo; el conocimiento, la amistad, el amor y mucho más... mediante las experiencias vividas.

También le agradezco por su presencia en cada una de ellas; sosteniéndome, cuidándome, guiándome, animándome y fortaleciéndome.

**Agradezco a mi asesor, el Dr. Óscar Villar Gamboa**, quien se ha mostrado dispuesto en cada momento en el que requerí de su apoyo y orientación; haciendo posible, de esta manera, el desarrollo de mi trabajo de investigación.

## INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	7
1.1 Definición y delimitación del problema:	7
1.2 Formulación del problema.	8
1.3 Justificación:	8
1.4 Objetivos de la Investigación.	9
1.4.1 Objetivo general:	9
1.4.2 Objetivos específicos:	9
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	10
2.1 Antecedentes del problema:	10
2.2 Bases teóricas:	15
2.3 Definición de términos básicos.	21
CAPÍTULO III: FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN DE VARIABLES	22
3.1 Hipótesis:	22
3.2 Definición de variables:	22
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	26
4.1 Tipo de estudio:	26
4.2 Población y muestra	26
4.2.1 Población:	26
4.2.1.1 Criterios de inclusión:	26
4.2.1.2 Criterios de exclusión	26
4.2.2 Muestra	27
4.3 Técnicas para la recolección, procesamiento y análisis de la información.	27
CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS:	29
5.1. RESULTADOS:	29
5.1.1 TASA PRETÉRMINO EN EL HRDC, PERIODO 2014 – 2016	29
5.1.2 CARACTERÍSTICAS MATERNAS DE LOS PARTOS PRETÉRMINO ATENDIDOS EN EL HRDC, PERIODO 2014 – 2016	30
5.2. DISCUSIÓN:	47
5.2.1 TASA DE PARTO PRETÉRMINO	47
5.2.2 CARACTERÍSTICAS MATERNAS DE LOS PARTOS PRETÉRMINO ATENDIDOS EN EL HRDC, PERIODO 2014 – 2016	48
CONCLUSIONES:	56
SUGERENCIAS	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS	63
ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	64

## RESUMEN

Prevenir el parto pretérmino aporta una serie de beneficios a la humanidad, no sólo en el ámbito de la salud, sino también el social y económico; un niño que nace en su tiempo con todas sus capacidades intelectuales y físicas conservadas está apto para ocupar uno de los lugares que la sociedad lo requiera para beneficio de sus conciudadanos. **Objetivo:** Determinar la tasa de parto prematuro y las características maternas asociadas a la prematuridad en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, periodo 2014-2016. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se consideraron todos los partos atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo 2014 – 2016, a partir de los registros del libro de atención de partos del servicio de Gineco-obstetricia y del libro de atención inmediata del recién nacido del servicio de Neonatología. Para la selección de los datos se consideraron: registro inteligible, registro presente en la base de datos del sistema GALENOS del HRDC y el contar con Historia clínica completa. Como medida de Estadística descriptiva se consideró la frecuencia relativa. **Resultados:** La tasa de parto pretérmino del trienio 2014-2016 fue de 13.48%; las características maternas halladas fueron: tener una edad adecuada para la gestación, haber nacido en la provincia y distrito de Cajamarca; permanecer en un estado de convivencia con su pareja; haber cursado solo estudios primarios; ocuparse de los quehaceres del hogar; haber tenido solo una pareja sexual; tener antecedente de aborto; ser multigesta; haber tenido un inadecuado control prenatal; haber mantenido relaciones sexuales durante su gestación y haber tenido un periodo intergenésico prolongado **Conclusiones:** La tasa de parto pretérmino del Hospital Regional Docente de Cajamarca se ha ido incrementando, fue de 10.48% en el 2014; 13.96% en el 2015 y 16.04% en el 2016; las principales características fueron: tener una relación de convivencia con su pareja, no haber completado estudios académicos, ser ama de casa, haber tenido una sola pareja sexual y haber mantenido relaciones sexuales durante el embarazo.

## ABSTRACT

Preventing preterm birth brings a number of benefits to mankind, not only in health but also social and economic; a child born in his time with all his intellectual and physical capacities preserved is fit to occupy one of the places that society requires for the benefit of his fellow citizens. **Objective:** To determine the rate of preterm birth and the maternal characteristics associated with prematurity in the Regional Teaching Hospital of Cajamarca, period 2014-2016. **Material and methods:** Observational, descriptive, retrospective study. All deliveries attended at the Regional Teaching Hospital of Cajamarca during the period 2014 - 2016 were considered from the records of the birth attendance book of the Gineco-obstetrics service and the book of immediate care of the neonate of the Neonatology service . For the selection of the data, we considered: recordable, record present in the database of the GALENOS system of HRDC and have a complete medical history. As a measure of descriptive statistics the relative frequency was considered. **Results:** The preterm birth rate for the triennium 2014-2016 was 13.48%; the maternal characteristics found were: to have an adequate age for gestation, to have been born in the province and district of Cajamarca; stay in a state of coexistence with your partner; have completed only primary studies; take care of household chores; having had only one sexual partner; having a history of abortion; be multigested; having had inadequate prenatal care; having had sexual intercourse during their gestation and having had an extended intergenetic period **Conclusions:** The preterm delivery rate of the Regional Teaching Hospital of Cajamarca has been increasing, was of 10.48% in 2014; 13.96% in 2015 and 16.04% in 2016; the main characteristics were: having a relationship with their partner, not having completed academic studies, being a housewife, having a single sexual partner and having had sex during pregnancy.

## INTRODUCCIÓN

Ante el panorama de salud adverso que afrontamos a nivel mundial, se han planteado diversas estrategias de solución. La OMS mediante en su informe BOORN TOO SOON, ha emitido un llamado a quienes gustosamente desean participar en la disminución de la mortalidad materna e infantil. Al considerar que la prematuridad es la principal causa de muerte infantil se pusieron en marcha diversas investigaciones que concluyeron en que mediante el cuidado que se le brinde a la mujer, no solo durante el periodo gestacional sino en una etapa previa a esta, es posible prevenir esto.

Prevenir el parto prematuro aporta una serie de beneficios a la humanidad, no solo en el ámbito de salud, sino también en el social y económico; pues un niño que nace en su tiempo es un niño con todas sus capacidades intelectuales y físicas conservadas y útiles para invertir las en los diferentes ámbitos que la sociedad lo requiera.

Para prevenir el parto pretérmino es necesario partir de una base sólida del conocimiento de la realidad, por lo cual es imprescindible la investigación. En el presente estudio pretendemos mostrar dicha realidad respecto a la Región de Cajamarca a partir del estudio de la tasa de parto pretérmino y las principales características asociadas a la prematuridad de las mujeres cuyo parto fue atendido en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo 2014-2016.

## CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

### 1.1 Definición y delimitación del problema:

Actualmente, afrontamos un panorama desfavorable de salud, siendo los más afectados las mujeres y los niños; por lo que desde inicios de siglo se han formulado diferentes estrategias para mitigar la enfermedad y la muerte. En el año 2000, en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, se consideraron ocho Objetivos de Desarrollo (ODM) dentro de los cuales se incluyeron: reducir la mortalidad infantil (4ODM) y mejorar la salud materna (5ODM)<sup>1,2,5</sup>.

Al evaluar la mortalidad infantil a nivel mundial se tuvo que al menos el 40% se produce en la etapa neonatal y que la principal causa es la prematuridad<sup>1,2</sup>.

Las complicaciones del parto prematuro son la principal causa directa de muerte neonatal y a la vez, la segunda causa más común de defunciones de menores de 5 años después de la neumonía<sup>1</sup>.

El parto prematuro también es una causa importante de pérdida a largo plazo del potencial humano pues afecta el funcionamiento del neurodesarrollo e incrementa el riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles como la hipertensión y la diabetes. Por otro lado, los costos económicos del parto prematuro son grandes en términos de los cuidados intensivos neonatales inmediatos y los cuidados permanentes a largo plazo<sup>1,2,5,6,7,9,10</sup>.

*La OMS, a través de BOORN TOO SOON, ha reconocido que abordar el parto prematuro es esencial; pues, a diferencia de muchos otros problemas de salud, se trata realmente de un problema mundial que afecta a países de bajos, medianos y altos ingresos. Así, la tasa global de natalidad pretérmino estimada en el 2010 fue del 11.1% con un rango de variación de 5% en varios países del norte de Europa a un 18,1% en Malawi<sup>1</sup>. India, China, Nigeria, Pakistán, Indonesia, Estados Unidos, Bangladesh, Filipinas, República Democrática del Congo y Brasil son los 10 países con mayor número de nacimientos prematuros estimados, representando en conjunto el 60% de todos los nacimientos prematuros de todo el mundo.*



En la región Cajamarca, se cuenta con escasa información referente a este tema que oriente a tomar medidas pertinentes, esto constituye un problema pues de dilatarse las acciones se verán comprometidas vidas maternas y neonatales.

Por lo tanto: ¿Cuál es la real tasa de parto pretérmino en nuestra región?, ¿Constituye realmente la prematuridad un problema de salud pública en nuestra región?, de ser así ¿Cuáles son las características maternas más asociadas al parto prematuro?

## **1.2 Formulación del problema.**

¿Cuál es la tasa de partos pretérmino y cuáles son las características maternas asociadas a la prematuridad en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el periodo 2014-2016?

## **1.3 Justificación:**

A nivel mundial, la prematuridad es un problema y prioridad de salud pública; se nos informa que se percibe un incremento en la tasa de parto prematuro y que además se vienen realizando una serie de estudios para formar paquetes de atención orientadas a su prevención, y muchos de ellos han sido efectivos<sup>1,2,5,7</sup>. En la región Cajamarca, se conoce poco y de forma imprecisa el efecto de la prematuridad en la salud pública, así como de cuáles son los factores más asociados a ella; por lo que las entidades encargadas de velar por la salud materno perinatal aún no la consideran como prioridad; y es más, no han formulado políticas y programas destinados, sobre todo a su prevención.

Estas son las razones que motivan la realización del presente trabajo, pues los resultados conllevarán a tener una noción más certera de la situación de la prematuridad en nuestra región; se reduciría la mortalidad neonatal, la discapacidad relacionada, las tasas de hipertensión arterial y diabetes mellitus; y disminuiría el gasto en salud, beneficiando así a mujeres, niños, familias, y se aportaría al logro específico de los 4° y 5° Objetivos de Desarrollo del Milenio.

## **1.4 Objetivos de la Investigación.**

### **1.4.1 Objetivo general:**

- Determinar la tasa de parto prematuro y las características maternas asociadas a la prematuridad en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, periodo 2014-2016.

### **1.4.2 Objetivos específicos:**

- Evaluar el progreso de la tasa de partos prematuros en el HRDC durante el periodo 2014-2016
- Determinar las cinco principales características maternas asociadas a la prematuridad en el HRDC durante el periodo 2014-2016

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes del problema:

#### 2.1.1 A nivel mundial:

**Kahsay Gebreslasie. (Gondar, Ethiopia- 2016)** Este estudio de tipo transversal, mostró que el 4,4% de las 540 madres participantes tuvieron un parto prematuro. Se encontró que las covariables de la hipertensión inducida por el embarazo (AOR 5,36 (IC del 95% 1,8, 15,96)) y ser VIH positivas (AOR 3,4 (IC 95% 1,25, 9,2)) se asociaron significativamente con el parto prematuro<sup>9</sup>.

**Zulvayanti Zulhamdi Hidayat, et al. Indonesia, 2015:** Este estudio analítico transversal tuvo como resultados que: antecedentes de parto prematuro ( $p < 0,001$ , OR = 2,337), anemia ( $p < 0,001$ , OR = 0,001, OR = 1,307), hipertensión ( $p < 0,001$ , OR = 3,969) y hemorragia anteparto ( $p < 0,001$ , OR = 6,917) tuvieron resultados significativos ( $p < 0,05$ )<sup>10</sup>.

**Silvia Retureta Milán et al. Cuba, 2007-2012:** estudio analítico del tipo casos y controles, los factores más relacionados con el parto prematuro, fueron los antecedentes de parto prematuro y de aborto de embarazos anteriores, el peso materno bajo a la captación, la talla inferior a 150cm, las ganancias de peso baja o alta durante el embarazo, hábito fumar en la embarazada, infecciones vaginales y urinarias, el embarazo múltiple y las afecciones del útero<sup>12</sup>.

**Susana Rodríguez, René Ramos. Ricardo Hernández. México, 2013** Estudio de casos y controles; los factores de riesgo para nacimiento prematuro en el grupo de casos fueron: edad materna mayor de 35 años (14.6%), placenta previa (9.3%) e infecciones urinarias (46%). Se señaló además que la asociación de factores como la ruptura prematura de membranas y procesos infecciosos fue más significativa con cervicovaginitis (76%)<sup>13</sup>.

**Viviana Genes. Paraguay, 2013:** estudio de casos y controles; los resultados fueron que la presencia de cuello uterino acortado durante el segundo trimestre (OR 9,93 IC95% 2,17-62,98), la preeclampsia durante el embarazo actual (OR 4,15 IC95% 1,75-10,21), el embarazo múltiple (OR 15,14 IC95% 2,06-312,19) y el antecedente de parto prematuro previo (OR 3,43 IC95% 1,02-12,76) tuvieron asociación estadísticamente significativa con la presencia de parto pretérmino<sup>14</sup>.

**Dunia Díaz. Cuba, 2011-2012.** Estudio de tipo casos y controles; los factores que presentaron asociación estadística significativa con el parto prematuro fueron: los antecedentes de abortos en embarazos anteriores, el bajo peso materno, la ganancia insuficiente de peso durante el embarazo, la anemia durante la gestación, las infecciones vaginales y urinarias <sup>15.10</sup>

### **2.1.2 A nivel nacional:**

**Margarita Ahumada, German Alvarado. Lima, 2016:** estudio caso-control retrospectivo en 600 con 298 gestantes en el grupo de los casos y en los controles 302. Los factores de riesgo relacionados con el parto pretérmino fueron el embarazo gemelar actual (OR ajustado= 2,4; p= 0,02), control prenatal insuficiente (< 6 controles) (OR ajustado= 3,2; p <0,001), control prenatal nulo (OR ajustado= 3,0; p <0,001), antecedente de parto pretérmino (OR ajustado= 3,7; p <0,001) y preeclampsia (OR ajustado=1,9; p= 0,005)<sup>11</sup>

**Mari Cruz. Lima 2015:** Estudio caso-control en 20 casos con parto pretérmino y 20 controles con parto a término. Los factores de riesgo maternos pregestacionales significativos para nuestra serie fueron: nivel socio-económico bajo (OR=5.57 e IC95%=1.420-21.860), antecedentes de parto pretérmino (OR=35.29 e IC95%=3.868-321.932) y antecedentes maternos de infección urinaria pregestacional. Los factores de riesgo maternos gestacionales significativos para nuestra serie fueron: control prenatal inadecuado (OR=9.00 e IC95%=1.638-49.446) e infección urinaria (OR=4.64 e IC95%=1.023-21.004)<sup>29</sup>.

**Guadalupe-Huamán, Oshiro-Canashiro. Lima, 2015:** Estudio de tipo observacional, analítico, retrospectivo, casos y controles. La muestra fue de 400 gestantes atendidas en el Hospital María Auxiliadora durante el 2015 de los cuales se divide en casos a las gestantes con parto pretérmino y controles a las gestantes sin parto pretérmino. Los factores de riesgo para presentar parto pretérmino son la edad de las gestantes de 14-19 y 35-50 años (edades extremas), la rotura prematura de membrana, el número de paridad, el control prenatal inadecuado, la preeclampsia, el estado civil de soltero y la infección del tracto urinario<sup>32</sup>.

**Hitler Saavedra. Yurimaguas 2014:** Estudio analítico de caso control, la población estuvo constituida por 98 madres con recién nacido prematuro nacidos en el Hospital II – 1 de Yurimaguas - Loreto, obteniendo una muestra de 55 casos y 110 controles que cumplen los criterios de inclusión y exclusión. Las madres con recién nacidos prematuros presentan entre 20 a 34 años (74.5%), proceden de la zona urbano marginal (43.6%) y urbana (40.0%), son convivientes (76.4%) y de nivel de instrucción de secundaria (78.2%); el 7.3% tienen antecedente de prematuridad, el 49.1% son primíparas y el 61.8% tienen menos de 6 controles prenatales<sup>27</sup>.

**Karol Sánchez. Trujillo 2012-2014:** Estudio retrospectivo de casos y controles. El grupo de casos 244 gestantes con parto pretérmino y 732 con parto a término. La frecuencia de parto pretérmino 11.54%. El control prenatal inadecuado, infección del tracto urinario, preeclampsia, ruptura prematura de membranas, periodo intergenésico corto y antecedente de parto pretérmino son factores de riesgo asociados a parto pretérmino<sup>28</sup>.

**Fernando Carpia. Lambayeque 2013.** Estudio retrospectivo, transversal, de casos y controles. Se formaron dos grupos: grupo casos (35 partos pre término) y grupo control (35 partos a término). El antecedente de parto pretérmino, el inadecuado control prenatal, el desprendimiento prematuro de placenta, la vaginosis bacteriana y la infección de vías urinarias son factores de riesgo asociados al desarrollo de parto pretérmino<sup>30</sup>.

**Raúl Taboada. Iquitos 2013.** Estudio de Casos y controles. Se tuvo una población de 3222 partos, con 585 partos pretérmino a partir de la cual se analizó una muestra de 75 casos y 75 controles. Los factores maternos/sociodemográficos relacionados al parto pretérmino con mayor frecuencia fueron: la edad materna entre los 19 a 35 años con el 49.3% (37), procedencia urbana marginal con 45.3% (34), estado civil conviviente con el 72.0% (54), nivel de instrucción secundaria con 49.3% (37). Sin hábito nocivo con 81.3%, Multigesta 58.7% (44), multípara con 37.5%, (33), sin antecedente de parto pretérmino con 60.0% (45), sin antecedente de aborto con 60.0% (45), el IMC normal con 65.3% (49), CPN adecuado con 53.3% (40)<sup>33</sup>,

**Christian Sánchez. Lima 2012:** Estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo, se revisaron 108 historias clínicas en el periodo de estudio. Hay mayor frecuencia de parto prematuro en gestantes entre 19 a 24 años de edad (35%) seguida de adolescentes (20%) y con edad gestacional entre 32 a 36 semanas (72%). Con control prenatal inadecuado (52%) y sin CPN (16%). Nivel socioeconómico bajo (51%) y periodo intergenésico < 2 años (45%) y primigestas también fueron causas de parto prematuro. Las pacientes con estado civil conviviente el 73% de los casos y las solteras el 22%. La anemia (32%), ruptura prematura de membranas (22%) y la infección urinaria (19%) son las enfermedades intercurrentes más comunes. En los antecedentes obstétricos encontrados ocupan el aborto previo (29%) y parto pretérmino previo (9%)<sup>31</sup>.

### **2.1.2 A nivel local:**

**Rony Arcángel. Cajamarca, 2012:** estudio observacional retrospectivo analítico de casos y controles con una muestra de 40 pacientes; se halló dentro de los factores de riesgo a edad materna menos de 20 años (OR: 3.40); el antecedente de parto pretérmino (OR: 6.93); antecedente de aborto (OR:3.78); el antecedente de bajo peso al nacer (OR: 6.0); el inicio de vida sexual antes de los 15 años (OR:4.06); controles prenatales inadecuado (OR:17.0); la ganancia inadecuada de peso (OR:5.41); la presencia de placenta previa en el embarazo (OR:9.75); 11 la presencia de infección de vías urinarias en el embarazo (OR: 6.26); el consumo de café (OR:2.85); y el consumo de tabaco (OR:5.29)<sup>17</sup>.

**Walter Gonzales. Cajamarca, 2010 – 2011.** Estudio observacional retrospectivo analítico de casos y controles, con una muestra de 40 con partos pretérmino y 40 sin parto pretérmino. Se obtuvo que una gestante menor de 17 años de edad tiene un riesgo de 2,42 veces más de desarrollar parto prematuro; si tiene residencia en la zona rural, el riesgo es de 3,45 veces más; con talla baja, un riesgo de 2,15 veces más; si es primigesta, un riesgo de 2,63 veces más; si no tiene un adecuado control prenatal un riesgo de 2,08 veces más; con baja ganancia de peso durante el embarazo un riesgo de 3,59 veces más; con preeclampsia – eclampsia un riesgo de 4,10 veces más; con RCIU, un riesgo de 4,41 veces más y con infección urinaria durante el embarazo un riesgo de 2,25 veces más<sup>18</sup>.

**Rosa Pérez Quiroz. Cajamarca, 2008:** Estudio descriptivo retrospectivo, con muestra de 163 pacientes; se obtuvo que la frecuencia de parto pretérmino fue de 6.0% (IC 95%:4.5%-6.1%). Los factores de riesgo detectados fueron: edad materna entre 18 a 35 años con 78.5% (IC 95%:71.4%-84.6%), grado de instrucción primaria con 44.8% (IC 95%: 37.00%-52.8%), estado civil conviviente con 71.2%(IC 95%:63.60-78.00%) y procedencia rural con 50.3%(IC95%:42.40%-58.20%). Dentro de las complicaciones de la gestación se hallaron: RPM con un 25.2% (IC 95%: 18.70%-32.50%), preeclampsia con 24.5%(IC 95%: 18.10%-31.90%). Dentro de los antecedentes obstétricos: la edad gestacional más frecuente se presentó entre las 33 y 36 semanas con 74.2% (IC 95%:66.80%-80.80%); con controles prenatales de 5 a más con 42.3% (IC 95%: 28.8%- 44.10%), con una mayor población en primigestas 49.7% (IC 95%:41.8%-57.6%), y con antecedentes de aborto en un 8% (IC 95%:4.3%-13.30%)<sup>19. 12</sup>

**Walter Cabellos. Cajamarca, 2006:** estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Con una población de 314 neonatos y una muestra de 60; se halló que la incidencia de recién nacidos pretérminos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca para el año 2006 fue 10.2%. La prematuridad se presentó con mayor frecuencia en madres de 17 y 35 años, con escolaridad baja, mala condición económica, amas de casa y de procedencia urbana, con menos de tres controles prenatales, con paridad menor o igual a 3, y en madres primigestas; hipertensión gestacional, infección urinaria, rotura prematura de membranas, embarazo múltiple y patologías de la placenta<sup>20</sup>.

## 2.2 Bases teóricas:

### EL PARTO PREMATURO

**Definición:** El parto prematuro se define como todos los nacimientos comprendidos entre las 22 y 37 semanas completas de gestación o menos de 259 días desde el primer día de la última menstruación de la mujer <sup>1,2</sup>.

#### **Clasificación:**

En función de la edad gestacional, se puede subdividir en:

- Prematuros extremos (<28 semanas)
- Muy pretérmino (28 - <32 semanas)
- Prematuros moderados (32 - <37 semana)

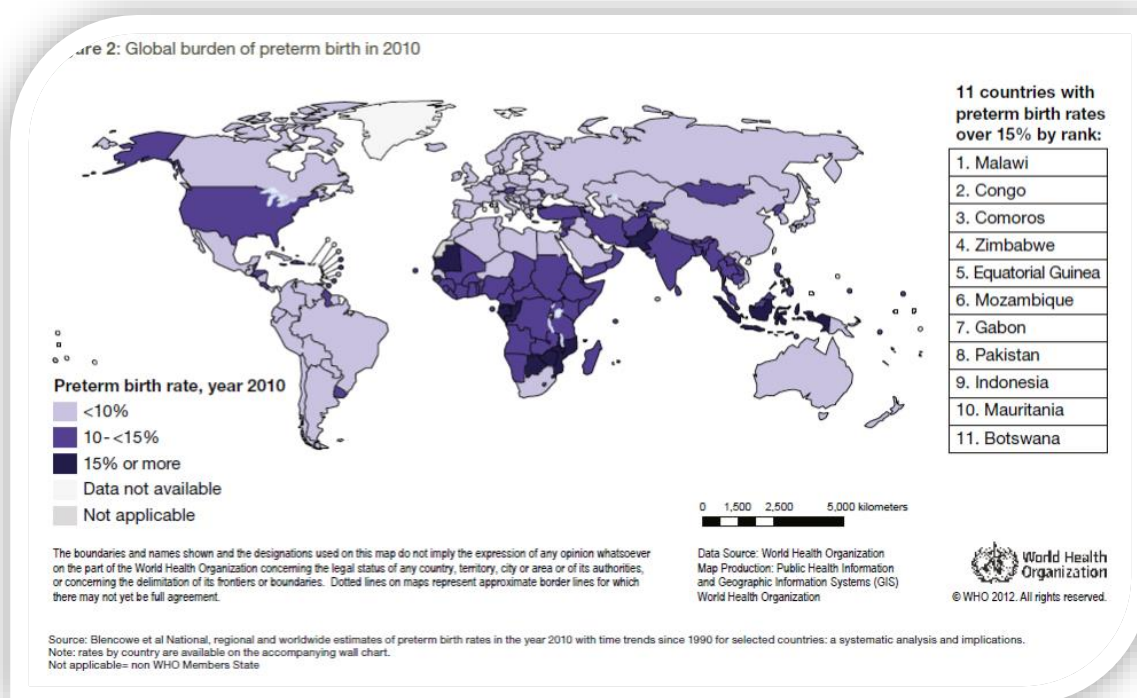
El parto prematuro moderado puede dividirse más para enfocarse en el parto prematuro tardío (34 - <37 semanas completas)<sup>1</sup>.

**Epidemiología:** Las nuevas estimaciones de la OMS de las tasas globales de partos prematuros indican que de los 135 millones de nacidos vivos en todo el mundo en 2010, alrededor de 15 millones de bebés nacieron demasiado pronto, lo que representa una tasa de nacimientos prematuros del 11,1%. Más del 60% de los nacimientos prematuros ocurrieron en África subsahariana y Asia meridional, donde se estima que 9,1 millones de nacimientos (12,8%) anuales son prematuros<sup>1</sup>.

Las tasas estimadas varían de unos cinco en varios países del norte de Europa a un 18,1% en Malawi. Como se muestra en la figura 1, la tasa estimada de nacimientos prematuros es inferior al 10% en 88 países, mientras que 11 países tienen tasas estimadas de 15% o más. India, China, Nigeria, Pakistán, Indonesia, Estados Unidos, Bangladesh, Filipinas, República Democrática del Congo y Brasil son los 10 países con mayor número de nacimientos prematuros estimados. Estos 10 países representan el 60% de todos los nacimientos prematuros en todo el mundo.<sup>1, 14</sup>



**Figura 1.** Estimaciones de los nacimientos prematuros en 2010. Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. OMS. 2012



Fuente: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. OMS. 2012

El costo económico anual de la sociedad en 2005 (productividad médica, educativa y perdida combinada) asociado con el parto prematuro en los Estados Unidos fue de al menos \$ 26.2 mil millones. Durante ese mismo año, los gastos médicos medios de primer año, tanto para pacientes hospitalizados como para pacientes ambulatorios, fueron 10 veces mayores para los prematuros (32.325 dólares) que para los de término (3.325 dólares). La duración media de la estancia fue nueve veces más larga para un recién nacido prematuro (13 días), en comparación con un bebé nacido a término (1,5 días). Mientras que los planes de salud pagaban la mayoría de los costos totales permitidos, los gastos de bolsillo eran sustanciales y significativamente más altos para los recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer, en comparación con los recién nacidos con partos no complicados <sup>1,2</sup>.

### **Etiología y factores de riesgo asociados:**

El parto prematuro es un síndrome con una variedad de causas que pueden clasificarse en dos subtipos amplios: <sup>15</sup>

**a. Parto prematuro espontáneo** (inicio espontáneo del trabajo de parto o posterior a la ruptura prematura de membranas)

**b. Inducción del parto o el parto por cesárea electiva antes de las 37 semanas completas de gestación por indicaciones maternas o fetales u otras razones no médicas**

El parto prematuro espontáneo es un proceso multifactorial, resultante de la interacción de factores que hacen que el útero cambie de la quiescencia a las contracciones activas y al nacimiento antes de las 37 semanas completas de gestación<sup>1, 2, 7</sup>.

Los precursores del parto pretérmino espontáneo varían según la edad gestacional, y los factores sociales y ambientales, pero la causa del parto prematuro espontáneo sigue sin identificarse en hasta la mitad de todos los casos <sup>1, 3, 4</sup>.

La historia materna de parto prematuro es un factor de riesgo fuerte y probablemente impulsada por la interacción de factores de riesgo genético, epigenéticos y ambientales <sup>1, 3</sup>.

Muchos factores maternos se han asociado con un mayor riesgo de parto pretérmino espontáneo, incluyendo la edad materna joven o avanzada, intervalos entre embarazos breves y bajo índice de masa corporal <sup>1, 2, 4, 6</sup>

Otro factor de riesgo importante es la distensión uterina con el embarazo múltiple. Los embarazos múltiples (gemelos, trillizos, etc.) llevan casi 10 veces el riesgo de parto prematuro en comparación con los nacimientos únicos. Los embarazos múltiples de origen natural varían entre los grupos étnicos con tasas de 1 en 40 en África Occidental a 1 en 200 en Japón, pero un gran contribuyente a la incidencia de embarazos múltiples ha sido el aumento de la edad materna y la disponibilidad creciente de la concepción asistida en niños países de altos ingresos. Esto ha llevado a un gran aumento en el número de nacimientos de gemelos y trillizos en muchos de estos países. Por ejemplo, Inglaterra y Gales, Francia y Estados Unidos

registraron incrementos de 50 a 60% en la tasa de gemelaridad entre mediados de los años setenta y 1998, y algunos países (por ejemplo, República de Corea) reportaron incrementos aún mayores. Las políticas más recientes, que limitan el número de embriones transferidos durante la fecundación in vitro, pueden haber comenzado a revertir esta tendencia en algunos países, mientras que otros continúan reportando el aumento de las tasas de natalidad múltiple <sup>3, 4, 5</sup>.

La infección juega un papel importante en el parto prematuro. Las infecciones de las vías urinarias, la malaria, la vaginosis bacteriana, el VIH y la sífilis, están asociadas con un mayor riesgo de muerte prematura <sup>1, 3, 4, 7, 8, 13</sup>.

Además, recientemente se ha demostrado que otras afecciones están asociadas con infección, por ejemplo, "insuficiencia cervical" resultante de infección intrauterina ascendente e inflamación con acortamiento cervical prematuro secundario<sup>1, 2, 7</sup>.

Algunos factores del estilo de vida que contribuyen al nacimiento prematuro espontáneo incluyen estrés y trabajo físico excesivo o largos períodos de tiempo de permanencia <sup>1, 4, 5, 8, 10, 12, 14, 17</sup>

Fumar y el consumo excesivo de alcohol, así como la enfermedad periodontal también se han asociado con un mayor riesgo de parto prematuro <sup>1, 2, 4, 6, 9</sup>.

El parto prematuro es más común en los varones, con alrededor del 55% de todos los nacimientos prematuros que ocurren en los hombres, y se asocia con un mayor riesgo de morir en comparación con las niñas nacidas en una gestación similar<sup>4, 6, 11, 13</sup>.

El papel de la etnicidad en el parto prematuro se ha debatido ampliamente, pero se han presentado pruebas que apoyan una variación de la duración gestacional normal con el grupo étnico en muchos estudios basados en la población desde los años setenta. Si bien esta variación se ha relacionado con factores socioeconómicos y estilo de vida en algunos estudios, estudios recientes sugieren un papel de la genética. Por ejemplo, los bebés de ascendencia africana negra tienden a nacer más temprano que los bebés caucásicos. Sin embargo, para una determinada edad gestacional, los bebés de ascendencia africana negra tienen menor dificultad respiratoria, menor mortalidad neonatal y tienen menos probabilidades de requerir cuidados especiales que los bebés caucásicos <sup>1, 2, 4, 7, 11, 15</sup>.

Los bebés con anomalías congénitas tienen más probabilidades de nacer prematuros, pero con frecuencia se excluyen de los estudios que informan tasas de nacimientos prematuros <sup>1, 5, 6, 7, 8</sup>.

Pocos datos a nivel nacional sobre la prevalencia de los factores de riesgo de parto prematuro están disponibles para modelar las tasas de nacimientos prematuros. El número y las causas del parto prematuro indicado medicamente son más variables<sup>18</sup>.

A nivel mundial, los países de mayor carga tienen niveles muy bajos debidos a la menor cobertura de controles prenatales del embarazo las bajas tasas de nacimientos por cesárea (menos del 5% en la mayoría de los países africanos). Sin embargo, en un estudio reciente en los Estados Unidos, más de la mitad de todos los nacimientos pretérmino indicados medicamente a las 34 a 36 semanas de gestación se llevaron a cabo en ausencia de una indicación médica fuerte <sup>1,5</sup>.

El nacimiento prematuro no deseado también puede ocurrir con la entrega electiva de un bebé que se cree que es término debido a errores en la evaluación de la edad gestacional<sup>1</sup>.

Las condiciones clínicas subyacentes al nacimiento pretérmino medicamente indicado se pueden dividir en materna y fetal, de las cuales la preeclampsia grave, el desprendimiento placentario, la ruptura uterina, la colestasis, la angustia fetal y la restricción del crecimiento fetal con pruebas anormales son algunas de las causas directas más importantes reconocidas <sup>1,3,5,6,7</sup>.

La epidemia mundial de obesidad y diabetes, por lo tanto, es probable que se convierta en un contribuyente cada vez más importante al nacimiento global prematuro. En una región del Reino Unido, el 17% de todos los bebés nacidos de madres diabéticas eran prematuros, más del doble de la población general <sup>1,5,7,8</sup>.

Tanto los factores maternos como los fetales se observan más frecuentemente en los embarazos que ocurren después de los tratamientos de fertilidad asistida, lo que aumenta el riesgo tanto de nacimientos prematuros espontáneos como de los indicados medicamente <sup>1,2,3,4,19</sup>

Diferenciar las causas del parto prematuro es particularmente importante en los países donde el parto por cesárea es común. Casi el 40% de los nacimientos prematuros en Francia y los Estados Unidos fueron indicados por el médico en 2000, comparado con poco más del 20% en Escocia y los Países Bajos <sup>1,2,3</sup>.

Los niveles de nacimientos prematuros indicados por el médico están aumentando en todos estos países, en parte debido a políticas más agresivas de cesárea para el crecimiento fetal deficiente. En los Estados Unidos, se informa que este aumento es al menos en parte responsable del aumento general de la tasa de nacimientos prematuros de 1990 a 2007 y del descenso de la mortalidad perinatal <sup>1, 6,7</sup>.

Los partos prematuros indicados medicamente representarán una proporción relativamente menor de todos los partos prematuros en estos países donde el acceso a las herramientas de diagnóstico es limitado. Estos embarazos, si no se entregan de manera electiva, seguirán su historia natural, y con frecuencia pueden terminar en parto prematuro espontáneo (Vivos o muertos) <sup>3, 7, 9</sup>.

En un estudio de 7 480 gestaciones con neonatos pretérmino registrados en el Hospital de San Bartolomé, en Lima – Perú, se identificaron cinco categorías de factores de riesgo asociados al peso bajo al nacer y prematuridad: Económico, social, emocional, biológico y/o genético, y materno-fetal <sup>2, 5, 20</sup>

### **Complicaciones del parto prematuro:**

Las complicaciones tras un nacimiento prematuro según el tiempo de presentación se agrupan en: complicaciones inmediatas, a corto plazo y largo plazo; y van desde formas leves, como la hiperbilirrubinemia, hasta enfermedades graves como enfermedad de membrana hialina, Hemorragia intracraneal, sepsis, enterocolitis necrotizante, y discapacidad asociada a secuelas neurológicas <sup>1,3,6,7,9</sup>.

El 50% de las anormalidades neurológicas de la infancia son atribuibles a prematurez, dentro de las que se encuentran: retraso mental, parálisis cerebral y déficit sensorial condiciones que generan discapacidad tanto educacional como ocupacional limitando así la posibilidad de completar estudios universitarios y propiciando la retribución con salarios más bajos <sup>3,5</sup>.

Las complicaciones de los partos prematuros también se pueden expresar en términos económicos: los costos inmediatos se estimaron en una cifra superior a 18000 millones de dólares en el 2003, que representó la mitad de todos los costos hospitalarios por atención a los recién nacidos en Estados Unidos<sup>1,7,8,13</sup>.

Las consecuencias económicas del parto prematuro que rebasan el periodo neonatal y se extienden hasta la lactancia, la adolescencia y la edad adulta no se han calculado pero deben ser enormes si se tienen en cuenta los efectos de las enfermedades del adulto asociadas a prematuridad, como la hipertensión y la diabetes<sup>2,3</sup>.

### **Gestación múltiple:**

Es un tipo especial de embarazo; se halla incluida entre las condiciones de alto riesgo obstétrico. Además, se ha informado que el 44,2% concluyen en parto prematuro, siendo así más frecuente y precoz que en una gestación única; en cuanto a su etiología, se reporta que la causa más frecuente es el comienzo espontáneo del parto, luego preeclampsia e hipertensión materna, restricción fetal, desprendimiento placentario y complicaciones de placenta monocoriónica; y que los factores como sobredistensión uterina, corioamnionitis subclínica, rotura de membranas y vaginosis bacteriana, no han demostrado asociación. Estos aspectos, su frecuencia y etiología, también se evaluaron en el presente estudio<sup>2,7</sup>.

### **Definición de términos básicos.**

**Parto pretérmino:** Nacimiento de un producto con edad gestacional comprendido entre las 22 y <37 semanas de gestación por inicio de la labor de parto con dinámica uterina, cambios morfológicos y dilatación del cuello uterino que no cede al manejo médico con hidratación y uso de tocolíticos<sup>1,2,7</sup>.

**Característica asociada:** cualidad que tiene una enfermedad, la cual se presenta de forma frecuente y puede o no guardar relación causal u otorgar un grado mayor de posibilidad para su desarrollo<sup>15</sup>.

**Tasa de parto pretérmino:** total de nacidos vivos antes de las 37 semanas cumplidas (parto múltiple o no) sobre total de nacidos vivos, por 100%<sup>1</sup>.

## CAPÍTULO III: FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN DE VARIABLES

### 3.1 Hipótesis:

La tasa de prematuridad en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo 2014-2016 es menor al 10% y existen características maternas asociadas.

### 3.2 Definición de variables:

**Tabla 1:** Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Escala
<b>Edad materna</b>	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta el momento de estudio.	Años cumplidos de la madre, que se registró en la Historia Clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temprana para la gestación: &lt;20 años</li> <li>• Adecuada para la gestación: 20-34 años</li> <li>• Avanzada para la gestación: 35-44 años</li> <li>• Muy avanzada para la gestación: &gt;45 años</li> </ul>	Razón
<b>Lugar de residencia actual</b>	Lugar en que la persona ha vivido de forma ininterrumpida, o donde existe la intención de vivir durante al menos los últimos 12 meses.	Lugar de residencia registrado en la Historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provincia</li> <li>• Distrito</li> </ul>	Nominal
<b>Estado civil</b>	Condición de una persona	Se consideró el estado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltera</li> <li>• Conviviente</li> </ul>	Nominal

	según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	civil según se registró en la Historia Clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Casada</li> </ul>	
<b>Grado de instrucción</b>	Es el grado más elevado de estudios realizados por una persona.	Se consideró el grado alcanzado según se registró en la Historia Clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No instruida</li> <li>• Primaria incompleta</li> <li>• Primaria completa</li> <li>• Secundaria incompleta</li> <li>• Secundaria completa</li> <li>• Superior incompleta</li> <li>• Superior completa</li> </ul>	Nominal
<b>Ocupación</b>	Actividad o trabajo al que se dedica una persona.	Se consideró la ocupación según el registro de la Historia Clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ama de casa</li> <li>• Profesional</li> <li>• No profesional</li> <li>• Estudiante</li> </ul>	Nominal
<b>Talla</b>	Estatura	Se consideró como parámetro a evaluar, la talla baja (menos de 1.46m)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;1.46</li> <li>• &gt;1.46</li> </ul>	Razón
<b>Número de parejas sexuales</b>	Cantidad de parejas con la que ha mantenido relaciones coitales.	Se consideró lo registrado en la Historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1</li> <li>• 2</li> <li>• &gt;3</li> </ul>	Razón



<b>Antecedente obstétricos de riesgo para parto pretérmino</b>	Historia de haber presentado un evento que favorece el desarrollo de un parto pretérmino	Se consideraron los principales antecedentes: parto pretérmino y aborto previos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal
<b>Número de gestaciones</b>	Cantidad de embarazos que ha presentado una mujer.	Se consideró según lo registrado en la Historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1</li> <li>• 2-5</li> <li>• &gt;6</li> </ul>	Ordinal
<b>Control prenatal</b>	conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido	Se consideró la cantidad de controles prenatales registrados en la Historia Clínica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nulo (0)</li> <li>• Deficiente (&lt;6)</li> <li>• Adecuado (6 ó más)</li> </ul>	Razón
<b>Actividad sexual durante el embarazo</b>	Mantener relaciones sexuales durante	Se consideró según lo registrado en	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal

	el periodo gestacional	la Historia clínica		
<b>Hábitos nocivos durante la gestación</b>	Mantener conductas hábitos que perjudican el bienestar materno y fetal	Se consideró según lo registrado en la Historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcohol, tabaco, drogas</li> <li>• Café</li> <li>• Ninguno</li> </ul>	Nominal
<b>Periodo intergenésico</b>	Periodo de tiempo que inicia con el nacimiento de un hijo hasta el embarazo siguiente	Se consideró según lo registrado en la Historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corto (&lt;2 años)</li> <li>• Normal (2-5 años)</li> <li>• Prolongado (&gt;5 años)</li> </ul>	Razón

## **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA**

### **4.1 Tipo de estudio:**

Observacional, descriptivo, retrospectivo

### **4.2 Población y muestra**

#### **4.2.1 Población:**

Se consideraron todos los partos atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo 2014 – 2016; que dio un total de 1 605: 835 por vía vaginal y 770 por cesárea.

##### **4.2.1.1 Criterios de inclusión:**

- Partos que se produjeron entre las 22 y 37 semanas de gestación, tanto por vía vaginal como por cesárea.
- Historias clínicas que incluyan datos de filiación, antecedentes ginecológicos, gestacionales, morbilidades asociadas, hábitos nocivos, tipo de parto, motivo de cesárea y otros.
- Nacido vivo

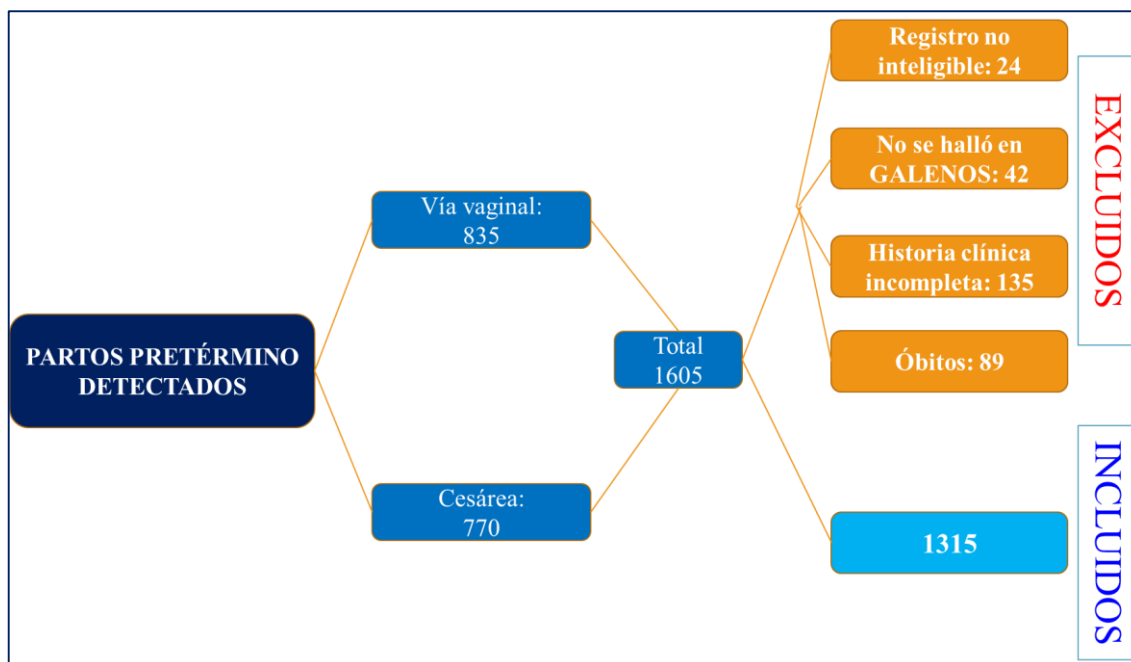
##### **4.2.1.2 Criterios de exclusión**

- Registros no inteligibles del libro de atención de partos del servicio de Gineco-obstetricia y del libro de atención inmediata del recién nacido del servicio de Neonatología.
- Ausencia del nombre de la gestante en la base de datos del sistema GALENOS del HRDC
- Historia clínica incompleta.
- Óbito

Al realizar la depuración de los datos, considerando los criterios de inclusión y exclusión, se tuvo que:

Se excluyeron 24, porque su registro no fue inteligibles; 42, porque no se hallaron en el sistema GALENOS del HRDC; 135 porque no contaron con Historia clínica completa; y, 89 óbitos. Quedando incluido un total de 1315 casos.

**Fluxograma:** Proceso de selección de datos. \*Excluidos, \* Incluidos



Fuente: Sistema GALENOS e Historias clínicas de la Oficina de Estadística e informática del HRDC.

Por lo tanto, de los 1 605 partos detectados fueron excluidos 290 (18.06%), quedando incluidos en el presente estudio un total de 1 315 partos pretérmino.

#### 4.2.2 Muestra

El presente estudio se desarrolló considerando la totalidad de la población de los partos atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo 2014 – 2016.

#### 4.3 Técnicas para la recolección, procesamiento y análisis de la información.

- Para la recolección de datos se utilizó el registro de partos del servicio de Gineco – obstetricia y el registro de nacidos vivos del servicio de Neonatología del HRDC del periodo 2014 - 2016. Como instrumento de recolección se utilizó la ficha que se muestra en el **Anexo 1**.

- Para el procesamiento, se elaboró una base de datos en el programa Excel 2013, utilizando las múltiples funciones matemáticas y estadísticas.
- Para calcular la tasa de parto pretérmino se utilizó la siguiente fórmula.

$$\text{TASA PRETÉRMINO} = \frac{\text{Total de nacidos vivos antes de las 37 semanas}}{\text{Total de nacidos vivos}} \times 100\%$$

Fuente: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. OMS. 2012

- Para analizar de forma precisa las características maternas de los partos pretérmino atendidos en el HRDC, en el periodo 2014 – 2016, se formó dos grupos: parto pretérmino de gestación única y parto pretérmino de gestación múltiple. Dentro de ambos se formaron subgrupos basados en la etiología de parto pretérmino: Parto pretérmino de inicio espontáneo, parto pretérmino por RPM y parto pretérmino por indicación médica<sup>2</sup>.

De cada subgrupo evaluamos las características maternas: datos de filiación, examen físico, antecedentes ginecológicos, antecedentes obstétricos y datos gestacionales, según se detalla en el siguiente esquema.

**Esquema 2.** Características maternas evaluadas en las gestantes atendidas por parto pretérmino en el HRDC, periodo 2014-2016

<p><b><u>Datos de filiación:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Lugar de residencia actual</li> <li>• Estado civil</li> <li>• Grado de instrucción</li> <li>• Ocupación</li> </ul>	<p><b><u>Antecedentes ginecológicos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de parejas sexuales</li> </ul>
<p><b><u>Examen físico:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Talla</li> </ul>	<p><b><u>Antecedentes obstétricos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes de riesgo: parto pretérmino y aborto</li> </ul>
<p><b><u>Datos gestacionales:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de gestación</li> <li>• Controles prenatales</li> <li>• Relaciones sexuales durante el embarazo</li> <li>• Hábitos nocivos durante gestación.</li> <li>• Periodo intergenésico</li> </ul>	

- Se utilizó la frecuencia relativa como medidas de estadística descriptiva.

## CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS:

### 5.1 RESULTADOS:

#### 5.1.1 TASA PRETÉRMINO EN EL HRDC, PERIODO 2014 – 2016

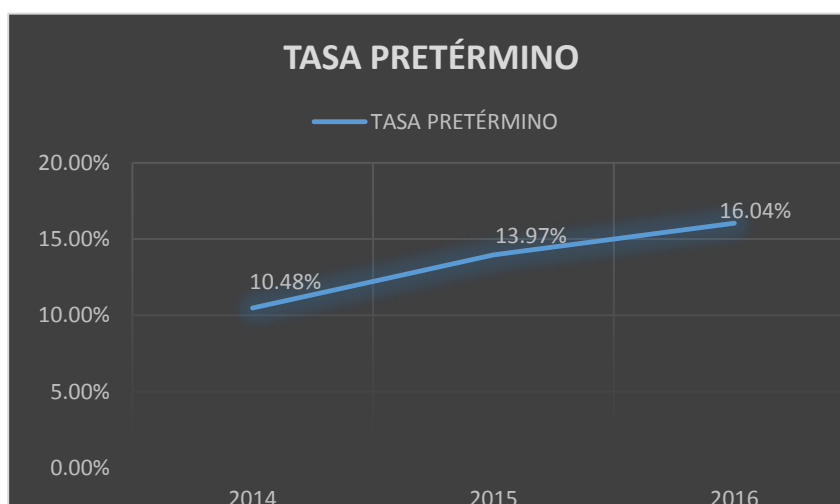
Según el reporte de partos del servicio de Gineco – obstetricia y el registro de nacidos vivos del servicio de Neonatología del HRDC del periodo 2014 -2016, se obtuvo:

**Tabla 1** Nacidos vivos pretérmino, Total de nacidos vivos y Tasa de parto pretérmino en el HRDC, 2014-2016.

Año	2014		2015		2016	
	Valor absoluto	Tasa Pp.	Valor absoluto	Tasa Pp.	Valor absoluto	Tasa Pp.
Nacidos vivos	3 529	10.48%	3 429	13.97%	3 466	16.04%
Nacidos vivos - pretérmino	370		479		556	

Fuente: Informe estadístico anual de los servicios de Ginecoobstetricia y Neonatología del HRDC.

**Gráfico 1** Tasa de parto pretérmino en el HRDC durante el periodo 2014-2016, por año.

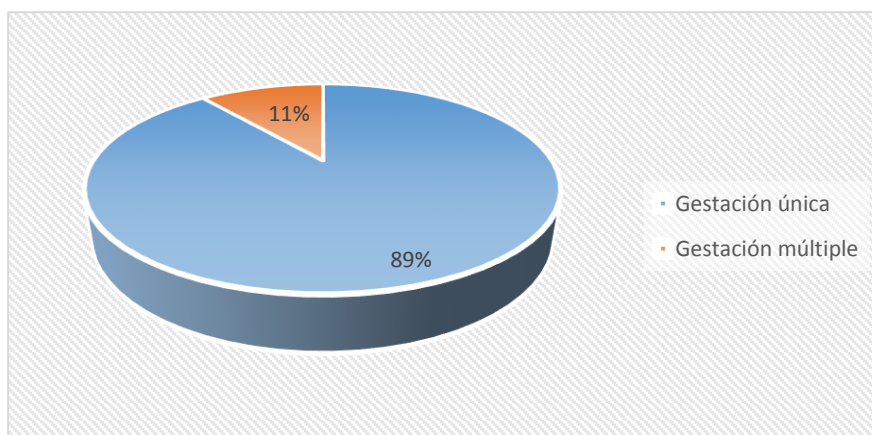


Fuente: Informe estadístico anual de los servicios de Ginecoobstetricia y Neonatología del HRDC.

La tasa de parto pretérmino del trienio 2014-2016 fue de 13.48%. Y, de manera específica: en el año 2014 fue de 10.48%; en el año 2015, de 13.97% y; en el año 2016, de 16.04%.

## 5.1.2 CARACTERÍSTICAS MATERNAS DE LOS PARTOS PRETÉRMINO ATENDIDOS EN EL HRDC, PERIODO 2014 – 2016

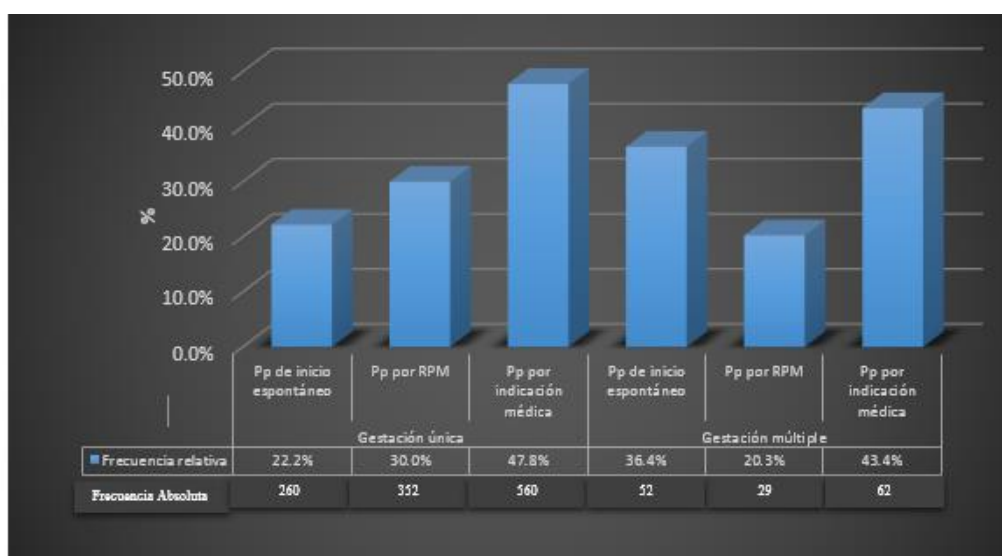
**Gráfico 2:** Parto pretérmino en el HRDC, 2014-2016; según el tipo de gestación.



Fuente: Historias clínicas de la Oficina de Estadística e informática del HRDC

De las 1315 historias clínicas revisadas, el 89% (1172) correspondió a mujeres que tuvieron parto pretérmino producto de gestación única y el 11% (143), producto de gestación múltiple. Según la etiología del parto pretérmino, en el grupo de gestación única se obtuvo que el parto pretérmino de inicio espontáneo representó el 22.2% (260); el parto pretérmino producido tras RPM, el 30.0% (352) y; el parto pretérmino indicado médicamente, el 47.8% (560). En el grupo de gestación múltiple, el parto pretérmino de inicio espontáneo correspondió al 36.4% (52); el que se produjo tras RPM, al 20.3% (29) y; el parto pretérmino indicado médicamente, al 43.4% (62).

**Gráfico 3:** Parto pretérmino en el HRDC, 2014-2016; según el tipo de gestación.



Fuente: Historias clínicas de la Oficina de Estadística e informática del HRDC

Según la etiología del parto pretérmino, en el grupo de gestación única se obtuvo que el parto pretérmino de inicio espontáneo representó el 22.2% (260); el parto pretérmino producido tras RPM, el 30.0% (352) y; el parto pretérmino indicado médicamente, el 47.8% (560). En el grupo de gestación múltiple, el parto pretérmino de inicio espontáneo correspondió al 36.4% (52); el que se produjo tras RPM, al 20.3% (29) y; el parto pretérmino indicado médicamente, al 43.4% (62).

**Tabla 2.** Edad de las gestantes atendidas por parto pretérmino en el HRDC, periodo 2014-2016.  
Gestación única

		Pp. de Inicio espontáneo		Pp. por RPM		Pp. por Indicación médica	
		Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa
Edad	<20 años	79	30.5%	81	23.0%	75	13.4%
	20-34 años	149	57.5%	211	59.9%	340	60.7%
	35 -44 años	31	12.0%	57	16.2%	141	25.2%
	>45 años	0	0.0%	32	0.9%	4	0.7%
TOTAL		260	100%	352	100%	560	100%

Fuente: Historias clínicas de la Oficina de Estadística e informática del HRDC

Las mujeres que tuvieron menos de 20 años correspondieron al 30.5% de las mujeres cuyo parto pretérmino inició de forma espontánea; al 23.0% de las que presentaron RPM y; al 13.4% de las que su parto fue indicado médicamente. Las mujeres que tuvieron de 20 a 34 años de edad representaron el 57.5% del grupo de las que su parto inició espontáneamente; al 59.9% de las que presentaron RPM y; al 60.7% de las que su parto fue indicado médicamente. Las mujeres de 35 a 44 años de edad fueron el 12.0% del primer grupo; el 16.2% del segundo y; el 25.2% del tercero. No hubieron mujeres mayores de 45 años que desarrollaron parto pretérmino de inicio espontáneo; entre las mujeres que presentaron RPM, este grupo de mujeres, correspondió al 0.9%; y, entre las que su parto fue indicado médicamente, representaron el 0.7%.



**Tabla 3.** Edad de las gestantes atendidas por parto pretérmino en el HRDC, periodo 2014-2016. Gestación múltiple.

		Pp. de Inicio espontáneo		Pp. por RPM		Pp. por Indicación médica	
		Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa
Edad	<20 años	6	11.5%	4	13.8%	6	9.4%
	20-34 años	36	69.2%	21	72.4%	41	66.0%
	35 -44 años	10	19.2%	4	13.8%	13	20.8%
	>45 años	0	0.0%	0	0.0%	2	3.8%
TOTAL		52	100%	29	100%	62	100%

Fuente: Historias clínicas de la Oficina de Estadística e informática del HRDC

El parto pretérmino fue más frecuente en las mujeres de 20 a 34 años de edad, correspondiendo al 69.2% de las que su parto inició espontáneamente; el 72.4% de las que presentaron RPM y 66.0% de las que su parto fue indicado médicamente. La mayor frecuencia de mujeres menores de 20 años se halló entre las que tuvieron RPM (13.8%), seguidas de las que su parto inició de forma espontánea (11.5%). Las mujeres de 35 a 44 años tuvieron más frecuencia entre las que su parto fue indicado por el médico, correspondiendo al 20.8% de este grupo.

**Tabla 4.** Lugar de residencia actual de las gestantes atendidas por parto pretérmino en el HRDC, periodo 2014-2016. Gestación única.

		Pp. de Inicio espontáneo		Pp. por RPM		Pp. por Indicación médica				
		F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.			
Lugar de residencia actual	Provincia:	Cajamarca	142	55%	Cajamarca	123	35%	Cajamarca	251	45%
		Hualgayoc	23	9%	Hualgayoc	44	13%	Celendín	54	10%
		Celendín	15	6%	Celendín	41	12%	Hualgayoc	50	9%
	Distrito:	Cajamarca	93	66%	Cajamarca	88	72%	Cajamarca	167	67%
		Encañada	16	11%	Encañada	11	9%	Encañada	21	8%
		Los B. I	9	6%	Los B. I	5	4%	Los B. I.	21	8%

Fuente: Historias clínicas de la Oficina de Estadística e informática del HRDC

Los lugares de residencia actual más frecuentes de las mujeres de nuestro estudio, a nivel provincial fueron: Cajamarca (55% - parto de inicio espontáneo; 35% parto por RPM; 45% - parto indicado médicamente), Hualgayoc (9% - parto de inicio espontáneo; 13% parto por RPM; 9% - parto indicado médicamente) y Celendín (6% - parto de inicio espontáneo; 12% parto por RPM; 10% - parto indicado médicamente); y, a nivel distrital: Cajamarca (6% - parto de inicio espontáneo; 13% parto por RPM; 9% - parto indicado médicamente), La Encañada (11% - parto de inicio espontáneo; 9% parto por RPM; 8% - parto indicado médicamente) y Los Baños del Inca (6% - parto de inicio espontáneo; 4% parto por RPM; 8% - parto indicado médicamente).

**Tabla 5.** Lugar de residencia actual de las gestantes atendidas por parto pretérmino en el HRDC, periodo 2014-2016. Gestación múltiple.

Lugar de residencia actual	Provincia:	Pp. de Inicio espontáneo		Pp. por RPM		Pp. por Indicación médica				
		F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.			
	Provincia:	Cajamarca	24	46.2%	Cajamarca	14	48.3%	Cajamarca	22	41.5%
		Celendín	7	13.5%	Chota	6	20.7%	Celendín	7	13.2%
		San Marcos	6	11.5%	San Marcos	3	10.3%	Chota	6	11.3%
	Distrito:	Cajamarca	14	58.3%	Cajamarca	9	64.3%	Cajamarca	15	68.2%
		Llacanora	3	12.5%	San Juan	2	14.3%	Los B. I.	3	13.6%
		Los B. I.	2	8.3%	Los B. I.	1	7.1%	Namora	2	9.1%

Fuente: Historias clínicas de la Oficina de Estadística e informática del HRDC

Entre las mujeres cuyo parto pretérmino inició de forma espontánea el 46.2% residía en la provincia de Cajamarca, el 13.5% en la provincia de Celendín y, el 11.5% en la provincia de San Marcos; a nivel distrital, el 58.3% en Cajamarca, el 12.5% en Llacanora y, el 8.3% en Los Baños del Inca. Entre las que tuvieron RPM, el 48.3% residía en la provincia de Cajamarca, el 20.7% en la provincia de Chota y, el 10.3% en la provincia de San Marcos; a nivel distrital, el 64.3% en Cajamarca, el 14.3% en San Juan y, el 7.1% en Los Baños del Inca. Entre las que el parto pretérmino fue indicado médicamente, el 41.5% residía en la provincia de Cajamarca, el 13.2% en la provincia de Celendín y, el 10.3% en la provincia de Chota; a nivel distrital, el 68.2% en Cajamarca, el 13.6% en Los Baños del Inca y, el 9.1% en Namora.

**Tabla 6.** Estado civil de las gestantes atendidas por parto pretérmino en el HRDC, periodo 2014-2016. Gestación única.

		Pp. de Inicio espontáneo		Pp. por RPM		Pp. por Indicación médica	
		Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta
Estado civil	Casada	38	14.7%	56	15.9%	106	18.9%
	Conviviente	192	74.1%	247	70.2%	396	70.7%
	Soltera	29	11.2%	49	13.9%	58	10.4%
TOTAL		260	100%	352	100%	560	100%

Fuente: Historias clínicas de la Oficina de Estadística e informática del HRDC

Las mujeres casadas correspondieron al 14.7% de las mujeres cuyo parto pretérmino inició de forma espontánea; al 15.9% de las que presentaron RPM y; al 18.9% de las que su parto fue indicado medicamente. Las mujeres que mantuvieron una relación de convivencia con su pareja representaron el 74.1% del grupo de las que su parto inició espontáneamente; al 70.2% de las que presentaron RPM y; al 70.7% de las que su parto fue indicado medicamente. Las mujeres solteras fueron el 11.2% del primer grupo; el 13.9% del segundo y; el 10.4% del tercero.

**Tabla 7.** Estado civil de las gestantes atendidas por parto pretérmino en el HRDC, periodo 2014-2016. Gestación múltiple.

		Pp. de Inicio espontáneo		Pp. por RPM		Pp. por Indicación médica	
		Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta
Estado civil	Casada	14	26.9%	9	31.0%	8	15.1%
	Conviviente	34	65.4%	18	62.1%	42	79.2%
	Soltera	4	7.7%	2	6.9%	3	5.7%
TOTAL		52	100%	29	100%	62	100%

Fuente: Historias clínicas de la Oficina de Estadística e informática del HRDC

Fue más frecuente el estado de convivencia, representando más del 60% en cada grupo. Las mujeres casadas representaron el 26.9% de las que su parto inició espontáneamente, el 31.0% de las que tuvieron RPM, y 15.1% de las que su parto fue indicado por un médico. Las mujeres solteras fueron más frecuentes en la que su parto inició de forma espontánea con el 7.7%, seguidas de las que tuvieron RPM con el 6.9% y finalmente por quienes su parto se indicó médicamente con el 5.7%.

**Tabla 8.** Grado de instrucción de las gestantes atendidas por parto pretérmino en el HRDC, periodo 2014-2016. Gestación única.

		Pp. de Inicio espontáneo		Pp. por RPM		Pp. por Indicación médica		
		Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta	
Grado de instrucción	No instruida	9	3.5%	15	4.3%	26	4.6%	
	Estudios académicos incompletos	Primaria incompleta	51	19.7%	62	17.6%	132	23.6%
		Primaria completa	55	21.2%	69	19.6%	120	21.4%
		Secund. incompleta	62	23.9%	72	20.5%	83	14.8%
		Secundaria completa	41	15.8%	64	18.2%	83	14.8%
		Superior incompleta	21	8.1%	40	11.4%	44	7.9%
	Superior completa	20	7.7%	30	8.5%	72	12.9%	
TOTAL		260	100%	352	100%	560	100%	

Fuente: Historias clínicas de la Oficina de Estadística e informática del HRDC

No recibieron instrucción académica el 3.5% de mujeres que presentaron parto pretérmino de inicio espontáneo, el 4.3% de las que desarrollaron RPM y el 4.6% de las que su parto fue indicado médicamente. No completaron sus estudios académicos el 88.8% de las mujeres que su parto inicio de forma espontánea, el 87.2% de las que presentaron RPM, y el 82.5% de las que su parto presentó riesgo materno o fetal, por lo que fue indicado. Completaron estudios académicos superiores el 7.7% de las mujeres del primer grupo, 8.5% de las del segundo y, 12.9% de las del tercer grupo.

**Tabla 9.** Grado de instrucción de las gestantes atendidas por parto pretérmino en el HRDC, periodo 2014-2016. Gestación múltiple.

		Pp. de Inicio espontáneo		Pp. por RPM		Pp. por Indicación médica		
		Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta	
Grado de instrucción	No instruida	1	1.9%	0	0%	4	7.5%	
	Estudios académicos incompletos	Primaria incompleta	15	28.8%	8	27.6%	8	15.1%
		Primaria completa	12	23.1%	7	24.1%	12	22.6%
		Secund. incompleta	6	11.5%	4	13.8%	8	15.1%
		Secundaria completa	7	13.5%	5	17.2%	8	15.1%
		Superior incompleta	3	5.8%	2	6.9%	6	11.3%
	Superior completa	8	15.4%	3	10.3%	7	13.2%	
TOTAL		260	100%	352	100%	560	100%	

Fuente: Historias clínicas de la Oficina de Estadística e informática del HRDC

No recibieron instrucción académica el 1.9% de mujeres que presentaron parto pretérmino de inicio espontáneo, el 0.0% de las que desarrollaron RPM y el 7.5% de las que su parto fue indicado médicamente. No completaron sus estudios académicos el 82.7% de las mujeres que su parto inicio de forma espontánea, el 89.7% de las que presentaron RPM, y el 79.3% de las que su parto presentó riesgo materno o fetal, por lo que fue indicado. Completaron estudios académicos superiores el 15.4% de las mujeres del primer grupo, 10.3% de las del segundo y, 13.2% de las del tercer grupo.

**Tabla 10.** Ocupación de las gestantes atendidas por parto pretérmino en el HRDC, periodo 2014-2016. Gestación única.

		Pp. de Inicio espontáneo		Pp. por RPM		Pp. por Indicación médica	
		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Ocupación	Ama de casa	214	82.6%	279	79.3%	454	81.1%
	Trabajo profesional	8	3.1%	15	4.3%	36	6.4%
	Trabajo no profesional	10	3.9%	16	4.5%	30	5.4%
	Estudiante	27	10.4%	42	11.9%	40	7.1%
TOTAL		260	100%	352	100%	560	100%

Fuente: Historias clínicas de la Oficina de Estadística e informática del HRDC

La ocupación que predominó con notable frecuencia fue la de ama de casa con un promedio del 80% en cada caso. El haber estado realizando algún tipo de trabajo sea profesional o no fue más frecuente entre las que su parto se indicó por un médico, con un 6.4% y 5.4%, respectivamente. Las mujeres que refirieron haber estado cursando con algún tipo de estudio fue más frecuente entre las que desarrollaron RPM con el 11.9% de dicho grupo; seguidas de las de inicio espontáneo con el 10.4% y finalmente quienes tuvieron un parto pretérmino indicado médicamente correspondiendo al 7.1%.

**Tabla 11.** Ocupación de las gestantes atendidas por parto pretérmino en el HRDC, periodo 2014-2016. Gestación múltiple.

Ocupación		Pp. de Inicio espontáneo		Pp. por RPM		Pp. por Indicación médica	
		Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta
Ocupación	Ama de casa	46	88.5%	23	79.3%	44	83.0%
	Trabajo profesional	4	7.7%	3	10.3%	5	9.4%
	Trabajo no profesional	0	0.0%	1	3.4%	0	0.0%
	Estudiante	2	3.8%	2	6.9%	4	7.5%
TOTAL		52	100%	29	100%	62	100%

Fuente: Historias clínicas de la Oficina de Estadística e informática del HRDC

La ocupación que predominó fue la de ama de casa con un promedio del 80% en cada caso. Entre las mujeres cuyo parto inició espontáneamente, el 7.7% refirió haber realizado un trabajo de tipo profesional, no hubieron mujeres que realizaran trabajo no profesional y, el 3.8% estudiaba. Entre las mujeres que presentaron RPM el 10.3% refirió haber realizado un trabajo de tipo profesional, 3.4% realizaron trabajo no profesional y, el 6.9% estudiaba. Entre las mujeres cuyo parto fue indicado médicamente el 9.4% refirió haber realizado un trabajo de tipo profesional, no hubieron mujeres que realizaran trabajo no profesional y, el 7.5% estudiaba.

**Tabla 12.** Talla de las gestantes atendidas por parto pretérmino en el HRDC, periodo 2014-2016.  
Gestación única.

		Pp. de Inicio espontáneo		Pp. por RPM		Pp. por Indicación médica	
Talla		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
	< 1.46 m	46	17.4%	50	14.2%	118	21.0%
	1.46 ó más	214	82.6%	302	85.8%	442	79.0%
TOTAL		260	100%	352	100%	560	100%

Fuente: Historias clínicas de la Oficina de Estadística e informática del HRDC

Una estatura menor de 1.46m fue la que predominó entre las gestantes, correspondiendo al 17.4% de las que tuvieron parto pretérmino de inicio espontáneo; al 14.2 de mujeres que presentaron RPM y al 21% de las que su parto fue indicado médicamente.

**Tabla 13.** Talla de las gestantes atendidas por parto pretérmino en el HRDC, periodo 2014-2016.  
Gestación múltiple.

		Pp. de Inicio espontáneo		Pp. por RPM		Pp. por Indicación médica	
Talla		Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta
	< 1.46 m	11	21.2%	8	27.6%	5	7.5%
	1.46 ó más	41	78.8%	21	72.4%	57	92.5%
TOTAL		260	100%	352	100%	560	100%

Fuente: Historias clínicas de la Oficina de Estadística e informática del HRDC

La talla menor de 1.46m correspondió al 17.4% de las que tuvieron parto pretérmino de inicio espontáneo; al 14.2 de mujeres que presentaron RPM y al 21% de las que su parto fue indicado médicamente.

**Tabla 14.** Número de parejas sexuales de las gestantes atendidas por parto pretérmino en el HRDC, periodo 2014-2016. Gestación única

		Pp. de Inicio espontáneo		Pp. por RPM		Pp. por Indicación médica	
		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Nro de Parejas sexuales	1	220	84.6%	263	74.7%	440	78.6%
	2	33	12.7%	68	19.3%	89	15.9%
	3 ó más	7	2.7%	21	6.0%	31	5.5%
TOTAL		260	100%	352	100%	560	100%

Fuente: Historias clínicas de la Oficina de Estadística e informática del HRDC

Observamos que el haber tenido una sola pareja sexual predominó en las mujeres evaluadas de los tres grupos; siendo el 84.6% del primer grupo, el 74.7% del segundo y, el 78.6% del tercero. El haber tenido más de una pareja sexual predominó entre las que presentaron RPM con un total de 24.3%, seguidas de quienes su parto fue indicado medicamente con un 21.4% y, finalmente, por quienes iniciaron su parto de forma espontánea con el 15.4%.

**Tabla 15.** Número de parejas sexuales de las gestantes atendidas por parto pretérmino en el HRDC, periodo 2014-2016. Gestación múltiple.

		Pp. de Inicio espontáneo		Pp. por RPM		Pp. por Indicación médica	
		Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta
Nro de Parejas sexuales	1	41	78.8%	23	79.3%	36	67.9%
	2	9	17.4%	6	20.7%	15	28.3%
	3 ó más	2	3.8%	0	0.0%	2	3.8%
TOTAL		260	100%	352	100%	560	100%

Fuente: Historias clínicas de la Oficina de Estadística e informática del HRDC

Observamos que el haber tenido una sola pareja sexual predominó en las mujeres evaluadas de los tres grupos; siendo el 78.8% del primer grupo, el 79.3% del segundo y, el 67.9% del tercero. El haber tenido más de una pareja sexual predominó entre las que presentaron RPM con un total de 20.7%, seguidas de quienes su parto fue indicado medicamente con un 32.1% y, finalmente, por quienes iniciaron su parto de forma espontánea con el 21.2%.



**Tabla 16:** Antecedentes de riesgo de las gestantes atendidas por parto pretérmino en el HRDC, periodo 2014-2016. Gestación única.

		Pp. de Inicio espontáneo		Pp. por RPM		Pp. por Indicación médica	
		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Antecedentes de riesgo	<b>Parto pretérmino previo</b>	27	10.3%	21	6.0%	52	9.3%
	<b>Aborto previo</b>	31	12.0%	50	14.2%	105	18.8%
	<b>Pp y aborto previos</b>	5	2.0%	5	1.4%	13	2.3%

Fuente: Historias clínicas de la Oficina de Estadística e informática del HRDC

El 10.3% de mujeres cuyo parto pretérmino inició de forma espontánea presentó antecedente de parto pretérmino; el 6.0%, en el caso de las que tuvieron RPM y, el 9.3% de quienes su parto fue indicado médicamente. El aborto fue antecedente obstétrico del 12.0% de las mujeres cuyo parto inició espontáneamente, 14.2% de las que presentaron RPM y, el 18.8% de quienes su parto fu indicado por un médico. Ambos, parto pretérmino y aborto, fueron recurrentes en el 2.0% del primer grupo, el 1.4% del segundo grupo y el 2.5% del tercer grupo.

**Tabla 17.** Antecedentes de riesgo de las gestantes atendidas por parto pretérmino en el HRDC, periodo 2014-2016. Gestación múltiple.

		Pp. de Inicio espontáneo		Pp. por RPM		Pp. por Indicación médica	
		Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta
Antecedentes de riesgo	<b>Parto pretérmino previo</b>	3	5.7%	2	6.9%	1	2.0%
	<b>Aborto previo</b>	7	13.5%	3	10.3%	8	13.2%
	<b>Pp y aborto previos</b>	2	3.8%	1	3.5%	0	0.0%

Fuente: Historias clínicas de la Oficina de Estadística e informática del HRDC

El 5.7% de mujeres cuyo parto pretérmino inició de forma espontánea presentó antecedente de parto pretérmino; el 6.9%, en el caso de las que tuvieron RPM y, el 2.0% de quienes su parto fue indicado médicamente. El aborto fue antecedente obstétrico del 13.5% de las mujeres cuyo parto inició espontáneamente, 10.3% de las que presentaron RPM y, el 13.2% de quienes su parto fu indicado por un médico. Ambos, parto pretérmino y aborto, fueron recurrentes en el 3.8% del primer grupo, el 3.5% del segundo grupo y el 0.0% del tercer grupo.

**Tabla 18:** Número de gestación de las mujeres atendidas por parto pretérmino en el HRDC, periodo 2014-2016. Gestación única.

Número de gestación		Pp. de Inicio espontáneo		Pp. por RPM		Pp. por Indicación médica	
		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Número de gestación	Primigesta (1)	119	45.6%	161	45.7%	198	35.4%
	Multigesta (2 – 5)	135	52.1%	173	49.2%	331	59.1%
	Gran multigesta (>6)	6	2.3%	18	5.1%	31	5.5%
TOTAL		260	100%	352	100%	560	100%

Fuente: Historias clínicas de la Oficina de Estadística e informática del HRDC

Experimentaron su primera gestación el 45.6% de las mujeres del primer grupo, el 45.7% de mujeres del segundo grupo y, el 35.4% de las del tercer grupo. Fueron multigestas el 52.1% de las mujeres cuyo parto pretérmino inicio de forma espontánea, 49.2% de quienes presentaron RPM y, 59.1% de las que su parto se indicó médicamente. Gran multigestas fueron el 2.3% de las mujeres del primer grupo, el 5.1% de las del segundo grupo y, 5.5% de las del tercer grupo.

**Tabla 19:** Número de gestación de las mujeres atendidas por parto pretérmino en el HRDC, periodo 2014-2016. Gestación múltiple.

Número de gestación		Pp. de Inicio espontáneo		Pp. por RPM		Pp. por Indicación médica	
		Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta
Número de gestación	Primigesta (1)	12	23.1%	11	37.9%	22	35.8%
	Multigesta (2 – 5)	33	63.5%	18	62.1%	35	56.6%
	Gran multigesta (>6)	7	13.5%	0	0.0%	5	7.5%
TOTAL		52	100%	29	100%	62	100%

Fuente: Historias clínicas de la Oficina de Estadística e informática del HRDC

De las mujeres cuyo parto pretérmino inició de forma espontánea, experimentaron su primera gestación el 23.1%; de quienes presentaron RPM, el 37.9% y; de las que su parto se indicó médicamente, el 35.8%. Fueron multigestas el 63.5% de las mujeres del primer grupo, 62.1% de las del segundo grupo y, 56.6% del tercero. Gran multigestas fueron el 13.5% de las mujeres del primer grupo, el 0.0% de las del segundo grupo y, 7.5% de las del tercer grupo.

**Tabla 20:** Controles prenatales de las gestantes atendidas por parto pretérmino en el HRDC, periodo 2014-2016. Gestación única.

		Pp. de Inicio espontáneo		Pp. por RPM		Pp. por Indicación médica	
		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Controles prenatales	Nulo (0)	63	24.3%	85	24.1%	165	29.5%
	Deficiente (<6)	121	46.3%	174	49.4%	182	32.5%
	Adecuado (6 ó más)	76	29.3%	93	26.4%	213	38.0%
TOTAL		260	100%	352	100%	560	100%

Fuente: Historias clínicas de la Oficina de Estadística e informática del HRDC

Llevaron un control prenatal adecuado, el 29.3% de las mujeres cuyo parto inició de forma espontánea, el 26.4% de las que presentaron RPM, y el 29.5% de las que su parto tuvo que ser indicado.

**Tabla 21:** Controles prenatales de las gestantes atendidas por parto pretérmino en el HRDC, periodo 2014-2016. Gestación múltiple.

		Pp. de Inicio espontáneo		Pp. por RPM		Pp. por Indicación médica	
		Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta
Controles prenatales	Nulo (0)	15	28.8%	7	24.1%	18	34.0%
	Deficiente (<6)	16	30.8%	9	31.0%	16	30.2%
	Adecuado (6 ó más)	21	40.4%	13	44.8%	19	35.8%
TOTAL		52	100%	29	100%	62	100%

Fuente: Historias clínicas de la Oficina de Estadística e informática del HRDC

Llevaron un control prenatal adecuado, el 40.4% de las mujeres cuyo parto inició de forma espontánea, el 44.8% de las que presentaron RPM, y el 35.8% de las que su parto tuvo que ser indicado. Tuvieron un deficiente y nulo control prenatal el 59.6% de las mujeres del primer grupo; 55.1% de las del segundo grupo y, el 64.2% de las del tercero.

**Tabla 22:** Relaciones sexuales durante el embarazo, en las gestantes atendidas por parto pretérmino en el HRDC, periodo 2014-2016. Gestación única

		Pp. de Inicio espontáneo		Pp. por RPM		Pp. por Indicación médica	
		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Relaciones sexuales durante el embarazo	<b>Sí</b>	247	95%	327	93%	515	92%
	<b>No</b>	13	5%	25	7%	45	8%
<b>TOTAL</b>		260	100%	352	100%	560	100%

Fuente: Historias clínicas de la Oficina de Estadística e informática del HRDC

Mantuvieron las relaciones sexuales el 95% de las mujeres que tuvieron parto pretérmino de inicio espontáneo; 93% de las que presentaron RPM y, 92% de quienes hubo una indicación médica para culminar su gestación.

**Tabla 23:** Relaciones sexuales durante el embarazo, en las gestantes atendidas por parto pretérmino en el HRDC, periodo 2014-2016. Gestación múltiple.

		Pp. de Inicio espontáneo		Pp. por RPM		Pp. por Indicación médica	
		Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta
Relaciones sexuales durante el embarazo	<b>Sí</b>	50	96.2%	27	93.1%	50	94.3%
	<b>No</b>	2	3.8%	2	6.9%	3	5.7%
<b>TOTAL</b>		52	100%	29	100%	62	100%

Fuente: Historias clínicas de la Oficina de Estadística e informática del HRDC

Mantuvieron las relaciones sexuales el 96.2% de las mujeres que tuvieron parto pretérmino de inicio espontáneo; 93.1% de las que presentaron RPM y, 94.3% de quienes hubo una indicación médica para culminar su gestación.

**Tabla 24:** Hábitos nocivos de las gestantes atendidas por parto pretérmino en el HRDC, periodo 2014-2016. Gestación única.

		Pp. de Inicio espontáneo		Pp. por RPM		Pp. por Indicación médica	
		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Hábitos nocivos durante gestación	<b>Ninguno</b>	197	75.7%	282	80.0%	436	77.9%
	<b>Café</b>	62	23.9%	70	20.0%	124	22.1%
	<b>Alcohol, tabaco, drogas</b> <b>Alcohol, tabaco, drogas</b>	1	0.4%	0	0.0%	0	0.0%
<b>TOTAL</b>		260	100%	352	100%	560	100%

Fuente: Historias clínicas de la Oficina de Estadística e informática del HRDC

El 75.7% de las mujeres que tuvieron parto pretérmino de inicio espontáneo refirió no practicar hábitos nocivos, del mismo modo, el 80.0% de quienes tuvieron RPM y, el 77.9% de quienes su parto fue indicado médicamente. Entre los hábitos nocivos, el consumo de café se presentó en el 23.9% de las mujeres del primer grupo, el 20.0% de las mujeres del segundo grupo y, el 22.1% de las del tercer grupo.

**Tabla 25:** Hábitos nocivos de las gestantes atendidas por parto pretérmino en el HRDC, periodo 2014-2016. Gestación múltiple

		Pp. de Inicio espontáneo		Pp. por RPM		Pp. por Indicación médica	
		Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta
Hábitos nocivos durante gestación	Ninguno	41	78.8%	23	79.3%	46	73.6%
	Café	11	21.2%	6	20.7%	16	26.4%
	Alcohol, tabaco, drogas Alcohol, tabaco, drogas	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
TOTAL		52	100%	29	100%	62	100%

Fuente: Historias clínicas de la Oficina de Estadística e informática del HRDC

El 78.8% de las mujeres que tuvieron parto pretérmino de inicio espontáneo refirió no practicar hábitos nocivos, del mismo modo, el 79.3% de quienes tuvieron RPM y, el 73.6% de quienes su parto fue indicado médicamente. Entre los hábitos nocivos, el consumo de café se presentó en el 21.2% de las mujeres del primer grupo, el 20.7% de las mujeres del segundo grupo y, el 26.4% de las del tercer grupo.

**Tabla 26:** Periodo intergenésico de las gestantes atendidas por parto pretérmino en el HRDC, periodo 2014-2016. Gestación única

		Pp. de Inicio espontáneo		Pp. por RPM		Pp. por Indicación médica	
		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Periodo intergenésico	Corto (< 2 años)	101	39.0%	107	30.4%	142	25.4%
	Normal (2 – 5 años)	65	24.8%	152	27.2%	154	27.3%
	Prolongado (>5 años)	94	36.2%	149	42.4%	264	47.2%
TOTAL		260	100%	352	100%	560	100%

Fuente: Historias clínicas de la Oficina de Estadística e informática del HRDC.

Las mujeres que tuvieron periodo intergenésico corto representaron el 39.0% de las que tuvieron parto pretérmino de inicio espontáneo, el 30.4% de las que tuvieron RPM y, el 25.4% de las que su parto fue indicado médicamente. Un periodo intergenésico normal se presentó en el 24.8% de las mujeres del primer grupo, el 27.2% de las del segundo grupo y, el 27.3% de las del tercer grupo. Un periodo intergenésico prolongado se presentó en el 36.2% de las mujeres del primer grupo, el 42.4% de las del segundo grupo y, el 47.2% de las del tercer grupo.

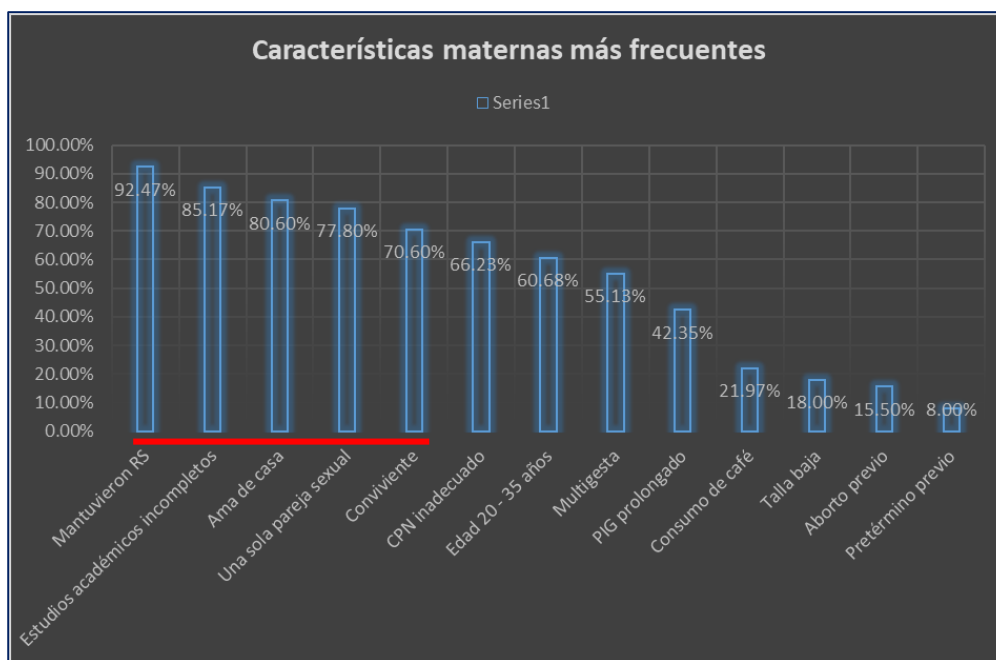
**Tabla 27:** Periodo intergenésico de las gestantes atendidas por parto pretérmino en el HRDC, periodo 2014-2016. Gestación múltiple.

		Pp. de Inicio espontáneo		Pp. por RPM		Pp. por Indicación médica	
		Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta
Periodo intergenésico	<b>Corto (&lt; 2 años)</b>	4	10.0%	0	0.0%	5	14.7%
	<b>Normal (2 – 5 años)</b>	17	42.5%	6	33.3%	10	29.4%
	<b>Prolongado (&gt;5 años)</b>	19	47.5%	12	66.7%	19	55.9%
<b>TOTAL</b>		52	100%	29	100%	62	100%

Fuente: Historias clínicas de la Oficina de Estadística e informática del HRDC

Las mujeres que tuvieron periodo intergenésico corto representaron el 10.0% de las que tuvieron parto pretérmino de inicio espontáneo, el 0.0% de las que tuvieron RPM y, el 14.7% de las que su parto fue indicado médicamente. Un periodo intergenésico normal se presentó en el 42.5% de las mujeres del primer grupo, el 33.3% de las del segundo grupo y, el 29.4% de las del tercer grupo. Un periodo intergenésico prolongado se presentó en el 47.5% de las mujeres del primer grupo, el 66.7% de las del segundo grupo y, el 55.9% de las del tercer grupo.

**Gráfico 4:** Características Maternas asociadas a la prematuridad más frecuentes, en el HRDC, 2014-2016; según el tipo de gestación.



Fuente: Historias clínicas de la Oficina de Estadística e informática del HRDC

Al evaluar las características maternas más frecuentes se tuvo que las cinco principales características maternas asociadas con la prematuridad fueron tener una relación de convivencia con su pareja (70.6%), no haber completado estudios académicos (85.17%), ser ama de casa (80.6%), haber tenido una sola pareja sexual (77.8%) y haber mantenido relaciones sexuales (92.47%).

## **5.2. DISCUSIÓN:**

El conocimiento de las condiciones asociadas con el parto prematuro permitirá establecer conductas e intervenciones que probablemente lograrán reducir el nacimiento prematuro, su recurrencia y la morbimortalidad asociada<sup>16</sup>. El presente estudio procura mostrar la realidad del parto pretérmino en la Región de Cajamarca a partir de lo que ha ocurrido en el HRDC en el trienio 2014-2016; pues este problema exige un conocimiento real de su situación para poder enfrentarlo. Este conocimiento abarca el saber a cuánta población ha afectado, cuál es su tendencia y qué características presentan las madres involucradas, todo esto con el propósito de su prevención.

### **5.2.1 TASA DE PARTO PRETÉRMINO**

Hace aproximadamente 5 años, la OMS emitió un informe global en el que se mostró que en el año 2010 de los 135 millones de nacidos vivos, 15 millones nacieron antes de tiempo; y que, más del 60% de estos partos ocurrieron en África Subsahariana y el Asia meridional. La tasa de parto pretérmino obtenida a nivel mundial fue del 11.1% con un rango de variación del 5%, en países del norte de Europa, al 18.1%, en Malawi, uno de los países más pobres del mundo. Además, en ese informe se señala que nuestro país se halló entre los 88 que presentaron tasas estimadas de parto pretérmino inferiores al 10%, específicamente 7.3%<sup>1</sup>.

Un reporte indicó que en nuestro país, durante el 2015, de 27 000 nacidos vivos el 6,5% nació Pretérmino y que las regiones con mayor tasa de parto pretérmino fueron: Loreto (8.0%), Piura (8.0%), La libertad (7.9%), Tumbes (7.8%), Cajamarca (7.2%) y Callao (7.0%)<sup>4</sup>.

En la presente investigación, considerando estos datos, planteamos que la Tasa de parto pretérmino en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo 2014-2016 fue menor al 10%. Hipótesis que queda refutada pues la tasa de parto pretérmino hallada durante dicho periodo fue del 13.48%.



En el informe de la OMS también se reporta un análisis de la tendencia del parto pretérmino en 65 países de Europa, América y Australasia en un periodo de 20 años (1990-2010); el cual sugiere una carga creciente de parto prematuro pues, a pesar de la reducción del número de nacidos vivos, el número estimado de nacimientos prematuros en estos países aumentó de 2,0 millones en 1990 a casi 2,2 millones en 2010. Sólo tres países, Croacia, Ecuador y Estonia, habían estimado reducciones en las tasas de nacimientos prematuros. Catorce países tenían tasas de natalidad pretérmino estables (<0,5% de cambio anual en las tasas de nacimientos prematuros). En todos los demás países, se estimó que la tasa de nacimientos prematuros era igual o mayor en 2010 que en 1990.

En nuestro estudio tuvimos como uno de los objetivos evaluar el progreso de la tasa pretérmino, los resultados nos muestran una tendencia al ascenso; tal y como se reporta a nivel mundial. Fue de 10.48% en el 2014; 13.96% en el 2015 y 16.04% en el 2016. Es probable que el incremento del parto prematuro de gestación única se deba principalmente al incremento de trastornos hipertensivos del embarazo (THE); y el de gestación múltiple, a la actual presencia de las técnicas de fertilización asistida. Estos resultados nos sugieren una pronta atención del mencionado problema.

### **5.2.2 CARACTERÍSTICAS MATERNAS DE LOS PARTOS PRETÉRMINO ATENDIDOS EN EL HRDC, PERIODO 2014 – 2016**

En el presente estudio, planteamos que el parto pretérmino se relaciona con características maternas y tuvimos como un objetivo específico determinar las cinco principalmente asociadas.

Para un análisis más preciso se formaron dos grupos según el tipo de embarazo, en gestación única y en gestación múltiple. Se consideró la gestación múltiple como un grupo independiente por ser un tipo especial de embarazo; pues se halla incluida entre las condiciones de alto riesgo obstétrico. Además, se ha informado que el 44,2% concluyen en parto prematuro, siendo así más frecuente y precoz que en una gestación única.

En nuestro estudio se tuvieron 1172 partos pretérmino de gestación única durante el periodo 2014-2016, que representó el 89% de nuestra población; y 143 partos de gestación múltiple, que correspondió al 10.8%. Dentro de cada uno de estos grupos se consideraron tres subgrupos de acuerdo a la etiología del parto pretérmino. Se observó que en el grupo de gestación única, por orden de frecuencia, se halló en primer lugar al parto pretérmino indicado médicamente con un 47.8%, en segundo lugar el parto pretérmino producido tras RPM siendo el 30.0% y en tercer lugar el parto pretérmino de inicio espontáneo con un 22.2%. En el grupo de gestación múltiple, se ubicó en primer lugar también el parto pretérmino indica médicamente con el 43.4%, a continuación, el parto pretérmino de inicio espontáneo siendo el 36.4% y, finalmente, el que se produjo tras RPM que representó el 20.3%.

Las características maternas evaluadas fueron:

#### **A. Datos de filiación:**

##### **A.1 Edad:**

No se ha logrado determinar cuánto contribuye esta característica en el desarrollo de parto pretérmino; si bien algunos estudios señalan que una mujer adolescente tiene mayor riesgo por la inmadurez física, otros muestran que esto es mayor en una mujer de edad avanzada<sup>13,21</sup> por la mayor probabilidad de presentar comorbilidades; y aún otras investigaciones toman a los dos extremos como riesgo para parto pretérmino<sup>22,32</sup>.

Nosotros hallamos, tanto en el grupo de gestación única con el de gestación múltiple, mayor frecuencia de parto pretérmino entre las mujeres de edad adecuada para la gestación, así como un estudio chileno del año 2012<sup>19</sup> en el que de todas las mujeres evaluadas el 60.2% perteneció a este grupo etario; un estudio peruano en el Hospital II-1 de Yurimaguas-Loreto, el 74.5%<sup>27</sup>; un estudio en el Hospital Nacional Santa Rosa de Lima, el 72.5%<sup>29</sup>, un estudio en Loreto, el 49.3%<sup>33</sup>.

El grupo de adolescentes (<20 años) fue más frecuente, entre las de gestación única, en la que su parto inició espontáneamente (30.5%) y; entre las de gestación múltiple, entre las que se produjo por RPM (13.8%). Las mujeres de edad

avanzada para la gestación, tanto en gestación única (25.2%) como en múltiple (20.8%), predominaron en el parto pretérmino debido a indicación médica.

## **A.2 Lugar de residencia actual**

No se tienen estudios previos que nos indiquen la distribución geográfica del parto pretérmino, en la DIRESA- Cajamarca sí se tiene registro de la distribución pero de la mortalidad más no de los nacidos vivos pretérmino. Al evaluar la distribución geográfica de los lugares más frecuentes según la residencia actual de las mujeres atendidas en el HRDC, hallamos que las mujeres que tuvieron parto pretérmino de gestación única vivían, a nivel provincial, en Cajamarca, Hualgayoc o Celendín; y las que tuvieron gestación múltiple, en Cajamarca Celendín, Chota o San Marcos. A nivel distrital, las del grupo de gestación única residían en Cajamarca, La Encañada o en Los Baños del Inca; y las de gestación múltiple, en Cajamarca, Llacanora, San Juan, Namora o Los Baños del Inca. Esto puede ser significativo para evaluar las razones de la mayor frecuencia de la prematuridad en estas zonas y actuar.

Lo que otros estudios han considerado es la distribución de la prematuridad según los sectores urbano, rural, urbano marginal, donde predomina las mujeres que residían en la zona urbano marginal<sup>27, 33</sup>; en el ámbito local, se informó que son aquellas que viven en la zona rural las que más predominaron<sup>18, 19, 20</sup>.

## **A.3 Estado civil**

Un estado de convivencia prevaleció tanto en las mujeres que tuvieron gestación única y en las que tuvieron gestación múltiple, con al menos el 62% en cada grupo. Estos resultados coinciden con los hallados en el ámbito nacional<sup>27, 31, 33</sup> así como en el local<sup>19</sup>. El estado de convivencia, legalmente, se denomina unión de hecho y según se ha estudiado se da sobre todo entre la población de bajo nivel cultural y económicamente pobre donde no hay conciencia de unirse en matrimonio, porque esto demanda gastos que no pueden cubrir o por conservar costumbres ancestrales<sup>5</sup>.

Las mujeres casadas fueron más frecuentes entre las que tuvieron gestación múltiple, y las solteras, entre las de gestación única.

#### **A.4 Grado de Instrucción**

El nivel educativo es un aspecto muy importante en la salud de las personas pues influye en el bienestar subjetivo y la salud mental lo cual se refleja en el declive cognitivo, la depresión, entre otros<sup>33</sup>. Además, al referirnos al binomio madre-hijo, nos permite comprender el comportamiento y las acciones vinculadas a la salud del neonato que realizan las mujeres, desde el proceso de gestación, parto y post parto, así como del cuidado del recién nacido<sup>4</sup>.

En nuestro trabajo, predominaron las mujeres que no alcanzaron su realización profesional: las que no recibieron instrucción académica fueron más entre las de gestación única que entre las de gestación múltiple, y en ambos grupos, en quienes su parto fue indicado médicamente; las que no completaron los estudios académicos corresponde a un 80% aproximadamente en las de gestación única y gestación múltiple, prevaleciendo en quienes su parto inició espontáneamente entre las de gestación única, y en las que presentaron RPM entre las que tuvieron gestación múltiple. La mayor frecuencia corresponde a aquellas que han cursado únicamente estudios primarios, semejante a lo que se halló en el año 2008 en el HRDC, donde el 44.8% de mujeres que tuvieron parto pretérmino recibieron únicamente educación primaria<sup>19</sup> y difiere de lo hallado en el ámbito nacional donde predominó el nivel secundario<sup>27,33</sup>.

Al considerar que aproximadamente el 10% de las mujeres que presentaron parto pretérmino, tanto de gestación única y múltiple, culminaron los estudios superiores parece que no solo es relevante el haber recibido instrucción académica sino que es más sustancial el evaluar el grado de conocimiento de cuidado pregestacional, gestacional y posgestacional que estas pudieron haber tenido.

#### **A.5 Ocupación**

Se halló que aproximadamente el 80% de todas las mujeres evaluadas se dedica a los quehaceres del hogar; lo mismo que fue hallado en el estudio realizado hace 8 años<sup>20</sup>.

Socialmente el ocuparse del cuidado de la familia, de la crianza y del hogar no era considerado un trabajo sino más bien una prestación de servicios para los que la "naturaleza" femenina estuviera biológicamente preparada. En los años ochenta

algunas investigaciones en Salud de las mujeres han resaltado la idea de que el hogar es un centro de trabajo con riesgos para la salud: riesgos físicos, psíquicos y sociales. Las mujeres amas de casa tienen más problemas de salud que otros colectivos, incluso de mujeres: más riesgo de enfermar, así como un equilibrio afectivo más inestable que otras personas con diferente ocupación/profesión. Los riesgos de naturaleza psíquica y social son considerados como los más perjudiciales dentro de los cuales se hallan la monotonía, el enclaustramiento, la mengua intelectual, el estrés, etc<sup>23</sup>.

Un aspecto importante es la condición de estudiante que fue más frecuente entre las de gestación única y entre ellas en quienes su parto se debió a RPM.

Aproximadamente el 5% de mujeres realizaba algún trabajo ya sea profesional o no profesional.

## **B. Examen físico**

### **B.1 Talla**

Más del 70% de mujeres tuvo más de 1.46 m de estatura. Un estudio cubano que evaluó la prematuridad en el periodo de 2007 al 2012 informó que un factor relacionado con el parto pretérmino fue la talla menor de 1.50m, lo que difiere de nuestros resultados<sup>12</sup>, lo mismo ocurre con el estudio que se realizó en nuestro ámbito en el que se informó que la talla baja es un factor de riesgo de prematuridad<sup>18</sup>.

## **C. Antecedentes ginecológicos**

### **C.1 Número de Parejas sexuales**

En su mayoría, más del 70% de mujeres, presentó una sola pareja sexual. Este dato es importante pues al relacionarla con el estado civil vemos que si bien la mayoría ha tenido una sola pareja sexual, el estado de convivencia puede ser un factor de riesgo que permite la promiscuidad de la pareja y con esto se expone a otros riesgos a la mujer como es la transmisión de enfermedades sexuales<sup>7</sup>. Pese a su importancia, esta característica no ha sido evaluada a nivel mundial ni a nivel nacional.

## **D. Antecedentes obstétricos:**

### **D.1 Antecedente de riesgo**

Se considera que una mujer que tuvo antecedente de parto pretérmino, presenta 3 veces más riesgo de recurrencia que aquella que no lo tuvo. En un estudio de Trujillo 2012-2014 se halló una frecuencia de 7.4% de antecedente de parto pretérmino<sup>28</sup>. En nuestro estudio esto se presentó con mayor frecuencia entre las que su parto inició de forma espontánea en las mujeres de gestación única; y entre las que tuvieron RPM, entre las de gestación múltiple.

El antecedente de aborto fue más frecuente respecto al de parto pretérmino con un promedio del 15% en todo el grupo de pacientes; fue mayor entre las que su parto fue indicado medicamente en las mujeres que tuvieron gestación única y en las que su parto inició de forma espontánea entre las de gestación múltiple. Lo mismo fue hallado en estudios a nivel mundial<sup>12, 15</sup>, nacional<sup>31</sup> y local<sup>17, 19</sup>. Esto nos lleva a considerar el estado de salud física de la mujer previo al embarazo y en lo posible hallar la verdadera causa de la presentación de aborto en una mujer; pues puede relacionarse con el estado nutricional, comorbilidades que requieran atención, entre otros<sup>1</sup>

## **E. Datos gestacionales**

### **E.1 Número de gestación**

Según diversos estudios, el ser multigesta es un factor de riesgo para presentar parto pretérmino, así en una investigación realizada en Iquitos de las mujeres que tuvieron parto pretérmino, el 58.7% tuvo esta condición<sup>33</sup>.

En nuestro estudio, más del 50% de mujeres se encontraba entre su segundo y quinto embarazo (multigesta). En estudios a nivel nacional<sup>27, 31</sup> y previos de nuestra región<sup>18, 19, 20</sup> predominó la condición de primigesta. Entre las que tuvieron gestación única, el grupo cuyo parto fue indicado médicamente fue más frecuente con un 59.1%; entre las de gestación múltiple, fue mayor entre las que su parto inició espontáneamente. Este es un aspecto que debemos considerar pues como nos sugiere el informe BOORN TOO SOOM, es necesario un cuidado intergestacional de la madre con el fin de restaurar su condición en favor de la siguiente gestación<sup>1</sup>.

## **E.2 Control prenatal**

El control prenatal influye en el reconocimiento oportuno de signos de alarma de varias morbilidades que se presentan durante el embarazo y afectan la morbilidad materna y perinatal; se ha determinado que un mal control prenatal es un factor de riesgo para presentar parto prematuro, así, en un estudio de 7563 partos el 64.39% tuvo un mal control prenatal<sup>17,18,20,26</sup>. En Yurimaguas – Loreto se halló que el 61.8% de gestantes que tuvieron parto pretérmino había tenido un inadecuado control prenatal<sup>27</sup>.

. En un estudio en Trujillo en el periodo 2012-2014 se halló que el 58.6% no contó con un adecuado control prenatal<sup>28</sup>.

En nuestra investigación hallamos que más del 55% de mujeres de cada grupo evaluado no había llevado un adecuado control prenatal. En comparación, las mujeres que tuvieron un adecuado control prenatal, fueron más entre aquellas que presentaron gestación múltiple que quienes tuvieron gestación única.

Un estudio de hace aproximadamente 25 años mostró factores relacionados con un inadecuado control prenatal los cuales son: un bajo nivel educativo; ocupación en actividades inestables y de poco reconocimiento social, falta de definición la pareja sexual, embarazo no deseado, creencias erradas acerca del proceso salud enfermedad, control prenatal despersonalizado y problemas relacionados con la organización de los servicios de salud. Factores que debemos tener en cuenta.

## **E.3 Actividad sexual durante el embarazo**

Varios estudios indican que mantener las relaciones sexuales decrece gradualmente a medida que avanza la gestación, y no constituye un factor de riesgo para el parto<sup>25</sup>; tampoco en el inicio de modificaciones cervicales como inductor del trabajo de parto<sup>28</sup>; pero existe una asociación con una mayor incidencia, cuando se asocia a infecciones del tracto genitourinario<sup>25</sup>.

A nivel nacional esta característica no ha sido evaluada; en nuestro estudio, los resultados nos llama la atención pues más del 90% en cada grupo (gestación única y gestación múltiple) refirió haber mantenido la actividad sexual durante el embarazo; puede ser como se ha indicado que se relacione con que nuestras pacientes hayan presentado infección genitourinaria; parámetro que no fue evaluado en el presente estudio.

#### **E.4 Hábitos nocivos durante gestación**

Se ha reportado entre los hábitos nocivos que se relacionan con el parto pretérmino a la ingesta de café<sup>17</sup>, consumo de tabaco<sup>12, 17</sup>.

Al menos el 73% las pacientes, tanto de parto pretérmino de gestación única como de múltiple, negaron la práctica de alguna de estos hábitos.

Esto nos invita a realizar una anamnesis más específica considerando los posibles hábitos nocivos a los que se expone un ama de casa, por ejemplo en cuanto a su relación con el humo de leña, el vivir en ambientes cerrado, con poca ventilación, su relación con crianza de añiñales y exposición a sustancias tóxicas y microorganismos patógenos.

#### **E.5 Periodo intergenésico**

Se ha evaluado que el periodo intergenésico constituye un factor de riesgo sobre todo para las pacientes multíparas, para presentar como complicaciones no sólo al parto pretérmino sino también el trastorno hipertensivo del embarazo, óbito, diabetes gestacional, sufrimiento fetal agudo y bajo peso al nacer<sup>24</sup>. Un estudio de Trujillo 2012-2014 mostró que para su caso el 9.8% de población tuvo un periodo intergenésico menor a 2 años<sup>28</sup>, lo mismo que un estudio de Lima donde se evaluaron datos referentes al 2012, con un 45% de casos<sup>31</sup>.

En nuestro estudio las mujeres que tuvieron parto pretérmino se caracterizaron por un periodo intergenésico prolongado, principalmente entre las que su parto fue indicado médicamente y el que se produjo tras RPM, en quienes tuvieron gestación única; y en los tres subgrupos de quienes tuvieron gestación múltiple.



Los resultados nos muestran una recurrencia de las características evaluadas en el grupo de gestación única y en el grupo de gestación múltiple; por lo que podemos decir que las mujeres que tuvieron parto pretérmino en el HRDC, durante el periodo 2014-2016 se caracterizaron por: tener una edad adecuada para la gestación, es decir, se hallaron entre los 20 a 35 años de edad; haber nacido en la provincia y distrito de Cajamarca; permanecer en un estado de convivencia con su pareja; no haber completado estudios académicos; ocuparse de los quehaceres del hogar; no presentar talla baja; haber tenido solo una pareja sexual; tener antecedente de aborto; ser multigesta; haber tenido un inadecuado control prenatal; haber mantenido relaciones sexuales durante su gestación y haber tenido un periodo intergenésico prolongado.

Al evaluar la frecuencia de estas características en las mujeres atendidas en el HRDC durante el periodo 2014 -2016, observamos que las cinco principales características fueron: tener una relación de convivencia con su pareja, no haber completado estudios académicos, ser ama de casa, haber tenido una sola pareja sexual y haber mantenido relaciones sexuales durante el embarazo.

## **CONCLUSIONES:**

- ✓ La tasa de parto pretérmino del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el trienio 2014-2016 fue de 13.48%.
- ✓ La tasa de parto pretérmino del Hospital Regional Docente de Cajamarca se ha ido incrementando habiendo sido 10.48% en el año 2014; 13.97% en el año 2015 y; 16.04% en el año 2016.
- ✓ Las cinco principales características maternas asociadas a la prematuridad en el HRDC durante el periodo 2014-2016 fueron: tener una relación de convivencia con su pareja, no haber completado estudios académicos, ser ama de casa, haber tenido una sola pareja sexual y haber mantenido relaciones sexuales durante el embarazo.

## SUGERENCIAS

- ✓ Considerando la elevada tasa de parto pretérmino y su tendencia a incrementarse, sugerimos a la DIRESA reconsiderar los programas enfocados en la prevención del parto pretérmino pues la prematuridad se constituye en una prioridad de la Salud Pública.
- ✓ Al considerar las principales características maternas asociadas al parto pretérmino, se sugiere continuar la línea de investigación para determinar el grado de asociación que cada una de ellas tiene.
- ✓ Sugerimos a las diferentes instituciones de salud que, en coordinación con las instituciones educativas, puedan suplir el déficit en el conocimiento del cuidado materno antes y durante el embarazo promoviendo así que un bebé nazca a su tiempo.
- ✓ Dado que más del 80% de las mujeres que presentaron parto pretérmino no completaron sus estudios académicos (predominando estudios primarios), sugerimos al Gobierno Regional, específicamente al área de educación, considerar la deserción escolar como un problema prioritario en su agenda, evaluar los factores relacionados y tomar las medidas pertinentes, pues de esta manera se podría aportar en la reducción de la tasa de parto pretérmino.
- ✓ Se sugiere ampliar la historia clínica Gineco obstétrica del HRDC o diseñar una específicamente para evaluar factores relacionados con el parto pretérmino como son los que conciernen al estado nutricional y la salud mental.
- ✓ Se sugiere mejorar el registro en la Historia clínica Gineco obstétrica para que en posteriores investigaciones se pueda incluir a mayor parte de elementos de estudio; esto es, que sean más inteligibles, que haya un consenso respecto a los datos que se toman, evitar la omisión de datos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. OMS. 2012
- 2- Gary F, Leveno K, Bloom S, et al. Williams Obstetricia. 23° ed. México D.F. Mc Graw-Hill; 2011.p 804-831
- 3- Atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de salud 2005 – 2008. MINSA. Perú, 2010
- 4- OPS. Actividad Sexual en el Período Gestacional. 16 de junio de 2010. Documento de Posición de la OPS/OMS. [En línea] Montevideo Uruguay; 2010 [fecha de acceso: 05 de septiembre del 2017] URL disponible en: [http://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_docman&view=download&aliases=174-clap-1573&category\\_slug=ediciones-del-clap&Itemid=219&lang=es](http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&aliases=174-clap-1573&category_slug=ediciones-del-clap&Itemid=219&lang=es)
- 5- R Vargas Maldonado. La Inestabilidad de la Unión Libre o de Hecho en el Ecuador por la Falta de una Normativa Adecuada. Universidad Central Del Ecuador Facultad De Jurisprudencia, Ciencias Políticas Y Sociales [Tesis para optar título profesional] Quito, 2014. [En línea] [Fecha de acceso: 04 de septiembre del 2017] URL disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3845/1/T-UC-0013-Ab-203.pdf>
6. M Vizuite. El nivel educativo como factor asociado al bienestar subjetivo y la salud mental en la población española. [En línea] Bogotá, Colombia. Rev. Universitas Psychologica 2013; V. 12 No. 1 p. 31-40 [Fecha de acceso 08 de septiembre del 2017]. URL disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/1735/3960>
- 7- Pacheco J. Ginecología obstetricia y reproducción. 2° ed. Perú. REP; 2007.p929, 941.
- 8- Morgan J. Nacimiento prematuro- retos y oportunidades. [En línea] Finlandia: Perkin Elmer; 2009: p. 1-40 [fecha de acceso: 01 de marzo del 2017] URL disponible en: [http://www.efcni.org/fileadmin/Daten/Web/Brochures\\_Reports\\_Factsheets\\_Position\\_Papers/Prevention\\_Perkin\\_Elmar/1244-9856\\_Perkin\\_Elmer\\_Spanish.pdf](http://www.efcni.org/fileadmin/Daten/Web/Brochures_Reports_Factsheets_Position_Papers/Prevention_Perkin_Elmar/1244-9856_Perkin_Elmer_Spanish.pdf)

- 9- Kahsay Gebreslasie. Parto pretérmino y factores asociados entre madres que dieron a luz en las instituciones de Salud de la ciudad de Gondar. [En línea] Rev. Ethiopia: Hindawi; 2016: p. 1-6 [fecha de acceso 01 de marzo del 2017]. URL disponible en: [www.hindai.com/journals/anurs/2016/4703138/](http://www.hindai.com/journals/anurs/2016/4703138/)
- 10- Zulvayanti Zulhamdi Hidayat, et al. Factores de riesgo asociados con el parto prematuro en el Hospital General Hasan Sadikin en 2015. [En línea] Rev. Open Journal of Obstetrics and Gynecology, 2016, 6, p.798-806 [fecha de acceso 01 de marzo del 2017]. URL disponible en: [www.hindai.com/journals/anurs/2016/4703138/](http://www.hindai.com/journals/anurs/2016/4703138/)
- 11- Margarita Ahumada, German Alvarado. Factores de Riesgo de Parto Pretérmino en un Hospital de Lima Norte-2016. [En línea] Rev. Latino-Am. Enfermagem 2016; 24:e2750 [fecha de acceso 01 de marzo del 2017]. URL disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es\\_0104-1169-rlae-24-02750.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02750.pdf)
- 12- S Retureta, L Rojas, M Retureta. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila de Cuba en el periodo 2007-2012. Medisur vol.13 no.4 Cienfuegos jul.-ago. 2015
- 13- Susana Rodríguez, René Ramos. Ricardo Hernández. Factores de riesgo para la prematuridad – [En línea] México 2013. Ginecol Obstet Mex 2013;81: p.499-503 [fecha de acceso: 02 de marzo del 2017] URL disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom139b.pdf>
- 14- Viviana Genes. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino- [En línea] Paraguay 2013. Rev. Nac. (Itauguá). Vol. 4 (2) Dic. 2012, p. 8-14. [fecha de acceso: 02 de marzo del 2017] URL disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v4n2/v4n2a02.pdf>
- 15- D Díaz. Factores de riesgo asociados al parto prematuro en el Policlínico Norte de Ciego de Ávila, [En línea] Cuba 2011-2012. MEDICIEGO 2015; Vol.21 No.3 [fecha de acceso: 02 de marzo del 2017] URL disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2015/mdc153e.pdf>

- 16- Alfredo Ovalle et al. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago.. [En línea] Rev Med Chile 2012; 140: p. 19-29 [fecha de acceso: 02 de marzo del 2017] URL disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v140n1/art03.pdf>
- 17- R Arcangel. Factores de riesgo asociados a la amenaza de parto pretérmino en el Hospital Regional de Cajamarca en el año 2012 [Tesis para optar título profesional] Cajamarca. Biblioteca de la Facultad de Medicina Humana de la UNC; 2013
- 18- W Gonzales. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Hospital Regional de Cajamarca 2010 – 2011. [Tesis para optar título profesional] Cajamarca. Biblioteca de la Facultad de Medicina Humana de la UNC; 2012
- 19- R Pérez Quiroz. Factores epidemiológicos más frecuentes en parto pretérmino en el Hospital Regional de Cajamarca en el periodo enero – diciembre del 2008. [Tesis para optar título profesional] Cajamarca. Biblioteca de la Facultad de Medicina Humana de la UNC; 2009
- 20- W Cabellos. Perfil epidemiológico del recién nacido pretérmino, Hospital Regional de Cajamarca año 2006. [Tesis para optar título profesional] Cajamarca. Biblioteca de la Facultad de Medicina Humana de la UNC; 2007.
- 21- B Heras Pérez et al. La edad materna como factor de riesgo obstétrico. [En línea] Prog Obstet Ginecol. 2011; 54(11):p. 575—580. [Fecha de acceso: 07 de septiembre del 2017] URL disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v142n2/art04.pdf>
- 22- E Cortés Castell. Edad materna como factor de riesgo de prematuridad en España; área mediterránea [En línea] Nutr. Hosp. vol.28 no.5 Madrid sep./oct. 2013 [fecha de acceso: 07 de septiembre del 2017] URL disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112013000500025](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000500025)

23. B Murguialday, A Bosque. Riesgos en salud en el trabajo de ama de casa. Primera edición. Vasco. Emakumearen Euskal Erakundea 1994. p. 11-16
- 24- L Domínguez, P Vigil. El intervalo intergenésico: un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales. [En línea] Clin Invest Gin Obst. 2005; 32(3):p. 122-6 [fecha de acceso: 04 de septiembre del 2017] URL disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3010/1/Centeno\\_hg.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3010/1/Centeno_hg.pdf)
- 25- C Romero, A Chávez. La actividad sexual como factor de riesgo en la amenaza de parto pretérmino. [En línea] México Rev Fac Med UNAM Vol. 44 No. 5 Septiembre-Octubre, 2001. [Fecha de acceso: 04 de septiembre del 2017] URL disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3030/1/Fabian\\_ve.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3030/1/Fabian_ve.pdf)
- 26- I Cluet de Rodríguez, M Rossell, et al. Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes. [En línea] Rev Obstet Ginecol Venez vol.73 no.3 Caracas set. 2013 [Fecha de acceso: 05 de septiembre del 2017] URL disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322013000](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000)
27. H Saavedra. Factores asociados a la prematuridad en el Hospital II-1 de Yurimaguas, julio a diciembre 2014. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Facultad Medicina Humana [Tesis para optar título profesional] Iquitos, 2014. [En línea] [Fecha de acceso: 04 de septiembre del 2017] URL disponible en: [http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3765/Hitler\\_Tesis\\_Titulo\\_2015.pdf?sequence=1](http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3765/Hitler_Tesis_Titulo_2015.pdf?sequence=1)
28. K Sánchez. Factores de riesgo asociado a parto pretérmino. Hospital Belén de Trujillo 2012-2014. Universidad Nacional de Trujillo. Facultad de Medicina Humana [Tesis para optar título profesional] Trujillo 2016 [en línea] [fecha de acceso: 04 de septiembre del 2017] URL disponible en: <http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/136147>

29. M Cruz. Factores de riesgo maternos preconceptionales y conceptionales del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, 2014. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. [Tesis para optar título profesional] Lima, 2015 [en línea] [fecha de acceso: 04 de septiembre del 2017] URL disponible en:  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4068/1/Cruz\\_tm.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4068/1/Cruz_tm.pdf)
30. F Carpio. Factores de riesgo maternos asociados al desarrollo de parto Pretérmino. Hospital Regional de Lambayeque año 2013. Universidad privada Antenor Orrego. Facultad de Medicina Humana. [Tesis para optar título profesional] Trujillo, 2014 [en línea] [fecha de acceso: 20 de octubre del 2017] URL disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/415>
31. C Sánchez. Características maternas presentes en el parto prematuro en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Universidad San Martín de Porres. Facultad de medicina Humana. [Tesis para optar título profesional] Lima, 2014 [en línea] [fecha de acceso: 04 de septiembre del 2017] URL disponible en:  
[http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2232/3/sanchez\\_cw.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2232/3/sanchez_cw.pdf)
32. S Huamán. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del hospital maría auxiliadora durante el año 2015. Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana. [Tesis para optar título profesional] Lima, 2014 [en línea] [fecha de acceso: 04 de septiembre del 2017] URL disponible en:  
[http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/1027/1/Guadalupe%20Huam%C3%A1n%20Shessira%20Miluzka\\_2017.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/1027/1/Guadalupe%20Huam%C3%A1n%20Shessira%20Miluzka_2017.pdf)
33. R Taboada. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital regional de Loreto “Felipe Arriola iglesias” de Enero a diciembre 2013. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Facultad de Medicina Humana. [Tesis para optar título profesional] Iquitos, 2015 [en línea] [fecha de acceso: 20 de diciembre del 2017] URL disponible en:  
[http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3786/Ra%C3%BAI\\_Tesis\\_Titulo\\_2015.pdf?sequence=1](http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3786/Ra%C3%BAI_Tesis_Titulo_2015.pdf?sequence=1)

## **ANEXOS**



**ANEXO 1. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE TESIS: “TASA DE PARTO PRETÉRMINO Y PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS MATERNAS ASOCIADAS A LA PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, PERIODO 2014-2016 “**

N°	FILIACIÓN					EXAMEN FISICO	ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS
	EDAD MATERNA	RESIDENCIA ACTUAL (PROVINCIA/DISTRITO)	ESTADO CIVIL	GRADO DE INSTRUCC	OCUPACIÓN	TALLA	NRO PAR SEX

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		DATOS GESTACIONALES					
PARTO PRETÉRMINO PREVIO	ABORTO PREVIO	GEST MÚLTIP	GESTA/PARA	PIG	CPN	RELAC SEX EN EL EMBARAZO	TABACO/ ALCOHOL/ DROGAS/ CAFÉ

INGRESO		PARTO
DIAGNOSTICO DE INGRESO	EDAD GESTACIONAL DE INGRESO	TIPO DE PARTO

