

<http://rev.med.panacea.unica.edu.pe>

Rev méd panacea. 2013; 3(2): 27-31.

Recibido: 24 de Junio del 2013 | Aceptado: 20 de Julio del 2013 | Publicado: 31 de Agosto del 2013

CONFLICTOS DE INTERÉS: NO DECLARADOS

**ARTÍCULO ORIGINAL****Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica, Perú**Karina Huaroto-Palomino <sup>1,a</sup>, Miguel Angel Paucua-Huamancha <sup>1,a</sup>, Meliza Polo-Alvarez <sup>1,a</sup>, Jesus Nicolaza Meza-Leon <sup>1,b</sup>Facultad de Medicina Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, Perú<sup>1</sup>  
Médico Cirujano<sup>a</sup>, Médico Gineco obstetra<sup>b</sup>

**O**bjetivo: Determinar los Factores de Riesgo Maternos, Obstétricos y Neonatales asociados al parto pretérmino en el Hospital Regional de Ica durante el año 2012. **Materiales y métodos:** Es un estudio retrospectivo, observacional, analítico, de caso y control. La muestra fue de 107 pacientes, de los cuales 31 fueron casos con diagnóstico de parto pretérmino y 76, los controles con diagnóstico de parto a término. Se aplicó la estadística descriptiva para las variables categóricas y de medidas de tendencia central para las variables numéricas. Se empleó la prueba del chi cuadrado con un nivel de significancia estadística de  $p < 0,05$ . Se consideró factor de riesgo a toda variable con  $OR > 1$  e IC 95%. **Resultados:** El 23% de los partos pretérminos fueron madres adolescente (OR 2.993 IC [1,123-7,660]  $X^2$  0,024  $p < 0,05$ ). La edad materna extrema en el estudio  $< 19$  años fue el 76, 7% (OR 2.292; IC 0,367-14,323;  $X^2$  0,368); el estado civil casada tuvo el 20, 5% (OR 1.963; IC 0,517-7, 452;  $X^2$  0,316); 84, 1% tuvieron un nivel de instrucción baja: (OR 4,694; IC 1,598-13,855;  $X^2$  0,003); infecciones urinarias (OR 1.350; IC 2, 077-13, 116); vaginosis bacteriana (OR 1.224; IC 0,273-5,464); nuliparidad (OR 1.012; IC 0,372-2,751); bajo peso al nacer (OR 66,536; IC 18,015-248,746); generalidad (OR 14,23; IC 1,610-129,245). **Conclusiones:** Representaron factores de riesgo maternos: ser madre adolescente, edad extrema materna, procedencia rural, tener grado de instrucción baja, antecedentes patológicos como infección urinaria; factores de riesgo neonatales: bajo peso al nacer y gemelaridad.

**Palabras clave:** parto pretérmino, nivel de instrucción, control prenatal, periodo intergenésico, bajo peso al nacer (fuente: DeCS BIREME).

Autor corresponsal: Meliza Polo Alvarez. Teléfono: (51) 983904483. Correo electrónico: [mely140@hotmail.com](mailto:mely140@hotmail.com)

**INTRODUCCIÓN**

La medicina ha tenido significativos avances con un gran impacto en la práctica diaria. A pesar de las grandes contribuciones a la perinatología y al conocimiento de los procesos reproductivos, el parto pretérmino continúa siendo uno de los problemas clínicos más importantes de la obstetricia moderna (1), asociado con mortalidad perinatal, morbilidad neonatal severa y con discapacidad infantil moderada a severa. El parto pretérmino es uno de los mayores problemas en obstetricia y ginecología con una incidencia aproximada de 10-11%, variando entre las diferentes poblaciones según los factores de riesgo presentes. Es la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatal a nivel mundial, responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas en los nacidos con

menos de 32 semanas de gestación sin que esto haya cambiado en las últimas décadas (2).

La Organización Mundial de la Salud considera nacido pretérmino a "Aquel nacido con menos de 37 semanas cumplidas de gestación (menos de 259 días), independiente del peso al nacer". Con un interés pronóstico se clasifica a los pretérmino, según las semanas de gestación, en: moderado (33 – 36 semanas), muy pretérmino (28 – 32 semanas) y extremadamente pretérmino ( $< 28$  semanas) (1, 3, 17). Los partos prematuros representan cerca del 75% de la mortalidad neonatal y cerca de la mitad de la morbilidad neurológica a largo plazo (en América Latina y el Caribe cada año nacen cerca de 12 millones de niños: 400,000 mueren antes de cumplir cinco años,

270,000 en el primer año de vida, 180,000 durante el primer mes de vida y 135,000 por prematuridad). La situación es aún más grave en infantes con prematuridad extrema (menos de 32 semanas de embarazo), una quinta parte no sobrevive el primer año y hasta el 60% tienen discapacidades neurológicas (problemas de lenguaje y aprendizaje, trastorno por déficit de atención, dificultades socioemocionales, deterioro sensorial, visual y auditivo, retraso mental y parálisis cerebral). Por lo anterior, además de la pérdida de vidas, el nacimiento prematuro representa costos económicos y emocionales considerables para las familias y las comunidades (3).

La prematuridad ha representado un problema de salud pública desde hace siglos, pero es en los últimos años cuando se ha incrementado la incidencia. Antes de los años 60 se consideraba inviable el feto menor de 28 semanas. Si bien se reportaba ocasionalmente sobrevivida de niños menores de 1.000 g, la mortalidad para ese grupo era mayor del 90%. El cuidado de los prematuros y la tecnología han ido aumentando gradualmente la sobrevivida de niños, y, hoy en día, el límite de viabilidad (suficiente madurez biológica para poder vivir) aceptada en la mayor parte de los países está en las 24 semanas (4).

El parto prematuro indicado ocurre por interrupción obligada de la gestación ante enfermedad materna, fetal u ovular que ponen en riesgo la salud del binomio madre-niño. En estos casos los datos clínicos maternos y de laboratorio suelen ser suficientes para diagnosticar el factor de riesgo, ya que las lesiones placentarias habitualmente inespecíficas y comunes a varias enfermedades maternas y placentarias,

tienen limitado aporte al diagnóstico (5, 7, 9).

**MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio analítico, observacional, de caso y controles, retrospectivo. La población fue de 2500 pacientes del servicio de Gineco-obstetricia durante el periodo Enero - Diciembre del 2012. La muestra fue de 107 pacientes, de los cuales, 31 fueron los casos con diagnóstico de parto pretérmino y 76 fueron los controles con diagnóstico de parto a término. Se realizó la estadística descriptiva para las variables categóricas y de medidas de tendencia central para las variables numéricas. El análisis estadístico se realizó en el programa SPSS.20.0 y se empleó la prueba del chi cuadrado con un nivel de significancia estadística de  $p < 0,05$ . Se consideró factor de riesgo a toda variable con  $OR > 1$  e IC 95% que supera la unidad y como factor protector toda variable con  $OR < 1$  e IC 95% que no supera la unidad.

**RESULTADOS**

La edad materna media de la población que ingresó al estudio fue de  $25,7 \pm 1,84$  años para los casos y de  $27,43 \pm 3,43$  años para los controles. La mayoría de nuestras gestantes pertenecieron a la edad adulta (78,5%) tanto para los casos como para los controles (64,5 vs. 84,2% respectivamente). Resultado estadísticamente significativo (OR 2.993; IC 1,123-7,660;  $X^2 0,024$   $p < 0,05$ ).

El 20,5% de nuestras pacientes fueron casadas, siendo menor la proporción de ellas en los casos que en los controles (30,8 vs. 18,5%). Resultado estadísticamente no significativo (OR 1.963; IC 0,517-7,452;  $X^2 0,316$ ).

El 62% de nuestra serie procedía del área urbana. El 51,6% de los casos y el 30,3% de los controles procedían del área rural. Resultado estadísticamente significativo (OR 2.458; IC 1,042-5,795;  $X^2 0,037$ ).

El 70,8% de nuestra población estudiada registró un grado de instrucción secundaria. Similar proporción se observó entre los casos y controles (65,5 y 73,4% respectivamente). Resultado estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ). El 84,1% de la población estudiada tenía instrucción baja, siendo para los casos el 67,7% y para los controles 90,8%. Resultado estadísticamente significativo (OR 4.694; IC 1,598-13,855;  $X^2 0,003$ ). La paridad media de nuestra serie fue de  $\pm 2,28$ . Se observó que entre los casos el 22,6% fueron nulíparas, en tanto que entre los controles predominaron las primíparas seguidas de las múltiparas. Resultado estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ).

La gravidez media de nuestra serie fue de  $\pm 2,87$  embarazos. La gravidez entre los casos fue 29,0% predominantemente primigesta y segundigesta, en tanto que entre los con-

**Tabla 1. Factores de riesgo epidemiológicos maternos en la población estudiada.**

Factor de riesgo	Caso	Control	Total	OR (IC 95%)	X <sup>2</sup>	p
	31	76	107			
<b>Madre adolescente</b>						
Si	11	12	23	2.993 (1,123-7,660)	0,024	0.037
No	20	64	84			
<b>Madre añosa</b>						
Si	2	5	7	0,975 (0,180-5,338)	0,981	0.175
No	29	71	100			
<b>Edad materna extrema</b>						
Menor de 19 años	11	12	23	2,292 (0,367- 14,323)	0.368	0.025
Mayor de 35 años	2	5	7			
<b>Estado civil</b>						
Casada	4	12	16	1.963 (0,517-7.452)	0.316	0.120
Conviviente	9	53	62			
<b>Procedencia rural</b>						
Si	16	23	35	2,458 (1,042-5,795)	0,037	0.006
No	15	53	68			
<b>Nivel de instrucción</b>						
Baja	10	7	17	4,694 (1,598-13,855)	0.003	0.025
Alta	21	69	90			

**Tabla 2. Factores de riesgo maternos en la población en estudio.**

Factor de riesgo	Caso	Control	Total	OR (IC 95%)	X <sup>2</sup>	p
	31	76	107			
<b>Antecedente de parto</b>						
<b>Pretermino</b>						
Si	7	12	19	1,556 (0.548-4,417)	0,404	0.018
No	24	64	88			
<b>Antecedentes patológicos</b>						
Si	23	47	70	1,774(0.701-4,488)	0.223	0.123
No	8	29	37			
<b>Patología materna</b>						
Infección urinaria	18	25	43	1.350 (2.077-13.116)	0.048	0.133
Anemia	0	8	8	0.771 (0.222-2.682)		
Vaginosis bacteriana	3	6	9	1.224 (0.273-5.464)		
<b>Control prenatal</b>						
Inadecuado	14	59	73	0.237 (0.097-0.578)	0.001	0.032
Adecuado	17	17	34			

**Tabla 3. Determinación de los factores de riesgo obstétricos en la población estudiada.**

Factor de riesgo	Caso	Control	Total	OR (IC 95%)	X <sup>2</sup>	p
	31	76	107			
<b>Nuliparidad</b>						
Si	7	17	24	1.012 (0.372-2,751)	0.981	0.034
No	24	58	83			
<b>Primigravidez</b>						
Si	9	17	26	1.420 (0.552-3.652)	0.046	0.018
No	22	55	81			
<b>Periodo intergenesico</b>						
<b>PATOLOGICO</b>						
Si	7	27	34	0.529 (0.202-1.388)	0.192	0.615
No	24	49	73			
<b>Patología obstetrica</b>						
Si	22	19	41	7.333 (2,884-18.648)	0.000	0.005
No	9	57	66			

troles fueron multigestas. Resultado estadísticamente significativo (OR 1.420; IC 0,552-3,652;  $p < 0,05$ ).

El control prenatal fue adecuado en el 68,2% de la población estudiada, siendo mayor entre los controles donde llegó al 71,9% frente al 51,6% de los casos. Resultado estadísticamente no significativo (OR 0.529; IC 0,202-1,388,

$p > 0,05$ ). El periodo intergenésico de la población estudiada fue adecuado en el 68,2% aunque la proporción fue mayor entre los casos que entre los controles (77,4 vs. 64,5% respectivamente). Resultado estadísticamente no significativo ( $p > 0,05$ ). En cuanto a los factores de riesgo maternos, estos fueron: anteceden-

Tabla 4. Determinación de los factores de riesgo neonatales en la población en estudio

Factor de riesgo	Caso	Control	Total	OR	(IC 95%)	X <sup>2</sup>	p
	31	76	107				
<b>Bajo peso al nacer</b>							
Si	27	7	34	66,536 (18,015-248,746)		0,000	0.003
No	4	69	73				
<b>Generalidad</b>							
Si	5	1	6	14.23 (1.610-129,245)		0.003	0.018
No	26	75	101				

tes patológicos maternos (OR 1.774; IC 0,701-4,488), infección urinaria materna (OR 1.350; IC 2,077-13,116); vaginosis bacteriana (OR 1.224; IC 0,273-5,464) y antecedente de parto pretérmino (OR 1.556; IC 0,548-4,417).

El bajo peso al nacer estuvo presente en el 31,8% de los casos frente al 4,6% de los controles. Resultado estadísticamente muy significativo (OR 66.536; IC 18,015-248,746;  $p < 0.001$ ).

En cuanto a los factores de riesgo obstétricos, estos fueron: patología obstétrica (OR 7.333; IC 2,884-18,648); nuliparidad (OR 1.012; IC 0,372-2,751) primigravidez (OR 1.420; IC 0,552-3,652) y periodo intergenésico patológico (OR 0.529; IC 0,202-1,388). Resultados estadísticamente muy significativos para la patología obstétrica a excepción del periodo intergenésico patológico.

## DISCUSIÓN

El parto pretérmino, es el nacimiento antes de la semana 37 de gestación; su incidencia en diversas partes del mundo representa entre el 5 y el 12% de todos los nacimientos y en el Perú fluctúa entre los 10-14% de todos los embarazos (1, 2, 5, 8). Estas cifras no sólo se repiten en nuestro país sino que en algunas zonas del mismo, especialmente en las más pobres, pueden llegar a duplicarse. El parto pretérmino es la causa principal de morbilidad y mortalidad neonatal y por lo mismo, nuestro estudio busca identificar los factores de riesgo que participan en su presentación entre nuestras pacientes.

El parto pretérmino representa un problema en la práctica obstétrica actual, ya que contribuye en forma importante en la morbimortalidad perinatal (1,10). Es conocido que los neonatos prematuros tienen un riesgo elevado de desarrollar complicaciones. Además, su atención es compleja y el costo de su manejo alto (1, 2, 6).

La Organización Mundial de la Salud define el parto pre término como aquel que ocurre entre las 22 y 37 semanas de gestación, definición que es usada en nuestro estudio. Sin embargo, el criterio utilizado para definir el límite inferior en la mayoría de publicaciones no es homogéneo; algunos consideran las 20, 24, 28 ó 32 semanas. Este hecho hace que no siempre los resultados puedan ser compara-

dos (4,7).

Otra forma de evaluación lo constituye la clasificación según la edad gestacional. Los prematuros leves incluyen a los nacidos entre 32 y 36 semanas de embarazo (85%), los prematuros moderados a los nacidos entre 28 y 31 semanas (10%) y los prematuros extremos incluyen a los nacidos debajo de las 28 semanas (5%). El grupo más frecuente lo constituyen los leves; sin embargo, los que tienen más complicaciones son los prematuros extremos; por eso, la mayoría de investigaciones se dirige en este último grupo (13). Muchos de los estudios de los factores de riesgo de parto pretérmino están basados en registros de vida o en registros de nacimiento. En los países desarrollados, este tipo de registro parece estar bien elaborado; poseen la ventaja de incluir un gran número de participantes; ello reduce los potenciales sesgos externos de selección; además, permite formar subgrupos de estudios para un mejor análisis. Sin embargo, se observan inconsistencias cuando se cruzan los datos (ejemplo: edad gestacional y peso al nacer), siendo necesario realizar estimaciones y aproximaciones para corregir esta deficiencia. Además, incorporan pocos datos de aspecto clínico, lo cual impide controlar los factores de confusión. Los estudios clínicos generalmente incluyen pocas pacientes, pero permite registrar una mayor cantidad de datos en forma precisa (15).

La edad materna, de los grupos estudiados (casos-controles) guardaron gran similitud en sus características sociodemográficas (La edad materna media de la población que ingresó al estudio fue de 25.7 +/- 1.84 años para los casos y de 27.43 +/- 3.43 años para los controles,; mayormente eran casadas 81.3 y 70.3% respectivamente, con instrucción secundaria 65.5 y 73.4% respectivamente), aunque existieron algunas diferencias importantes como que entre los casos predominaron los del área rural (53.1%) y entre los controles predominaron los del área urbana (76.6%), también se observó que entre los casos las nulíparas y primíparas fueron más frecuentes, en tanto que, entre los controles predominaron las primíparas seguidas de las múltiparas. Lo mismo con la gravidez entre los casos fue predominantemente primigesta y segundigesta, en tanto que, entre los con-

troles fueron multigestas. El control prenatal fue adecuado en el 68.2 % de la población estudiada, siendo mayor entre los controles donde llegó al 71.9% frente al 51.6% de los casos.

En este estudio (OR = 0,532), a diferencia que la literatura nacional (OR =1,2 - 1,8) y extranjera, no muestra que la gestación durante la adolescencia es un factor de riesgo para la amenaza de parto prematuro (1-3). Es importante observar que OR de 1,2 a 1,8 pueden con mucha posibilidad tener IC al 95% que sean menores que 1, en nuestro estudio el límite superior del IC 95% es 1.24. El estudio demuestra que la paridad es una variable de riesgo (OR = 2,1). Esto concuerda con lo hallado con Marroquín y Trelles, ellos encuentran que en las pacientes que tienen más de 4 hijos el riesgo de prematuridad se incrementa en 2 a 3 veces. Esta asociación puede deberse a la mayor edad materna, a complicaciones obstétricas (hemorragia anteparto, preeclampsia) y a las lesiones del cuello uterino obtenidas en los partos previos. Sin embargo la regresión logística binomial desestima la edad materna como factor de riesgo con un Exp (B) de 0.139, si respalda a la hemorragia del tercer trimestre como factor de riesgo con un Exp (B) de 55.7, no se tiene información para contrastar la información de los antecedentes sobre lesiones del cuello uterino.

Se halló varios factores de riesgo epidemiológicos maternos para parto pretérmino entre nuestras pacientes como: la edad extrema materna (OR 2,292 (IC 0,367- 14,323), madre adolescente (OR 2.993 (IC 1,123-7,660), procedencia rural (OR 2,458 (IC1, 042-5,795) y estado civil casada (OR 1.963 (IC 0,517-7.452). Como estadísticamente, se considera factor de riesgo al que tiene OR mayor de 1 y cuyo intervalo de confianza se ubica íntegramente por encima de la unidad, quedan para nuestra población como factores de riesgo confirmados sólo la edad extrema materna y la procedencia rural de nuestras gestantes. Se confirma lo reportado por Riscarle Manrique, Airlen Rivero, Magaly Ortunio, Mariana Rivas, Rosa Cardozo y Harold Guevara referente a la edad materna adolescente (extrema).

En nuestro estudio de los 107 participantes del estudio entre caso y controles 100%, solo el 65,4% presentaron antecedentes patológicos, 74,2% para los casos y 61.8% para los controles, presentado la mayor frecuencia los casos de infecciones urinarias con el 40.2%, OR 1.350 IC (2.077-13.116), 58.1% para los casos y 32.9% para los controles, seguida de vaginosis bacteriana con el 8.4%, OR 1.224 IC (0.273-5.464), cuyos factores se asocian con parto pretérmino, anemia solo el 7.5%, OR 0.771 IC (0.222-2.682), pero no se presentó ningún caso aquellos con diagnóstico de parto pretérmino no significativa.

Entre los factores de riesgo maternos hallados tenemos: Antecedentes patológicos maternos (OR 1, 774 IC: (0.701-4,488), Infección urinaria materna (OR 1.350 (IC 2.077-13.116), vaginosis bacteriana (OR 1.224 IC: 0.273-5.464) y antecedente de parto pretérmino (OR 1,556 (IC 0.548-4,417), Como estadísticamente, se considera factor de riesgo al que tiene OR mayor de 1 y cuyo intervalo de confianza se ubica íntegramente por encima de la unidad, quedan para nuestra población como factores de riesgo confirmados sólo los antecedentes patológicos maternos, la infección urinaria y los antecedentes de parto pretérmino. De esta forma se confirmaron los datos estudiados por Anita Preciado y Gerardo Gonzales (14), Steven Offenbacher (16) referente al rol de las infecciones en el parto pretérmino y los de Ponce Pajuelo, Eladio Edisson, Sánchez Cabrera, Pedro Martín referente a la vaginosis bacteriana y de Reyes y Ruíz.

Los factores de riesgo neonatales para parto pretérmino hallados por nuestro estudio fueron: bajo peso al nacer (OR 66,536 IC 18,015-248,746) gemelaridad OR 14.23 (IC1.610-129,245) son factores de riesgo significativos sólo el bajo peso al nacer y la gemelaridad. Al igual que la mayoría de estudios se observó que el control prenatal inadecuado se asocia al parto pre término (OR = 2,7) para el análisis bivariado y un Exp (B) de 1.84 para el multivariado. Los estudios nacionales muestran que el control prenatal inadecuado multiplica de 2 a 7 veces el riesgo de prematuridad. Algunos consideran que el beneficio del CPN se debe a las diferencias físicas y psicológicas de las gestantes que realizan el CPN y no por una práctica médica específica (11, 13). Se recomienda que en el control prenatal se brinde educación referente a las manifestaciones clínicas, causas y consecuencias del parto pre término. Se debe alentar el abandono del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Además, se debe recomendar evitar el esfuerzo extenuante y reconocer las manifestaciones tempranas del trabajo de parto pre término; esto ayuda a la prevención y el manejo oportuno (1,14).

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. **Palencia C.** Parto prematuro. CCAP. 2009. Volumen 9 Número 4.
2. **Espinoza J.** Síndrome de parto Pretérmino.. Rev per ginecol obstet. 2008 Enero-Marzo Volumen 54 Número 1.
3. **Di Marco I.** Guía de prácticas clínicas. Amenaza de parto prematuro. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2010; 22 (1).
4. **Cochrane Plus.** Criterios Técnicos y Recomendaciones Basadas en evidencia para la construcción de guías de práctica clínica para el primer y segundo nivel de atención.2009.
5. **Ministerio de Salud.** Guía Clínica Prevención del parto prematuro 1st Ed. Santiago-Chile: Minsal.2005
6. **Althabe F, Carroli G.** El parto pretérmino: detección de riesgos y tratamientos preventivos. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 2011 5(6).
7. **Meza J.** Factores maternos relacionados con el parto pretérmino y su repercusión en el neonato. Hospital Nacional Hipólito Unanue: 2002 -2006, Rev Per Obst Enf 2010; 3(2)
8. **Manrique R.** Parto pretérmino en adolescentes, Departamento de Salud Pública de la Universidad de Carabobo. Rev Obstet Ginecol Venez 2008;68(3):144-149
9. **Villanueva E.** Perfil epidemiológico del parto prematuro. Ginecol Obstet Mex 2008;76(9):542-8
10. **Vásquez G, Ramírez J, Villar A.** Epidemiología del parto pretérmino en el Hospital San Bartolomé de Lima. Enero 2007 – Diciembre 2008. XIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, marzo 2009, Lima – Perú.
11. **Valladares E, Gómez C.** Medición ecográfica transvaginal del cuello uterino en la predicción del parto pretérmino espontáneo en el Instituto Materno Perinatal durante el año 2002. [Tesis para optar el título de especialista en Gineco-Obstetricia]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
12. **Zelada C.** Incidencia y factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna enero 2010 - Diciembre 2010 [Internet]. [Tacna - Perú]: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2009 [citado 2012 ene 12]. Disponible en: [tesis.unjbg.edu.pe:8080/.../111\\_2013\\_Parra\\_Velarde\\_F\\_FACS\\_Medicina..](http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/.../111_2013_Parra_Velarde_F_FACS_Medicina..)
13. **Castro FW, Labarrere Cruz Y, González Hernández G, Barrios Rentería Y.** Factores de riesgo del síndrome dificultad respiratoria de origen pulmonar en el recién nacido. Revista Cubana de Enfermería. 2008 sep; 23(3):0-0.
14. **San Román J, Dovasio F, Kreindel T, Kucharczyk M.** Hemorragia cerebral en el neonato. Archivos argentinos de pediatría. 2007 feb; 105(1):77-80.
15. **Fernández RM, García Y, García O, Rodríguez M, Moreno M.** Supervivencia en el neonato con peso menor de 1 500 g. Revista Cubana de Pediatría. 2010 jun; 82 (2):0-0.
16. **Krammer MS, Barros FC, Demissie K, Liu S.** ¿La reducción de la mortalidad infantil depende de la prevención del bajo peso al nacer? Análisis de tendencias actuales en el continente americano. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2011; 25 (3):98 - 104.
17. **Instituto Mexicano de Seguro Social.** Factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino. Revista Médica del IMSS. 212 ago; 43(4):5.

**FINANCIAMIENTO:** Autofinanciado.

**AGRADECIMIENTOS:** Al personal que labora en el Hospital Regional de Ica, por su ayuda desinteresada en realización de este trabajo.

**CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA:** KHP, MAPH, MPA y JNML participaron en el diseño del estudio, el análisis de los datos, revisión crítica del artículo y aprobación de la versión final.

---

## Factors maternal, obstetric and fetal risk associated with preterm delivery in patients of a public hospital in Ica, Peru

**Objective:** Determine the Risk Factors Maternal , Obstetric and Neonatal associated with preterm birth in the Ica Regional Hospital in 2012 . **Materials and Methods :** A retrospective, observational , analytical, case-control study. The sample included 107 patients, of which 31 cases were diagnosed with preterm labor and 76 controls diagnosed with labor at term . Descriptive statistics for categorical variables and measures of central tendency for numeric variables variables was applied. Chi square test was used with a level of statistical significance of  $p < 0.05$ . All risk factor variable with  $OR > 1$  e 95 % was considered. **Results:** 23% of teenage mothers were preterm deliveries ( $OR 2.993$  CI [ 1.123 to 7.660 ]  $X^2 0.024$   $p < 0.05$ ). Extreme maternal age in the study  $< 19$  years was 76 , 7% ( $OR 2.292$  , CI 0.367 to 14.323 , 0.368  $X^2$  ), the married civil state had the 20, 5 % ( $OR 1.963$  , CI 0.517-7 , 452 ;  $X^2 0.316$  ) 84 1% had a low education level (  $OR 4.694$  , CI 1.598 to 13.855 ,  $X^2 0.003$  ), urinary tract infection (  $OR 1.350$  , CI 2 077-13 , 116), bacterial vaginosis ( $OR 1.224$  ; CI 0.273 to 5.464 ) , nulliparity ( $OR 1.012$  , CI 0.372 to 2.751 ) , low birth weight ( $OR 66.536$  , CI 18.015 to 248.746 ) ; generalidad ( $OR 14.23$  , CI 1.610 to 129.245 ) . **Conclusions:** Accounted maternal risk factors : teenage pregnancy , extreme maternal age , rural origin , have low education level , medical history and urinary tract infection , neonatal risk factors : low birth weight and twinning .

**Key words:** pre - term birth, educational attainment, prenatal care, interpregnancy period, low birth weight. (source: MeSH NLM)

---

### CITA SUGERIDA.

Huaroto-Palomino K, Pauca-Huamancha MA, Polo-Alvarez M, Meza-Leon JN. Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica, Perú. Rev méd panacea.2013; 3 (2):27-31.