

# FACTORES MATERNOS RELACIONADOS CON EL PARTO PRETÉRMINO Y SU REPERCUSIÓN EN EL NEONATO. HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE: 2002 -2006

## Maternal factors related to the preterminal birth and its repercussion in the newborn infant. National Hospital Hipólito Unanue: 2002-2006

Jessica Meza Martínez<sup>1</sup>

### RESUMEN

**Objetivo:** El parto pretérmino es un problema no sólo obstétrico sino también neonatal, ya que se asocia con un alto índice de morbilidad en el recién nacido a corto y largo plazo; es la principal causa de morbilidad neonatal. El presente estudio tiene como objetivo determinar los factores maternos relacionados con el parto pretérmino y su repercusión en el neonato. Se realizó en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima durante el período enero 2002- diciembre 2006.

**Material y método:** Estudio descriptivo correlacional, retrospectivo. Se estudiaron 285 casos de gestantes con diagnóstico de parto pretérmino y sus respectivos neonatos.

**Resultados:** los factores maternos como multiparidad, parto abdominal, ruptura prematura de membranas y edad gestacional de 24 a 30 semanas, se asocian con un incremento en la probabilidad de presentar morbilidad neonatal. Asimismo, la edad gestacional de 24 a 30 semanas se asocia con un incremento en la probabilidad de presentar depresión neonatal. También la obesidad, la gran multiparidad, la edad gestacional de 24 a 30 semanas se asocian al incremento en la probabilidad de presentar asfixia neonatal. Finalmente, los factores maternos como control prenatal inadecuado, edad gestacional de 24 a 30 semanas, se asocian al incremento en la probabilidad de presentar mortalidad neonatal.

**Conclusiones:** La edad gestacional de 24 a 30 semanas constituye el factor de mayor relevancia en la morbimortalidad neonatal.

**Palabras Clave:** trabajo de parto prematuro; recién nacido; indicadores de morbimortalidad; depresión posparto; asfixia neonatal.

### ABSTRACT

**Objective:** preterminal birth is not only an obstetrical problem but also a newborn one, because it is associated with a high index of short and long term morbidity between new born infants; it is the principal cause of newborn morbidity. The objective of this study is to determine the maternal facts related to the preterminal birth and its repercussion in the newborn infant. It was done in the National Hospital Hipólito Unanue in Lima, during the period January 2002-December 2006.

**Material and method:** Correlational, descriptive study, retrospective. 285 cases of pregnant women were studied with diagnosis of preterminal birth and their respective newborn infants.

**Results:** maternal facts as multiparity, abdominal childbirth, premature rupture of membranes and a gestational age of 24 to 30 weeks are associated with an increase in the probability of presenting newborn morbidity. As well, gestational age of 24 to 30 weeks is associated with the increase on the probability of presenting newborn depression. Also, obesity, great multiparity, gestational age of 24 to 30 weeks, are associated to the probability of presenting newborn asphyxiation. Finally, maternal facts as inappropriate prenatal control and gestational age of 24 to 30 weeks are associated to the increase on the probability of presenting newborn mortality.

**Conclusions:** gestational age of 24 to 30 weeks is the more relevant factor in the newborn morbimortality.

**Key Words:** obstetric labor, premature; infant newborn; depression, postpartum; indicators of morbidity and mortality, Asphyxia Neonatorum.

### INTRODUCCIÓN

En diversas partes del mundo, los partos pretérmino continúan representando entre el 5 y el 12% de todos los nacimientos (1,2).

Todos los años nacen en el mundo alrededor de 13 millones de niños prematuros; la mayor parte de esos nacimientos ocurren en países en

desarrollo y constituyen la proporción más extensa de la morbilidad y la mortalidad perinatales que se registran anualmente en todo el mundo, constituyéndose de esta manera en un problema de salud pública de suma importancia, especialmente en Latinoamérica (3,4).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al parto pretérmino como el nacimiento

<sup>1</sup> Licenciada en Obstetricia de la Universidad de San Martín de Porres.

anterior al cumplimiento de las 37 semanas de edad gestacional (5, 6, 7). El parto pretérmino se ha asociado a múltiple factores, entre ellos socioeconómicos y culturales, complicaciones médicas y obstétricas durante la gestación, mala historia obstétrica, hábitos de consumo de tabaco y drogas.

El período más importante en la vida del ser humano para su salud inmediata es el perinatal, más importante aún en los prematuros, quienes por presentar los índices más elevados de morbilidad y mortalidad son el grupo de mayor riesgo. La inmadurez del aparato respiratorio y del sistema nervioso central domina la morbimortalidad y pronóstico del prematuro; sin embargo todos los aparatos son vulnerables, siendo el mayor riesgo a menor edad gestacional (8).

El objetivo del estudio fue determinar la asociación entre los factores maternos relacionados al parto pretérmino y repercusión en el neonato (depresión, asfixia, morbilidad, mortalidad).

Encontramos en el estudio asociación entre algunos factores maternos relacionados al parto pretérmino y repercusión en el neonato.

## MATERIAL Y MÉTODO

El presente estudio es de tipo descriptivo correlacional, retrospectivo. El universo estuvo conformado por todas las gestantes con diagnóstico de parto pretérmino y sus

respectivos neonatos atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima durante el período 2002-2006, que constituyeron 1 816 casos. Utilizamos una fórmula de muestreo, con un intervalo de confianza del 95 % (valor de z) y porcentaje de error del 5%; la muestra fue de 285 casos que cumplieron con los criterios de selección. El tipo de muestra fue no probabilístico intencionado.

La recolección de datos se realizó a través de una ficha previamente elaborada, la misma que constó de dos partes: 1) datos maternos, 2) datos del neonato; para lo cual se revisaron las historias clínicas maternas y las de sus respectivos neonatos. Los datos obtenidos fueron ingresados a una base de datos; para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS (versión 12) y el programa EPI DAT (versión 3.0). Se realizó el análisis univariado para la determinación de frecuencias y porcentajes y el análisis bivariado por medio de tablas de contingencia.

## RESULTADOS

Al analizar la relación entre los factores maternos relacionados al parto pretérmino y morbilidad neonatal, resultaron estadísticamente significativos: multiparidad ( $p < 0,005$ ;  $OR = 1,74$ ), edad gestacional de 24 a 30 semanas ( $p < 0,01$ ), parto abdominal ( $p < 0,03$ ;  $OR = 1,88$ ), ruptura prematura de membranas ( $p < 0,01$ ;  $OR = 2,28$ ). (Tablas 1, 2,3).

**TABLA 1: factores maternos y morbilidad neonatal según antecedentes maternos**

ANTECEDENTES MATERNOS	MORBILIDAD NEONATAL						
	Con patología		Sin patología		P	IC 95%	OR
	Nº	%	Nº	%			
Grupo Étáreo					NS	NS	-----
15 - 19 años	47	23,4	27	32,1			
20 - 34 años	130	64,7	44	52,4			
> 34 años	24	11,9	13	15,5			
Estado Nutricional (IMC)					NS	NS	-----
Bajo peso	13	6,5	7	8,3			
Normo peso	138	68,7	61	72,6			
Sobrepeso	42	20,9	14	16,7			
Obesidad	8	4,0	2	2,4			
Periodo Internatal					NS	NS	-----
Sin período internatal	70	34,8	44	52,4			
< 2 años	55	27,4	17	20,2			
2 - 4 años	42	20,9	12	14,3			
> 4 años	34	16,9	11	13,1			

Tabla 2: factores maternos y morbilidad neonatal según riesgo obstétrico

RIESGO OBSTÉTRICO	MORBILIDAD NEONATAL						
	Con patología		Sin patología		P	IC 95%	OR
	Nº	%	Nº	%			
Control Prenatal					NS	NS	-----
Adecuado	84	41,8	42	50			
Inadecuado	70	34,8	25	29,8			
Nulo	47	23,4	17	20,2			
Paridad							
Primípara	87	43,3	49	58,3			
Múltipara	109	54,2	34	40,5	<0,05	1,03 - 2,92	1,74
Gran múltipara	5	22,5	1	1,2			
Edad Gestacional por FUR							
24 - 30 semanas	58	28,9	0	0	<0,01		
31 - 34 semanas	105	52,2	37	44			
35 - 36 semanas	38	18,9	47	56			
Tipo de Parto							
Vaginal	93	46,3	52	61,9			
Abdominal	108	53,7	32	33,1	<0,03	1,12 -3,17	1,88

Tabla 3: factores maternos y morbilidad neonatal según complicaciones de la gestación

COMPLICACIONES DE LA GESTACIÓN	MORBILIDAD NEONATAL						
	Con patología		Sin patología		P	IC 95%	OR
	Nº	%	Nº	%			
Hemorragias					NS	NS	-----
Placenta previa	15	7,5	5	6,0			
Desprendimiento prematuro de Placenta	11	5,5	3	3,5			
No presenta	175	87,0	76	90,5			
Polihidramnios					NS	NS	-----
Presenta	9	4,5	4	4,8			
No presenta	192	95,5	80	95,2			
Preeclampsia - Eclampsia					NS	NS	-----
Presenta	34	16,9	12	14,3			
No presenta	167	83,1	72	85,7			
Ruptura Prematura de Membranas							
Presenta	90	44,8	22	26,2	<0,01	1,30 -4,00	2,28
No presenta	111	55,2	62	73,8			
Anemia					NS	NS	-----
Presenta	155	77,1	62	73,8			
No presenta	46	22,9	22	26,2			
Infección del Tracto Urinario					NS	NS	-----
Presenta	102	50,7	45	53,6			
No presenta	99	49,3	39	46,4			

Al analizar la relación entre los factores maternos relacionados al parto pretérmino y depresión neonatal, la edad gestacional de 24 a

30 semanas ( $p < 0,001$ ;  $OR = 5,67$ ) resultó ser estadísticamente significativa para la ocurrencia de este evento. (Tablas 4, 5, 6)

Tabla 4: factores maternos y depresión neonatal según antecedentes maternos

ANTECEDENTES MATERNOS	DEPRESIÓN NEONATAL						
	Presenta		No Presenta		P	IC 95%	OR
	Nº	%	Nº	%			
Grupo Etéreo					NS	NS	-----
15 - 19 años	15	23,8	59	26,6			
20 - 34 años	41	65,1	133	59,9			
> 34 años	7	11,1	30	13,5			
Estado Nutricional (IMC)					NS	NS	-----
Bajo peso	3	4,8	17	7,7			
Normo peso	40	63,5	159	71,6			
Sobrepeso	15	23,8	41	18,5			
Obesidad	5	7,9	5	2,3			
Periodo Internatal					NS	NS	-----
Sin período internatal	21	33,3	93	41,9			
< 2 años	13	20,6	59	26,6			
2 - 4 años	15	23,8	39	17,6			
> 4 años	14	22,2	31	14,0			

Tabla 5: factores maternos y depresión neonatal según riesgo obstétrico

RIESGO OBSTÉTRICO	DEPRESIÓN NEONATAL						
	Presenta		No Presenta		P	IC 95%	OR
	Nº	%	Nº	%			
Control Prenatal					NS	NS	-----
Adecuado	23	36,5	103	46,4			
Inadecuado	25	39,7	70	31,5			
Nulo	15	23,8	49	22,1			
Paridad					NS	NS	-----
Primípara	26	41,3	110	49,5			
Múltipara	34	54,0	109	49,1			
Gran múltipara	3	4,7	3	1,4			
Edad gestacional por FUR							
24 - 30 semanas	29	46,0	29	13,1	<0,001	3,02-10,67	5.67
31 - 34 semanas	23	36,5	119	56,3			
35 - 36 semanas	11	17,5	74	33,3			
Tipo de Parto					NS	NS	-----
Vaginal	31	49,2	114	51,4			
Abdominal	32	59,8	108	48,6			

Tabla 6: factores maternos y depresión neonatal según complicaciones de la gestación

COMPLICACIONES DE LA GESTACIÓN	MORBILIDAD NEONATAL						OR
	Presenta		No Presenta		P	IC 95%	
	Nº	%	Nº	%			
Hemorragias					NS	NS	-----
Placenta previa	7	11,1	13	5,9			
Desprendimiento prematuro de Placenta	4	6,3	10	4,5			
No presenta	52	82,6	199	89,6			
Polihidramnios					NS	NS	-----
Presenta	3	4,8	10	4,5			
No presenta	60	95,2	212	95,5			
Preeclampsia - Eclampsia					NS	NS	-----
Presenta	10	15,9	36	26,2			
No presenta	53	84,1	186	83,8			
Ruptura Prematura de Membranas					NS	NS	-----
Presenta	24	38,1	88	39,6			
No presenta	39	61,9	134	60,4			
Anemia					NS	NS	-----
Presenta	46	73,0	171	77,0			
No presenta	17	27,0	51	23,0			
Infección del Tracto Urinario					NS	NS	-----
Presenta	31	49,1	116	52,3			
No presenta	32	50,8	106	47,7			

Al analizar la relación entre los factores maternos relacionados al parto pretérmino y asfixia neonatal, resultaron ser estadísticamente significativos: obesidad materna ( $p < 0,05$ ;

OR=5,77), gran multiparidad ( $p < 0,01$ ; OR=13,68), edad gestacional de 24 a 30 semanas ( $p < 0,001$ ; OR=14,03). (Tablas 7, 8, 9).

Tabla 7: factores maternos y asfixia neonatal según antecedentes maternos

ANTECEDENTES MATERNOS	ASFIXIA NEONATAL						
	Presenta		No Presenta		P	IC 95%	OR
	Nº	%	Nº	%			
Grupo Etéreo					NS	NS	-----
15 - 19 años	8	36,4	66	25,1			
20 - 34 años	12	54,5	162	61,6			
> 34 años	2	9,1	35	13,3			
Estado Nutricional (IMC)							
Bajo peso	2	9,1	18	6,8			
Normo peso	15	68,2	184	70			
Sobrepeso	2	9,1	54	20,5			
Obesidad	3	13,6	7	2,7	<0,05	1,38 -24,14	5,77
Periodo Internatal					NS	NS	-----
Sin período internatal	9	40,9	105	39,9			
< 2 años	7	31,8	65	24,7			
2 - 4 años	4	18,2	50	19			
> 4 años	2	9,1	43	16,3			

Tabla 8: factores maternos y asfixia neonatal según riesgo obstétrico

RIESGO OBSTÉTRICO	ASFIXIA NEONATAL						
	Presenta		No Presenta		P	IC 95%	OR
	Nº	%	Nº	%			
Control Prenatal					NS	NS	-----
Adecuado	3	16,6	123	46,8			
Inadecuado	11	50	84	31,9			
Nulo	8	36,4	56	21,3			
Paridad							
Primípara	10	45,5	126	47,9			
Múltipara	9	40,9	134	51			
Gran múltipara	3	13,6	3	1,1	<0,01	2,58-72,45	13,68
Edad Gestacional por FUR							
24 - 30 semanas	16	72,8	42	16	<0,001	5,19 -37,93	14,03
31 - 34 semanas	3	13,6	139	52,9			
35 - 36 semanas	3	13,6	82	31,1			
Tipo de Parto					NS	NS	-----
Vaginal	16	72,7	129	49			
Abdominal	6	17,3	134	51			

Tabla 9: factores maternos y asfixia neonatal según complicaciones de la gestación

COMPLICACIONES DE LA GESTACIÓN	ASFIXIA NEONATAL						
	Presenta		No Presenta		P	IC 95%	OR
	Nº	%	Nº	%			
Hemorragias					NS	NS	-----
Placenta previa	1	4,5	19	7,2			
Desprendimiento prematuro de Placenta	1	4,5	13	4,9			
No presenta	20	91	231	87,9			
Polihidramnios					NS	NS	-----
Presenta	0	0	13	4,9			
No presenta	22	100	250	95,1			
Preeclampsia - Eclampsia					NS	NS	-----
Presenta	0	0	46	17,5			
No presenta	22	100	217	82,5			
Ruptura Prematura de Membranas					NS	NS	-----
Presenta	11	50	101	38,4			
No presenta	11	50	162	61,6			
Anemia					NS	NS	-----
Presenta	17	77,3	200	76			
No presenta	5	10,7	63	24			
Infección del Tracto Urinario					NS	NS	-----
Presenta	8	36,4	139	52,9			
No presenta	14	63,6	124	47,1			

Al analizar la relación entre los factores maternos relacionados al parto pretérmino y mortalidad neonatal, resultaron ser

estadísticamente significativos: control prenatal inadecuado ( $p < 0,03$ ;  $OR = 2,26$ ), edad gestacional de 24 a 30 semanas ( $p < 0,01$ ;  $OR = 14,33$ ) (Tabla 10, 11, 12).

Tabla 10: factores maternos y mortalidad neonatal según antecedentes maternos

ANTECEDENTES MATERNOS	MORTALIDAD NEONATAL						
	Presenta		No Presenta		P	IC 95%	OR
	Nº	%	Nº	%			
Grupo Etéreo					NS	NS	-----
15 - 19 años	11	27,5	63	25,7			
20 - 34 años	23	57,5	151	61,6			
> 34 años	6	15,0	31	12,7			
Estado Nutricional (IMC)					NS	NS	-----
Bajo peso	3	7,5	17	6,9			
Normo peso	29	72,5	170	69,4			
Sobrepeso	6	15,0	50	20,4			
Obesidad	2	5,0	8	3,3			
Periodo Internatal					NS	NS	-----
Sin período internatal	14	35,5	100	40,8			
< 2 años	12	30,0	60	24,5			
2 - 4 años	9	22,5	45	18,4			
> 4 años	5	12,5	40	16,3			

Tabla 11: factores maternos y mortalidad neonatal según riesgo obstétrico

RIESGO OBSTÉTRICO	MORTALIDAD NEONATAL						
	Presenta		No Presenta		P	IC 95%	OR
	Nº	%	Nº	%			
Control Prenatal							
Adecuado	9	22,5	117	47,8			
Inadecuado	20	50,0	75	30,6	<0,03	1,15 – 4,45	2,26
Nulo	11	27,5	53	21,6			
Paridad					NS	NS	-----
Primípara	17	42,5	119	48,6			
Múltipara	21	52,5	122	49,8			
Gran múltipara	2	5,0	4	1,6			
Edad Gestacional por FUR							
24 - 30 semanas	27	67,5	31	12,7	<0,01	6,69 – 30,69	14,33
31 - 34 semanas	12	30,0	130	53,1			
35 - 36 semanas	1	2,5	84	34,2			
Tipo de Parto					NS	NS	-----
Vaginal	26	65,0	119	48,6			
Abdominal	14	35,0	126	51,4			

Tabla 12: factores maternos y mortalidad neonatal según complicaciones de la gestación

COMPLICACIONES DE LA GESTACIÓN	MORTALIDAD NEONATAL				P	IC 95%	OR
	Presenta		No Presenta				
	Nº	%	Nº	%			
Hemorragias					NS	NS	-----
Placenta previa	5	12,5	15	6,1%			
Desprendimiento prematuro de Placenta	2	5,0	12	4,9			
No presenta	33	82,5	218	89,0			
Polihidramnios					NS	NS	-----
Presenta	2	5,0	11	4,5			
No presenta	38	95,0	234	95,5			
Preeclampsia - Eclampsia					NS	NS	-----
Presenta	5	12,5	41	16,7			
No presenta	35	87,5	204	83,3			
Ruptura Prematura de Membranas					NS	NS	-----
Presenta	18	45,0	94	38,4			
No presenta	22	55,0	151	61,6			
Anemia					NS	NS	-----
Presenta	31	77,5	186	75,9			
No presenta	9	22,5	59	24,1			
Infección del Tracto Urinario					NS	NS	-----
Presenta	21	52,5	126	51,4			
No presenta	19	47,5	119	28,6			

## DISCUSIÓN

En nuestro estudio, teniendo en cuenta que en el período de estudio 2002- 2006 hubo 41 924 partos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima, entre los cuales 1 816 fueron menores de 37 semanas, se obtuvo la frecuencia de 4,3% de partos pretérmino para ese período, muy similar a lo reportado por Miranda Del Olmo (9) en su estudio en el Hospital General de México, donde la frecuencia de partos pretérmino fue de 4,1%. De acuerdo con la literatura mundial, se estima entre 5 y 12% (1,2)), lo cual es superior a lo que sucede en nuestro hospital.

De los factores maternos relacionados al parto pretérmino estudiados, tenemos más frecuentemente: grupo etáreo entre 20 y 34 años con el 61%; respecto al estado nutricional por índice de masa corporal, el 69,8% fue normo peso; mujeres sin gestación previa: 40%, con período internatal menor de dos años: 25,3%.

Con relación al riesgo obstétrico, el 55,8% tuvo control prenatal inadecuado, el 50,2% fueron múltiparas, el 50,9% tuvo parto vaginal y el

49,8% presentó edad gestacional entre 31 y 34 semanas.

De las complicaciones de la gestación, las complicaciones obstétricas más frecuentes fueron la ruptura prematura de membranas con 39,3%, seguido de la preeclampsia-eclampsia, con 16,1%. Respecto a las complicaciones médicas, la anemia ocupa el primer lugar con 76,1%, mientras que la infección del tracto urinario se presentó en el 51,6%, asimismo, encontramos un 43% que presentaron ambas.

Respecto al neonato pretérmino, encontramos que el 70,5% presentó morbilidad, siendo el síndrome de distrés respiratorio, con 57,2% y las infecciones, con 38,2% las más frecuentes. Se encontró que el 22,1% presentó depresión; el 7,7% presentó asfixia. La mortalidad global en nuestro estudio fue 14% (40/285), predominando la muerte neonatal precoz con 77,5%; respecto a las causas de muerte, las más frecuentes fueron el síndrome de distrés respiratorio, con 55%, seguido de sepsis, con 35%.

Nuestro estudio evaluó asociación entre los factores maternos que se relacionan al parto

pretérmino y las repercusiones en el neonato como depresión, asfixia, morbilidad, mortalidad. En relación a los antecedentes maternos conocidos y relacionados con la presencia de morbilidad neonatal, no encontramos relación estadísticamente significativa con la edad materna, el estado nutricional materno y el período internatal, no coincidiendo con lo descrito en la literatura, que señala que la edad materna, el intervalo intergenésico no adecuado, pueden ser condicionantes de daño (7).

La combinación de factores físicos y psicosociales, además de un pobre control prenatal se relacionan con resultados neonatales adversos (10).

En nuestro estudio, con relación a las variables de riesgo obstétrico, no encontramos asociación estadísticamente significativa al analizar la variable control prenatal.

Sin embargo, al analizar la variable paridad, encontramos que la multiparidad resultó ser estadísticamente significativa para la ocurrencia de morbilidad neonatal, aumentando 1,74 veces la probabilidad de que se presente dicho evento. Al analizar la edad gestacional por fecha de última regla, encontramos que también resultó ser estadísticamente significativa, de manera que los niños nacidos entre las semanas 24 y 30 tendrán mayor probabilidad de presentar morbilidad, ya que las alteraciones funcionales del prematuro dependen fundamentalmente del grado de prematuridad, que se asocia a la edad gestacional(11).

Otra variable que se asocia a morbilidad neonatal encontrada en nuestro estudio con significancia estadística es el tipo de parto (abdominal), aumentando la probabilidad de presencia de morbilidad en 1,88 veces, coincidiendo con lo descrito por la literatura (12). La ruptura de membranas es una complicación que representa un riesgo fetoneonatal, por la morbilidad que ocasiona la infección y la prematuridad (5).

En nuestro estudio, al relacionar ruptura prematura de membranas y morbilidad neonatal, encontramos que resultó ser estadísticamente significativa, aumentando 2,28 veces más la probabilidad de que ocurra dicho evento; estos hallazgos son coincidentes con lo reportado en la literatura.

Al analizar las variables: polihidramnios, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, preeclampsia-eclampsia, anemia e infección del tracto urinario, no se encontró

asociación estadísticamente significativa.

En nuestro estudio, el mayor porcentaje de los casos de depresión neonatal se presentó en los neonatos cuyas madres presentaron edades de 20 a 34 años, no coincidiendo con lo descrito en la literatura, en la que ser primigrávida añosa (mayor de 35 años) es factor de riesgo para presentar depresión neonatal. Al analizar las variables: grupo étnico, período internatal y estado nutricional no encontramos asociaciones estadísticamente significativas.

Con relación a los factores de riesgo obstétrico, asociado a depresión neonatal, encontramos que el factor edad gestacional (24-30 semanas), resultó ser estadísticamente significativo para la ocurrencia de este evento (depresión neonatal), aumentado 5,67 veces la probabilidad de ocurrencia, guardando relación con lo reportado en la literatura (13). Al analizar las variables control prenatal, paridad y tipo de parto, no encontramos asociación estadísticamente significativa.; lo cual no coincide con la literatura, ya que las mujeres que no reciben control prenatal presentan complicaciones en el parto (14).

La depresión neonatal, manifestada como Apgar bajo se relaciona con la prematuridad y patologías maternas, que pueden alterar el intercambio gaseoso materno fetal (15).

En nuestro estudio, al realizar el análisis de las complicaciones obstétricas y médicas de la gestación, no encontramos relación estadísticamente significativa con la ocurrencia de depresión neonatal.

En relación a los antecedentes maternos conocidos y relacionados con la presencia de asfixia neonatal, el factor estado nutricional materno (obesidad) resultó estadísticamente significativo para la ocurrencia de asfixia neonatal, aumentando 5,77 veces la probabilidad de ocurrencia del evento.

En relación a los factores de riesgo sociodemográficos conocidos y relacionados con la ocurrencia de asfixia perinatal, el factor de riesgo edad materna resultó estadísticamente significativo para la ocurrencia de asfixia perinatal severa para pacientes con edad igual o mayor a 35 años aumentando 4,75 veces la probabilidad de ocurrencia del evento (16).

En nuestro estudio la mayor proporción de casos de asfixia se presentaron en los neonatos cuyas madres se encuentran entre las edades de 20 a 34 años; sin embargo, no encontramos asociación estadísticamente

significativa, lo cual no coincide con la literatura internacional donde los grupos etéreos extremos tienen el mayor riesgo de presentar el evento.

En relación a los factores de riesgo obstétrico relacionados con la presencia de asfixia neonatal, el factor paridad (gran múltipara) resultó estadísticamente significativo para la ocurrencia de asfixia neonatal, aumentando 13,86 veces la probabilidad de ocurrencia del evento. También encontramos que el factor edad gestacional (24-30 semanas) resulta estadísticamente significativo para la ocurrencia de dicha entidad, incrementando 14,03 veces la probabilidad de ocurrencia del evento.

Al analizar el factor control prenatal no se encontró asociación estadísticamente significativa.

Úbeda Miranda (16) reporta que no se halló relación estadísticamente significativa entre el factor paridad (multiparidad) y la ocurrencia de asfixia neonatal, lo cual difiere de nuestros resultados, no siendo así para el factor control prenatal, del cual reporta no se estableció relación estadística significativa para la ocurrencia de asfixia neonatal, coincidiendo con lo hallado en nuestro estudio.

Al analizar las variables de las complicaciones obstétricas y médicas, no encontramos asociación estadísticamente significativa con la ocurrencia de esta entidad (asfixia neonatal), no coincidiendo con lo reportado por Úbeda Miranda (16) en su estudio en el Hospital Berta Calderón Roque en Nicaragua quien al aplicar pruebas estadísticas encontró que la presencia de patologías en el embarazo aumenta 2,8 veces la probabilidad del evento.

La mortalidad relacionada con la reproducción (materna, fetal tardía, neonatal e infantil), presenta tasas más altas en madres menores de 20 años cuando se compara con los grupos de edades maternas más avanzadas (10). También así, el estado nutricional, el período internatal no adecuados pueden ser condicionantes de daño (7).

Al analizar estos factores maternos en nuestro estudio (grupo etéreo, estado nutricional y período internatal) no encontramos asociación estadísticamente significativa con la presencia de muerte neonatal, lo cual difiere con lo descrito en la literatura.

Se ha observado que la falta de control prenatal incrementa el riesgo de complicaciones, tanto en la madre como en el niño (10). Asimismo, los nacidos antes de las 32 semanas tienen riesgo

más grande de muerte y malos resultados de la salud (17). La morbilidad y mortalidad perinatal en los recién nacidos pretérmino se relaciona de manera inversa con la edad gestacional y el peso al nacer: cuanto mayor es la edad gestacional y el peso, menor es la morbilidad y mortalidad (6). También se observa que la vía de nacimiento trasciende en la morbimortalidad neonatal (9).

En nuestro estudio, al analizar el factor control prenatal, encontramos asociación estadísticamente significativa entre el control prenatal inadecuado y la presencia de muerte neonatal, de manera que aumenta en 2,26 veces la probabilidad de presentar dicho evento.

Al analizar la edad gestacional por fecha de última regla, encontramos que resultó ser estadísticamente significativa, aumentando en 14,33 veces la probabilidad de muerte neonatal; coincidiendo con lo reportado en la literatura.

Sin embargo, al analizar el factor paridad y tipo de parto, no encontramos asociación estadísticamente significativa, lo cual difiere con lo descrito en la literatura.

En nuestro estudio, al analizar las complicaciones maternas no encontramos asociación estadísticamente significativa con relación a la ocurrencia de muerte neonatal, de lo cual podríamos inferir, que si bien estos factores están relacionados a morbilidad neonatal, no tendrían igual inferencia respecto a la mortalidad en nuestro estudio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de salud. Guía Clínica. Prevención del parto prematuro. 1st. Santiago: ed. Santiago; 2005.
2. Faneite P, Gómez R, Guninad M. et al. Amenaza de parto prematuro e infección urinaria. Rev. Obstet Ginecol Venez. [Online]. Mar. 2006; 66 (1) [acceso: 15 Octubre 2006], p. 1- 6. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_artext&pid=S0048-77322006000100001&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_artext&pid=S0048-77322006000100001&lng=es&nrm=iso) ISSN 0048-7732.
3. Althabe F, Carroli G, Lede R, Belizán JM, Althabe OH. El parto pretérmino: detección de riesgos y tratamientos preventivos. Rev Panam Salud Pública. 2003; 5 (6).
4. Villamonte W, Lam N, Ojeda E. Factores de riesgo del parto pretérmino. Instituto Materno Perinatal. Ginecol Obstet (Perú). 2001; 47(2): 112-116.
5. Botero J, Jubiz A. Obstetricia y Ginecología. 6ta. Ed. Bogotá: Carvajal; 2000.
6. Gabbe S. Obstetricia. Tomo 2. Madrid: Marbán Libros; 2004: 755-757.

7. Ludmir A. Ginecología y Obstetricia: prevención, detección, tratamiento. Lima: Concytec; 1996: 556-577.
8. Oliveros Donohue M. Medicina Fetal y del Recién Nacido. Tomo 2. Lima: Concytec; 1998: 387-389.
9. Miranda Del Olmo H, Candel Marmolejo LE, Reynoso E, Paulino Oslos L, Acosta Gómez Y. Morbilidad y mortalidad en el recién nacido prematuro del Hospital General de México. Rev Med Hosp Gen Mex [online] 2003; 66 (1) [ acceso 26 noviembre 2007]p. 22-28. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-h-gral/e-hg2003/e-hg03-1/em-hg031d.htm>
10. Gonzáles A, Brito V. El embarazo en adolescentes. Un problema de alto riesgo obstétrico. Rev Obstet Ginecol Venez. 1997; Vol. 37: 13-17.
11. Pujol N, Prats A. Manual de Neonatología. Madrid: Mosby/Doymas; 1996: 55-61.
12. Tórtora G, Grabowsky S. Principios de Anatomía y Fisiología. Madrid: Mosby/Doymas; 1996:759.
13. Avery G. Neonatología. Fisiopatología y manejo del recién nacido. 3ra. ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1996: 282-285.
14. Ceriani Cernadas JM. Neonatología Práctica. 3era ed. Madrid: Edit. Médica Panamericana; 1999.
15. Loffita A. Factores que influyen en el Apgar bajo al nacer en el Hospital América Arias de La Habana. Cuba 2000. Rev. Chil Obstet Ginecol. 2005; 70(6): 359-363.
16. Úbeda Miranda JA. Factores de riesgo asociados a asfixia perinatal severa en el servicio de labor y parto del HBCR. Período enero 2000 a diciembre año 2001. [Monografía en Internet]. Nicaragua. [Acceso 25 noviembre 2007]. Disponible en: [http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full\\_text/gineco\\_obstetricia/Factores%20de%20Riesgos%20asociados%20a%20asfixia.pdf](http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full_text/gineco_obstetricia/Factores%20de%20Riesgos%20asociados%20a%20asfixia.pdf).
17. Flores Henríquez G. Parto prematuro: causas, consecuencias y prevención. [Internet]. [Acceso noviembre 2006]. Disponible en: <http://prematuros.cl/webseptiembre06/partoprematuro/partoprematuro.htm>

**Correspondencia electrónica:**

Jessica Meza Martínez:  
[jessyminerva\\_mm@hotmail.com](mailto:jessyminerva_mm@hotmail.com).

Recepción del artículo: 06/12/07  
Aceptación del artículo: 28/02/08