

UNIVERSIDAD DE HUANUCO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA
SALUD, CON MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA Y DOCENCIA
UNIVERSITARIA



TESIS

**“Factores de riesgo maternos para el parto pretérmino en el
Hospital II Essalud Huánuco 2018 - 2021”**

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN
CIENCIAS DE LA SALUD, CON MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA Y
DOCENCIA UNIVERSITARIA

AUTORA: Ramos Navarro, María Elena

ASESORA: Palacios Zevallos, Julia Marina

HUÁNUCO – PERÚ

2023

U

D

H



TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud Materno y Perinatal

AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud|

Sub área: Medicina clínica

Disciplina: Obstetricia, Ginecología

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Maestra en ciencias de la salud, con mención en salud pública y docencia universitaria

Código del Programa: P21

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 19816828

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22407304

Grado/Título Doctora en ciencias de la salud:

Código ORCID: 0000-0002-1160-4032

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Rodríguez Acosta, Gladys Liliana	Doctora en ciencias de la salud	22404125	0000-0002-4021-2361
2	Preciado Lara, María Luz	Doctora en ciencias de la salud	22465462	0000-0002-3763-5523
3	Marcelo Armas, Maricela Luz	Doctora en ciencias de la salud	04049506	0000-0001-8585-1426



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
http://www.udh.edu.pe

POST GRADO- FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"



ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL GRADO DE MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA SALUD

En la ciudad de Huánuco, siendo las 11:00 horas del día 20 del mes de junio del año 2023, en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunieron la sustentante y el Jurado Calificador de manera presencial integrado por los docentes:

Dra. Gladys Liliana RODRIGUEZ DE LOMBARDI
Dra. María Luz PRECIADO LARA
Dra. Maricela MARCELO ARMAS

Nombrados mediante resolución N° 279-2023-D-EPG-UDH de fecha 15 de junio del 2023; para evaluar la tesis intitulada "FACTORES DE RIESGO MATERNOS PARA EL PARTO PRÉTERMINO EN EL HOSPITAL II ESSALUD HUÁNUCO 2018 – 2021". Presentado por la Bach. María Elena RAMOS NAVARRO, para optar el grado de Maestra en Ciencias de la Salud con mención en Salud Pública y Docencia Universitaria.

Dicho acto de sustentación se desarrolla en dos etapas: exposición y absolución de preguntas procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros de jurado.

Habiéndose absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias procedieron a deliberar y calificar, declarándolo APROBADO por Unanimitad con calificativo cuantitativo de 1.7 y cualitativo de Muy Buena

Siendo las 12:05 horas del día martes 20 del mes de junio del año 2023, los miembros del jurado calificador firman la presente acta en señal de conformidad.

Dra. Gladys Liliana RODRIGUEZ DE LOMBARDI
DNI: 22404125
Código ORCID: 0000-0002-4021-2061
PRESIDENTA

Dra. María Luz PRECIADO LARA
DNI: 22465462
Código ORCID: 0000-0002-3753-5523
SECRETARIA

Dra. Maricela MARCELO ARMAS
DNI: 04049506
Código ORCID: 0000-0001-8585-1436
VOCAL



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
ESCUELA DE POSGRADO
CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD



Yo, Julia Marina Palacios Zevallos, asesor(a) de la maestría en Ciencias de la Salud, mención Salud Pública y Docencia Universitaria y designado(a) mediante Resolución N° 143- 2021-D- EPG-UDH de la bachiller, Maria Elena Ramos Navarro, de la investigación titulada “FACTORES DE RIESGO MATERNOS PARA EL PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL ESSALUD HUÁNUCO 2018- 2021”

Puedo constar que la misma tiene un índice de similitud del 14 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Antiplagio Turnitin. por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco 11 de setiembre de 2023

Palacios Zevallos, Julia Marina
DNI. 22407304
Código ORCID0000-0002-1160-4032

PRIMERA ENTREGA

INFORME DE ORIGINALIDAD

14%	8%	2%	9%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Continental Trabajo del estudiante	2%
2	Submitted to Associatie K.U.Leuven Trabajo del estudiante	1%
3	instituciones.sld.cu Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad de San Martin de Porres Trabajo del estudiante	1%
5	Submitted to National University College - Online Trabajo del estudiante	1%
6	dspace.utb.edu.ec Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Universidad Privada Antenor Orrego Trabajo del estudiante	1%
8	repositorio.uasb.edu.bo:8080 Fuente de Internet	1%



Palacios Zevallos, Julia Marina
DNI. 22407304
Código ORCID0000-0002-1160-4032

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mi madre, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones.

A mi padre, a pesar de nuestra distancia física, siento que estás conmigo siempre y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir juntos, sé que este momento hubiera sido tan especial para ti como lo es para mí.

AGRADECIMIENTOS

Me van a faltar páginas para agradecer a las personas que se han involucrado en la realización de este trabajo, sin embargo, merecen reconocimiento especial mi Madre y mi Padre que con su esfuerzo y dedicación me ayudaron a culminar un grado más de mi carrera de Maestría y me dieron el apoyo suficiente para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible.

Asimismo, agradezco infinitamente a mis Hermanos que con sus palabras me hacían sentir orgullosa de lo que soy y de lo que les puedo enseñar. Ojalá algún día yo me convierta en dar fuerza para que puedan seguir avanzando en su camino.

De igual forma, agradezco a mi asesora de Tesis, que gracias a sus consejos y correcciones hoy puedo culminar este trabajo. A los Profesores que me han impartido sus conocimientos hoy puedo sentirme dichosa y contenta.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS.....	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VIII
RESUMEN	IX
ABSTRACT	X
INTRODUCCIÓN	XI
CAPITULO I.....	13
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	13
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	15
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	15
1.3. OBJETIVOS.....	15
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	15
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	16
1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA	17
1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA	17
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.6. VIABILIDAD	17
CAPITULO II.....	18
MARCO TEORICO	18
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	18
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	18
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	20
2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES.....	23
2.2. BASES TEÓRICAS	26
2.2.1. TEORÍA DEL MECANISMO DEL PARTO.....	26

2.2.2. MARCO CONCEPTUAL O ASPECTOS TEÓRICOS DE LAS VARIABLES	27
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES.....	41
2.4. HIPÓTESIS.....	41
2.5. VARIABLES	42
2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE.....	42
2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE	42
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	42
CAPITULO III.....	43
MARCO METODOLÓGICO	43
3.1. TIPO DE ESTUDIO.....	43
3.1.1. ENFOQUE	43
3.1.2. ALCANCE O NIVEL	43
3.1.3. DISEÑO	44
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	44
3.2.1. POBLACIÓN	44
3.2.2. MUESTRA.....	45
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	46
3.3.1. TÉCNICA	46
3.3.2. INSTRUMENTOS.....	46
3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	46
3.4.1. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	46
3.4.2. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.....	47
CAPÍTULO IV.....	49
RESULTADOS.....	49
4.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS	49
4.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS FACTORES MATERNOS PRECONCEPCIONALES	49
4.1.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS FACTORES MATERNOS CONCEPCIONALES.....	56
4.1.3. CARACTERÍSTICAS DEL PARTO PRETÉRMINO.....	61
4.1.4. CONTRASTACIÓN Y PRUEBA DE HIPÓTESIS	62

CAPÍTULO V.....	65
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	65
CONCLUSIONES	68
RECOMENDACIONES.....	69
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	70
ANEXOS.....	78

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad materna asociado al parto pre termino en el Hospital II EsSALUD -Huánuco 2018-2021	49
Tabla 2. Nivel económico asociado al parto pre termino en el Hospital II EsSALUD -Huánuco 2018-2021	50
Tabla 3. Antecedentes de Amenaza de parto prematuro asociado al parto pre termino en el Hospital II EsSALUD -Huánuco 2018-2021.....	51
Tabla 4. Antecedente materno de aborto asociado al parto pre termino en el Hospital II EsSALUD -Huánuco 2018-2021	52
Tabla 5, Antecedente materno de tabaquismo asociado al parto pre termino en el Hospital II EsSALUD -Huánuco 2018-2021.....	53
Tabla 6. Antecedente materno de alcoholismo asociado al parto pre termino en el Hospital II EsSALUD -Huánuco 2018-2021.....	54
Tabla 7. Antecedente materno de ITU asociado al parto pre termino en el Hospital II EsSALUD -Huánuco 2018-2021	55
Tabla 8. Control pre natal asociado al parto pre termino en el Hospital II EsSALUD -Huánuco 2018-2021	56
Tabla 9. Infección urinaria asociado al parto pre termino en el Hospital II EsSALUD -Huánuco 2018-2021	57
Tabla 10. Bacteriuria asintomática asociado al parto pre termino en el Hospital II EsSALUD -Huánuco 2018-2021	58
Tabla 11. Vaginosis bacteriana asociado al parto pre termino en el Hospital II EsSALUD -Huánuco 2018-2021	59
Tabla 12. Corioamnionitis asociado al parto pre termino en el Hospital II EsSALUD -Huánuco 2018-2021	60
Tabla 13. Características del parto pre termino en el Hospital II EsSALUD - Huánuco 2018-2021	61
Tabla 14. Factores Maternos Preconcepcionales asociados al parto pre termino en el Hospital II EsSALUD- Huánuco 2018-2021.....	62
Tabla 15. Factores Maternos Concepcionales asociados al parto pre termino en el Hospital II EsSALUD- Huánuco 2018-2021.....	64

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Edad de la muestra en estudio Hospital EsSALUD -2018-2021..	49
Gráfico 2. Nivel Economico de la muestra en estudio.....	50
Gráfico 3. Amenaza de parto prematuro	51
Gráfico 4. Antecedente materno de aborto	52
Gráfico 5. Antecedente materno de Tabaquismo.....	53
Gráfico 6. Antecedente Materno de Alcoholismo	54
Gráfico 7. Antecedente materno de ITU	55
Gráfico 8. Controles pre natales	56
Gráfico 9. Infección urinaria	57
Gráfico 10. Bacteriuria Asintomatica.....	58
Gráfico 11. Vaginosis bacteriana	59
Gráfico 12. Corioamnionitis.....	60
Gráfico 13. Características del parto pre termino.....	61

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo maternos para el parto pretérmino en el Hospital II EsSalud Huánuco en el periodo del 2018 al 2021. **Métodos:** Se llevó a cabo un estudio de tipo observacional indirecto retrospectivo, en 304 Historias Clínicas. En la recolección de datos se utilizó como instrumento una ficha de recolección de datos y en el análisis inferencial la prueba de Chi cuadrado. **Resultados:** Los factores de riesgo maternos para el parto pretérmino en el Hospital II EsSalud Huánuco en el periodo de evaluación son preconcepcionales y concepcionales. Dentro de los preconcepcionales se encontró edad Adolescente y añosa (48%), nivel económico bajo (61,2%), antecedente de amenaza de parto prematuro (64,5%) e ITU pregestacional (61,2%). Para los factores concepcionales fueron Infección urinaria (62,2%) y Vaginosis bacteriana (57,9%). **Conclusiones:** Los resultados del presente estudio concluyen la existencia de factores de riesgo maternos para parto pretérmino con significancia estadística en las gestantes atendidas en el Hospital II EsSALUD Huánuco.

Palabras claves: Factores, riesgo, materno, parto, periodo.

ABSTRACT

Objective: To determine the maternal risk factors for preterm birth at Hospital II EsSalud Huánuco in the period from 2018 to 2021. **Methods:** A retrospective indirect observational study was carried out in 304 clinical records. In the data collection, a data collection form was used as an instrument and in the inferential analysis the Chi square test. **Results:** Maternal risk factors for preterm delivery at Hospital II EsSalud Huánuco in the evaluation period are preconceptional and conceptional. Adolescent and elderly (48%), low economic level (61.2%), history of threatened premature birth (64.5%) and pre-pregnancy UTI (61.2%) were found among preconceptional patients. For conceptional factors were urinary infection (62.2%) and bacterial vaginosis (57.9%). **Conclusions:** The results of this study conclude the existence of maternal risk factors for preterm delivery with statistical significance in pregnant women treated at Hospital II EsSALUD Huánuco.

Keywords: Factors, risk, maternal, childbirth, period

INTRODUCCIÓN

El parto pretérmino es aquel que se produce antes de la semana 37 del embarazo. Se clasifica como extremo si sucede previo a la semana 28; muy pretérmino a partir de esta última o antes de la 32 y de moderado a tardío entre la 32-36. (1)

El Ministerio de Salud del Perú precisa que esta complicación se debe presentar después de la semana 22 y que no depende del peso del producto de la gestación.(2)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que cada año se producen unos 15 millones de partos previos al término de la gestación;³ también se ha descrito que esta condición representa la principal causa de muerte entre los menores de 5 años de edad. (3)

El presente trabajo se encuentra estructurado en 07 capítulos distribuidos en la forma siguiente: el primer capítulo abarca el problema, el cual consta del planteamiento del problema, formulación, objetivos, justificación y limitación.

En el segundo capítulo se presenta el marco teórico, que cuenta antecedentes internacionales, nacionales, base teórica, definiciones conceptuales, hipótesis, variables y operacionalización de variables.

En el tercer capítulo se encuentra la metodología, en la que se incluye el enfoque de la investigación, tipo de investigación, diseño, lugar de ejecución proyecto, universo de estudio, selección y tamaño de la muestra, criterios de inclusión y exclusión, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimiento de recolección de datos, análisis de aspectos éticos.

En el cuarto capítulo, se da a conocer los resultados descriptivos e inferenciales de la investigación

En el quinto capítulo se encuentra la discusión en comparación con otros estudios internacionales y nacionales.

En el sexto capítulo, se encuentran las conclusiones y recomendaciones. Y finalmente, en el séptimo capítulo se encuentran las referencias bibliográficas y los anexos respectivos.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud define el parto prematuro como el parto que se produce antes de las 37 semanas de gestación y esta condición se asocia con una elevada morbilidad neonatal (4). La Prematuridad es la principal causa de morbilidad perinatal en prácticamente todo el mundo, registrando entre el 50 al 70 por ciento de todas las muertes neonatales y el 85% de muertes en recién nacidos con bajo peso, estadísticas que se ven afectadas por la edad gestacional al parto, el peso al nacer y la calidad de asistencia neonatal. (5)

En el Perú, la incidencia de parto pretérmino reportada varía entre el 3,6 por ciento a 11,8 por ciento y es causa importante de muerte y discapacidad neonatal (6). Pero, cuando se aborda el grave problema del embarazo en adolescentes, la incidencia de parto pretérmino aumenta significativamente, hasta un 14 a 16 por ciento; conjuntamente con las tasas de morbilidad infantil y materna. (7)

Según la Oficina General de Estadísticas e Informática del Ministerio de Salud del Perú (8) (MINSA) el porcentaje de nacidos pretérminos entre los años 2005-2008 ha tenido un promedio de 4% respecto al total de nacidos vivos, con una disminución lenta (2005: 4.1%, 2006: 4%, 2007: 3.6% y 2008: 3.3%). Alrededor del 80% de los nacimientos pretérminos se presentaron en las regiones de Lima, La Libertad, Cusco, Cajamarca, Loreto, Junín, Ancash, Puno, Ucayali, Huánuco y Piura. (9) El estudio peruano desarrollado por Carillo y Wong (10) , encontraron que la altura de 3 200 m.s.n.m. duplicaba la incidencia de partos pretérmino encontrada en Lima. Díaz señala que el Sistema Informático Perinatal (SIP) de 9 hospitales del MINSA del año 2010 reporta que los factores de riesgo de mortalidad perinatal más relevantes fueron el peso bajo al nacer (35%, RR

3.63, OR 9.8) y la prematuridad (27%, RR 2.96, OR 5.6). Urquiza y Cabrera (11) hallaron en el Hospital Materno Infantil San Bartolomé entre los años 2000 y 2007 una incidencia de parto pretérmino de 8.3%, los recién nacidos prematuros eran el 8.9% y una mortalidad neonatal hospitalaria de 8.5%. Según la oficina de estadísticas e informática del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, la frecuencia de parto pretérminos está en ascenso, así, fue 36% el 2007, 40.2% el 2008, 44% el 2009 y 46.6% el 2010. (12)

A pesar de los adelantos en la tecnología médica, la principal causa de muerte neonatal temprana en los neonatos prematuros sigue siendo el síndrome de dificultad respiratoria (SDR) como consecuencia de la inmadurez pulmonar y la insuficiencia de surfactante. Con el aumento de la edad gestacional, los sistemas orgánicos están más maduros y este hecho aumenta la tasa de supervivencia. Los niños prematuros que sobreviven al período neonatal presentan mayor riesgo de discapacidad crónica, incluyendo sin carácter limitativo, la discapacidad neurológica y la enfermedad pulmonar crónica. Dado que el parto prematuro se asocia con mortalidad elevada y repercusiones adversas para la salud a largo plazo, en comparación con el parto a término, esta situación significa claramente una prominente carga clínica y económica para los recursos de asistencia sanitaria. (13)

Actualmente se considera que el trabajo de parto pretérmino no tiene una etiología clara por lo que su manejo ideal es evitar el parto pretérmino lo que permitirá prolongar la estancia intrauterina del feto y optimizar sus condiciones aumentando así sus probabilidades de sobrevivir y disminuyendo la morbilidad del mismo (14).

Si definitivamente no es posible evitarlo entonces se debe proporcionar al feto in útero los medicamentos necesarios para mejorar sus posibilidades de sobrevivir fuera del útero como son los corticoides, el manejo antibiótico, pero aun así no es posible evitar de forma definitiva las secuelas inherentes a la prematuridad y secundarias al tratamiento que debe otorgársele, sobre todo cuando la prematuridad es extrema.

El objetivo de este trabajo fue identificar los factores de riesgo maternos para el parto pretérmino en el Hospital II EsSalud Huánuco en el periodo del 2018 al 2021.

Por lo que se planteó las siguientes interrogantes:

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los factores de riesgo maternos para el parto pretérmino en el Hospital II EsSalud Huánuco en el periodo del 2018 al 2021?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son los factores de riesgo preconcepcionales maternos para parto pretérmino en el Hospital II EsSalud Huánuco en el periodo del 2018 al 2021?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo concepcionales maternos para parto pretérmino en el Hospital II EsSalud Huánuco en el periodo del 2018 al 2021?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo maternos para el parto pretérmino en el Hospital II EsSalud Huánuco en el periodo del 2018 al 2021.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores de riesgo preconcepcionales maternos para parto pretérmino en el Hospital II EsSalud Huánuco en el periodo del 2018 al 2021.

- Identificar los factores de riesgo conceptuales maternos para parto pretérmino en el Hospital II EsSalud Huánuco en el periodo del 2018 al 2021.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La prematuridad es la principal causa de mortalidad perinatal en todo el mundo y constituye uno de los problemas más severos de la asistencia perinatal en estos momentos. El riesgo global de un prematuro de morir es 180 veces superior, al de un recién nacido de término con cifras muy variables en función de las semanas de gestación en que se produzca el nacimiento, los recién nacidos con prematuridad extrema generan un alto costo sanitario a nuestros hospitales peruanos; necesidad de tratamientos intensivos, largas permanencias en UCI neonatales, existencias de secuelas a largo plazo.

Por ello la importancia de estudiar los factores de maternos del parto pretérmino de esa manera poder prevenirlo para disminuir los impactos en el neonato. Con el fin de intentar dilucidar los factores que predisponen a este problema e incidir en la mortalidad de neonatos pretérmino, se decide realizar un estudio con el fin de determinar los factores de riesgo maternos para el parto pretérmino en el Hospital II EsSalud Huánuco en el periodo del 2018 al 2021.

1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Desde el punto de vista teórico, el estudio se sustenta en la evidencia empírica y en modelos teóricos de la medicina perinatal que permitan determinar los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes, lo cual, encamine a analizar posibles complicaciones en la salud del neonato que involucren una serie de enfermedades a presentarse en el largo plazo o registro de muertes al momento de nacer.

1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

A nivel práctico el resultado permitió promover y acrecentar el nivel de información y conocimiento que tienen los profesionales de salud de hoy, acerca de incidencia y los factores de riesgo asociados al parto pretérmino y que puede generar morbi-mortalidad en los neonatos y futuros niños.

1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Desde el punto metodológico la presente investigación es relevante porque en base a ella se resaltará la importancia que tiene profundizar en el análisis de la incidencia y factores causantes de prematuridad en neonatos, en tanto ello permite una mejor comprensión de la problemática.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Para el desarrollo de la presente investigación se contó con información requerida para todo el proceso metodológico que implicó la investigación a través de la búsqueda de las diversas fuentes, por lo que no existieron limitaciones metodológicas.

1.6. VIABILIDAD

En cuanto a la disponibilidad de los recursos financieros, estos fueron solventados por el investigador en términos reales de acuerdo con los rubros establecidos, por lo que fue factible su ejecución, así mismo se dispuso de los recursos humanos, necesarios para el desarrollo de las diferentes etapas del proceso: investigador, asesor, personal para recolección de datos codificación, tabulación, procesamiento y análisis de los datos que sirvió para guiarnos en todo el proceso de la investigación.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

En la ciudad de Quito, Ecuador el año 2015. Endara, Gabriela; Dona, Marina; Palacios Paredes, Edesmin y Busto Yera, Yailen, estudiaron a la “enfermedad periodontal como factor de riesgo para partos pretérmino y recién nacido con bajo peso al nacer: valoración del nivel de conocimiento en médicos tratantes y madres afectadas por este fenómeno en Hospital Gineco obstétrico Isidro Ayora de Quito”. Con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento que poseen los médicos y madres en el Hospital Gineco-Obstétrico “Isidro Ayora” de la unidad de Quito, sobre la enfermedad periodontal como alto factor de riesgo en la incidencia de partos pretérmino y/o niños con bajo peso al nacer. Se realizó un estudio de tipo transversal para evaluar la prevalencia de la enfermedad periodontal y su efecto en la muestra conformada por 50 médicos y 50 madres que cumplieron con los criterios de inclusión. Para la determinación del tamaño de muestra se empleó un algoritmo matemático de muestreo aleatorio simple para proporciones con población finita. Las encuestas elaboradas y aplicadas a la muestra evaluada arrojaron resultados significativos donde un 98% de los médicos muestreados indicaron a la enfermedad periodontal como un factor de riesgo; sin embargo, solo un 44% mostró conocimientos sobre la relación existente entre dicha enfermedad y neonatos con bajo peso al nacer y partos prematuros. El 52% de las mujeres embarazadas encuestadas no tenían conocimiento alguno de que la enfermedad de las encías es un factor de riesgo para la existencia de partos prematuros y un alarmante 50% no sabían que un significativo factor de riesgo para el nacimiento de niños (as) con bajo peso. (15)

Albacete, España. 2013. E. Cortés Castell, M; Rizo Baeza, M. y Aguilar Cordero, estudiaron la “Edad materna como factor de riesgo de prematuridad en España; área mediterránea”. Con el objetivo de determinar el efecto de las edades extremas de mujeres residentes en la provincia de Albacete sobre de nacimientos prematuros. Se realizó un estudio explicativo, retrospectivo de casos-control durante el periodo de 1 de enero de 2008 a 31 de diciembre de 2011. El estudio se basó en la revisión de los registros de recién nacidos del Centro de Cribado Neonatal de la provincia de Alicante. El estudio muestra claramente un mayor riesgo de prematuridad entre las madres adolescentes en comparación con el siguiente grupo más cercano en edad, lo que se confirmó por una distribución significativamente distinta con el test Chi cuadrado. Esta probabilidad también fue mayor en madres con edades de más de 40 años y para recién nacidos grandes prematuros y prematuros, respectivamente. Los resultados muestran claramente que las madres adolescentes y las más mayores tienen mayor riesgo de hijos prematuros o con bajo peso al nacimiento, lo que motiva la necesidad de establecer intervenciones educativas para disminuir el problema, a partir de los resultados de esta investigación. (16)

En la ciudad de La paz, Bolivia el año 2011. López C, Nayara y Martínez S., Nuria, estudiaron los “**Factores obstétricos claves en los resultados neonatales y a los dos años de seguimiento en la prematuridad extrema**”. Con el objetivo de analizar la morbilidad en pretérminos extremos evaluando la influencia de factores obstétricos. Estudio retrospectivo de 132 casos nacidos entre las semanas 23 y 27 en el Hospital La Paz, desde 2003 a 2005. Se establecieron tres grupos obstétricos: Amenaza de Parto Pretérmino, Rotura Prematura de Membranas y la asociación de ambas. Se evaluaron como variables obstétricas: Tocólisis, corticoterapia, motivo de finalización de la gestación y vía de parto, y como variables en niños: Mortalidad y morbilidad respiratoria, neurológica, visual y auditiva en neonatos y a los dos años. Los casos con amenaza de parto pretérmino presentaron mayor displasia broncopulmonar y ductus arterioso persistente que los

otros dos grupos obstétricos. Las pacientes con amenaza de parto pretérmino y tocólisis desarrollaron menos hemorragia intraventricular e infarto periventricular que los casos sin tocólisis. Llegando a la Conclusión que la conducta obstétrica puede modificar el pronóstico neonatal y a los 2 años de seguimiento. (17)

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

En Lima el año 215. García Calvo, Bethzabe Claudia, realizó la tesis titulada “edad materna y el número de abortos como factores de riesgo para parto pretérmino en pacientes atendidas en el hospital docente madre niño “San Bartolomé” durante enero a febrero del año 2015”. Con el objetivo de determinar si la edad materna y el número de abortos son factores de riesgo para el parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” durante enero a febrero del 2015. Estudio no experimental, con enfoque cuantitativo, retrospectivo, de casos y controles, cuyo tamaño muestral estuvo conformado en dos grupos: El grupo casos, conformado por 30 puérperas de parto pretérmino y el grupo control, conformado por 30 puérperas de parto a término; este último grupo se obtuvo mediante la técnica de apareamiento en relación 1:1 con el grupo casos. El grado de asociación se determinó mediante la prueba Chi-cuadrado, con un nivel de confianza (IC) del 95%, el cual se consideró significativo con un valor $p < 0.05$ y se calculó el OR para determinar si el factor representa un riesgo. La edad de 20 a 35 años se asoció ($p = 0.006$) con el parto pretérmino ($OR = 0.2$) como un factor protector, mientras que el grupo etáreo de 19 años a menos se comporta como un factor de riesgo ($p = 0.048$; $OR = 3.86$). En lo que respecta al número de abortos, no se observó asociación entre el número de abortos y el parto pretérmino ($p > 0.05$), sin embargo, el no tener abortos se asoció al parto pretérmino ($p = 0.038$) como factor protector ($OR = 0.20$). Llegando a la conclusión que la edad materna menor o igual a 19 años se presentó como un factor de riesgo para

parto pretérmino en las pacientes atendidas en el Hospital Docente Madre Niño “San Bartolomé” , mientras que la edad materna de 20 a 35 años y no tener antecedente de abortos se presentaron como factores protectores para parto pretérmino. (18)

Así mismo en la ciudad de Loreto el año 2013. Francisco Taboada Ramírez, Raúl Carlos, realizo la tesis sobre los “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el hospital regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias” de enero a diciembre 2013. Con el objetivo de Identificar los factores de riesgo asociados a parto pretérmino atendidas en el Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias” de Enero a diciembre 2013. Se aplicó un estudio observacional, retrospectivo, transversal de diseño caso control. Los factores gestacionales/obstétricos relacionados al parto pretérmino con mayor frecuencia fueron: Multigesta 58.7% multípara con 37.5%, sin antecedente de parto pretérmino con 60.0%, sin antecedente de aborto con 60.0%, el IMC normal con 65.3%, CPN adecuado con 53.3%, sin anemia con 60.0%, sin ITU con 53.3%, sin pre eclampsia con 90.7%, sin eclampsia con 97.3%, sin amenaza de parto pretérmino con 69.3%. Encontrando que en las gestantes con Pre-clampsia severa, con inadecuado y ningún control prenatal, existe relación estadísticamente significativa y de riesgo con el parto pretérmino. (19)

Ica. 2013. Huerto Palomino, Karina. “Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica, Perú.” Objetivo: 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. Resultados: El 23% de los partos pretérminos fueron madres adolescentes. La edad materna extrema en el estudio fue de 19 años con un 76, 7%; el estado civil casada tuvo el 20, 5%; el 84, 1% tuvieron un nivel de instrucción baja; los factores asociados al parto pretérmino fueron: infecciones urinarias, vaginosis bacteriana, nuliparidad, bajo peso al nacer y generalidad. **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 (20).

Trujillo. 2012. Loyola Ríos, Carlos Anderson. “Hiperémesis gravídica como factor de riesgo materno para parto pretérmino en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Enero 2002 - Diciembre 2012.” Objetivo: Determinar si la hiperémesis gravídica es un factor de riesgo materno para parto pretérmino. Metodología: Se realizó una investigación observacional y comparativa con diseño analítico, longitudinal y de cohorte retrospectiva en 116 púerperas de parto eutócico que durante su gestación han presentado hiperémesis gravídica y en 116 púerperas de parto eutócico que durante su gestación no han presentado hiperémesis gravídica en el Hospital Regional Docente de Trujillo, durante los meses de Enero del 2002 a Diciembre del 2012. **Conclusiones:** Se concluyó que sí existe relación significativa ($p=0.04 < 0.05$) entre la hiperémesis gravídica y el parto pretérmino; además con el Cuantificador Riesgo Relativo (RR) se concluyó que la hiperémesis gravídica es un Factor de Riesgo Materno para prematuridad ($RR=2.5 > 1$). (21)

Lima. 2012. Walter Alfredo Goycochea Valdivia, Carlos Martín Hidalgo Tunque, Herminio Hernández Díaz, Jorge Centeno Huamán. “Asociación entre prematuridad, bajo peso al nacer y lactancia materna exclusiva con rinitis alérgica, en niños de 2 a 7 años que acuden al Hospital Nacional Cayetano Heredia, Perú”. Objetivo:

determinar la asociación entre prematuridad, bajo peso al nacer y lactancia materna exclusiva con rinitis alérgica, en pacientes pediátricos que acuden al Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH). Métodos: Es un estudio tipo caso-control. Se realizó un cuestionario mediante entrevista directa a los padres para encontrar síntomas de rinitis alérgica, clasificando a los niños como casos y controles. El tamaño de la muestra fue de 366 niños, 122 casos y 244 controles (a= 5%; b= 20%). Se consignaron también los antecedentes de peso al nacer, edad de gestación y lactancia materna exclusiva con los padres; la información se corroboró con la historia clínica de los pacientes y la cartilla de control de crecimiento y desarrollo. Resultados. Ingresaron 369 niños de 2 a 7 años que acudieron a consulta externa de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia, entre agosto del 2006 y junio de 2007; de estos, 156 cumplieron con los criterios de caso y 213 cumplieron con los criterios de controles. Se encontró una razón de momios (RM) para la asociación entre rinitis alérgica y lactancia materna exclusiva. La razón de momios para rinitis alérgica y bajo peso al nacer y para rinitis alérgica y prematuridad. Se realizó, además, el análisis estratificado para la relación entre rinitis alérgica y lactancia materna exclusiva con las variables de antecedente de atopia familiar y de exposición temprana a humo de tabaco, se utilizó como prueba estadística la prueba de Mantel-Haenszel. **Conclusión:** Nuestros resultados apoyan un efecto protector para rinitis alérgica en niños que reciben lactancia materna exclusiva; no se encontró asociación entre prematuridad y bajo peso al nacer con rinitis alérgica. Esta asociación protectora no se ve alterada por los antecedentes de atopia familiar ni de exposición temprana al humo del tabaco. (22)

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

Huánuco 2015, Ortiz T, Estudio de los factores de riesgo desencadenantes del trabajo de parto pretérmino, centro de salud

Carlos showing Ferrari Huánuco de junio – noviembre 2015” . El objetivo fue determinar los factores de riesgos desencadenantes del trabajo de parto pre término en gestantes atendidas en el C.S. Carlos Showing Ferrari 2015. Se realizó un estudio descriptivo explicativo, analítico, retrospectivo, transversal y cuantitativo, en una población integrada por todos los casos de amenaza de parto pre término atendidos en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari. La muestra lo constituyeron 27 gestantes atendidas por amenaza de parto pre término en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Huánuco entre los meses de enero a octubre del año 2015. Se recopiló información mediante una ficha de recolección de datos. Los resultados de la investigación dieron cuenta de que se identificó como principal causa asociada a la amenaza de parto pre término el hallazgo de laboratorio “positivo” a infección urinaria en un 85.2% a través de un examen completo de orina frente a 14,8% con resultado negativo. Se reporta el hallazgo de un común denominador en la muestra estudiada; donde 96.3% habitan en condiciones de pobreza y 3.7 % en pobreza extrema por lo que encontramos coherencia con la valoración de esta dimensión en el riesgo de parto pre término. Se halló que la edad gestacional de mayor incidencia se registró ente las 29 a 33 semanas Finalmente con respecto a la edad de la madre; la investigación encontró que la mayor incidencia de amenaza de parto pre término se dio en mujeres de edad promedio (20 a 34 años) que constituyeron el 77.8% de la muestra, seguido de adolescentes entre 15 a 19 años y gestantes entre 35 a 45 años. (23)

Huánuco ,2015, Santaya P, en Huánuco, en un estudio correlacional para determinar los factores de riesgo maternos que influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, con 120 gestantes seleccionadas por muestreo aleatorio simple, en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco. Se encontró que el 60,0% (72 recién nacidos) presentaron

prematuridad. Por otro lado, los factores que influyen en la prematuridad son la edad menor de 18 y mayor de 35 años ($X^2=4,75$; $P\leq 0,029$), la talla materna menor de 157cm ($X^2=1,070$; $P\leq 0,010$), la paridad múltipara y gran múltipara ($X^2=7,034$; $P\leq 0,004$), intervalo intergenésico menor de 2 años ($X^2=8,62$; $P\leq 0,003$), la infección de tracto urinario en anterior gestación ($X^2=6,79$; $P\leq 0,009$), ruptura prematura de membranas en la última procreación ($X^2=8,75$; $P\leq 0,003$), placenta previa ($X^2=8,79$; $P\leq 0,003$) e infección de tracto urinario en la final concepción ($X^2=19,33$; $P\leq 0,000$), y se concluyó que los factores maternos biológicos, obstétricos y médicos maternos influyen en la prematuridad de recién nacidos del Hospital Regional.(24)

Huánuco, 2014, Allpas H; Omar J, Raraz O, “Factores asociados al bajo peso al nacer en un hospital de Huánuco” con el objetivo de identificar factores asociados al BPN en el Hospital Carlos Showing Ferrari de Huánuco, el estudio fue descriptivo, retrospectivo de corte transversal. La muestra lo constituyeron la madre e hijos atendidos en el servicio de Gineco-obstetricia, se utilizó un instrumento de recolección validado, se obtuvo información del SIP e historias clínicas, durante 6 meses. Entre los resultados se encontró que de los 801 nacidos, el peso promedio fue 3 217,8 (+ 446,1) gramos y una prevalencia de BPN de 6,2 %. Los factores asociados que resultaron estadísticamente significativos fueron: la primiparidad con $p = 0,013$ (IC-95%: 1,16-3,81); número de controles prenatales (menor de cuatro) con $p < 0,05$ (IC95%: 2,63-8,74) y parto pretérmino con $p < 0,05$ (IC95%: 0,01-0,25). Conclusión. La prevalencia del bajo peso al nacer en el Hospital Carlos Showing Ferrari de Huánuco fue 6,2 %. La primiparidad, el inadecuado control prenatal y el parto pretérmino fueron los factores asociados. (25)

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. TEORÍA DEL MECANISMO DEL PARTO

Los investigadores han elaborado teorías acerca del mecanismo de iniciación del parto. Todas las teorías, en su momento, tuvieron validez científica y en la actualidad, se refiere establecer una integración de todas ellas para explicar cómo se inicia el proceso del parto (26). Estiramiento del útero Esta fue la primera teoría desarrollada. Era lógico pensar que conforme el(los) feto(s) crece(n), el útero llega a un límite de estiramiento y los expulsa al exterior (27).

Sin embargo, en ocasiones un feto que deja de crecer o que muere en el útero antes de que alcance su máximo tamaño, es expulsado no obstante haber frenado su desarrollo. Retiro de la progesterona Conforme progresó el avance científico y los niveles hormonales pudieron medirse en la circulación sanguínea, se observó que, en la mayoría de las especies, la progesterona caía a niveles basales al momento del parto. Esto permite, a su vez, que el útero se empiece a contraer y el parto se desencadene (28). Esta teoría, en sí, no es suficiente para explicar el fenómeno ya que, por ejemplo, la yegua y la mujer son especies capaces de parir bajo niveles significativamente elevados de esta hormona. Además, la progesterona exógena no suprime la labor (29).

Teoría del feto Varios investigadores, en los años 60s, concentraron su atención en el hecho de que, en casos naturales de gestación prolongada, el feto se encontraba alterado de alguna manera. Algunos ejemplos naturales y experimentales de gestación prolongada son: El electro cauterización del 70% de la adenohipófisis fetal en ovinos. (30)

2.2.2. MARCO CONCEPTUAL O ASPECTOS TEÓRICOS DE LAS VARIABLES

➤ Parto pretérmino

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), parto prematuro es aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación. El límite inferior entre parto prematuro y aborto es, de acuerdo a la OMS, 22 semanas de gestación, 500 g de peso o 25 cm de longitud céfalo-nalgas. (31)

La mayoría de los partos prematuros ocurre entre las 34 y 37 semanas de gestación (prematuros tardíos). Alrededor de un 5% ocurre antes de las 28 semanas (prematuros extremos); un 15% entre las 28 y 31 semanas (prematuros severos), y alrededor del 20% entre las 32 y 34 semanas.

Según la edad gestacional en la que se produce el parto pretérmino se clasifica como parto:

- Prematuro tardío: 34 a <37 semanas
- Prematuro Moderado: 32 a <34 semanas
- Muy prematuro: 28 a <32 semanas
- Extremadamente prematuro: <28 semanas (32)

Aproximadamente el 50% de los nacimientos prematuros son idiopáticas, 25% están relacionados con la rotura prematura de membranas (RPM) y otro 25% se atribuyen a indicación médica o partos prematuros optativos, los cuales son indicados principalmente por presentar trastornos hipertensivos del embarazo, la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), estado fetal anormal o desprendimiento de la placenta. (33)

➤ **Etiopatología**

La prematuridad es el resultado de tres entidades clínicas, cada una de las cuales es responsable de alrededor de un tercio del total de partos prematuros:

- Parto prematuro idiopático que resulta del inicio espontáneo del trabajo de parto.
- Ruptura prematura de membranas (RPM).
- Parto prematuro por indicación médica o iatrogénica, que resulta de la interrupción prematura del embarazo por patología materna y/o fetal. (33)

La evidencia clínica y de laboratorio sugiere que distintos procesos patológicos llevan a una vía final común que resulta en un parto prematuro. Los procesos mejor identificados son:

- Activación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal materno (el stress se asocia a este proceso).
- Infección intraamniótica (es el factor causal mejor estudiado y que ha servido de modelo para el estudio de los otros procesos identificados).
- Hemorragia decidual o isquemia (reducción del flujo sanguíneo a la unidad uteroplacentaria).
- Sobre distensión uterina.
- Disfunción del cuello uterino.
- Anormalidad inmunológica que altera la compatibilidad antigénica feto-materna.
- Drogas y toxinas.

➤ **Factores asociados a parto pretérmino**

A continuación, describiremos los principales factores asociados a parto pretérmino clasificados en preconcepcionales y gestacionales. (34)

➤ **Factores asociados a parto pretérmino preconcepcionales**

- Psicosocial: pobreza, desempleo, pobre acceso a la alimentación
- Bajo nivel educativo
- Edad menor de 16 años o mayor de 35 años
- Madre soltera.
- Raza negra.
- Talla y peso materno bajo.
- Ausencia o deficiente control prenatal
- Conducta de riesgo
- Intervalo intergenésico menor de 12 meses
- Estrés (físico o psicológico), trastorno del ánimo (depresión, ansiedad)
- Poca ganancia ponderal durante el embarazo.
- Tabaquismo, alcoholismo, drogadicción.
- Nuliparidad y multiparidad
- Historia previa de muerte infantil
- Muerte fetal
- Un hijo de peso bajo al nacer
- Cesárea previa

➤ **Factores asociados al parto pretérmino Gestacionales**

- Nutricional, vascular y metabólico
- Desnutrición
- Hipoxemia fetal: preeclampsia, diabetes mellitus, síndrome metabólico, hipertiroidismo, embarazo múltiple
- Sangrado vaginal durante el embarazo por enfermedad vascular coriodecidual o uteroplacentario (6-9%)
- Rotura prematura de membranas (6-40%)

- Infecciones urinarias: Pielonefritis aguda
- Infecciones cervicovaginales
- Retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) (2-4%)
- Anomalías placentarias y umbilicales
- Embarazo múltiple y complicaciones asociadas (12-28%)
- Anomalías fetales
- Parto pretérmino espontáneo (31-50%)
- Miscelánea (8-9%)

➤ **Clínica**

El síntoma o amenaza de parto prematuro es una de las causas más frecuentes de hospitalización durante el embarazo, pero identificar entro de este grupo de pacientes al subgrupo que efectivamente tendrá un parto de pretérmino es un gran desafío. En una revisión istemática se encontró que en alrededor del 30% de los casos las contracciones cesaban espontáneamente Otros autores han eportado que alrededor del 50% de los ingresos por este diagnóstico erminan en un parto de término. (35)(36)

Los criterios diagnósticos de trabajo de parto prematuro según las guías conjuntas de cuidado perinatal de la American Academy of Pediatrics y American College of Obstetricians and Gynecologists son: contracciones uterinas dolorosas (4 en 20 minutos u 8 en 60 minutos), acompañadas de cambios cervicales (borramiento cervical de al menos 80% o dilatación mayor o igual a 2 cm) (37)

La detección de modificaciones cervicales (orificio cervical interno dilatado) mediante tacto vaginal en el segundo trimestre del embarazo es considerado el factor de riesgo único más importante para parto prematuro. En años recientes, la medición ultrasonográfica de la longitud cervical ha reemplazado a la evaluación digital, porque

ha demostrado ser un mejor predictor de parto prematuro y porque permite su comparación entre diferentes observadores, así como evaluar sus cambios a lo largo del tiempo.

➤ **Prevención primaria**

Representa lo que debe hacerse en toda la población de embarazadas con el objetivo de reducir la ocurrencia de parto prematuro. Ella incluye la determinación de factores de riesgo en la población general y el control prenatal adecuado, así como la consejería y la educación que correspondan.

En cuanto a exámenes complementarios la práctica de urocultivo para el diagnóstico de infección urinaria asintomática o bacteriuria asintomática es fundamental. A partir del año 2011 algunos autores han propuesto la realización de ultrasonografía transvaginal para medir rutinariamente la longitud del cuello uterino. Esto es discutible y no todos participamos de esta idea.

➤ **Prevención secundaria**

Corresponde a las medidas a implementar en la población de alto riesgo de parto prematuro, seleccionada así por la presencia de factores de riesgo.

Las medidas generales incluyen control especializado (especialistas en medicina materno-fetal), educación pertinente, reducción de actividad física y laboral, y control de los factores de riesgo presentes susceptibles de ser modificados.

En este grupo se han evaluado la utilización de marcadores bioquímicos (fibronectina cérvico-vaginal) y la monitorización electrónica de la actividad uterina, pero ellos no constituyen parte del manejo habitual y su utilidad real ha sido discutida en la literatura de la especialidad.

➤ **Antibióticos**

Deben usarse antibióticos en casos de: infección urinaria, vaginosis bacteriana, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma hominis y Urea plasma ureal yticum. El tratamiento de la enfermedad periodontal forma parte de los programas de salud vigentes en el MINSA, si bien la asociación de ella con parto prematuro y la eventual reducción de éste con su tratamiento, son hoy discutidas y considerados inciertos.

➤ **Incompetencia cervical y cerclaje**

La incompetencia cervical se caracteriza por la dilatación progresiva del cuello uterino en ausencia de contracciones uterinas. Esta condición es causa de aborto de segundo trimestre y parto prematuro.

Clásicamente la incompetencia cervical es tratada con la colocación de una sutura circular en el cuello uterino (cerclaje), por vía vaginal, entre las 12 y 14 semanas de embarazo (técnicas Shirodkar, 1951, y de McDonald, 1957).

Son dos las situaciones en que el diagnóstico de incompetencia cervical parece inequívoco. Primero, una historia de abortos o partos prematuros repetidos, sin actividad uterina significativa, durante el segundo trimestre del embarazo. En segundo lugar, la dilatación progresiva y pasiva del cuello uterino en el embarazo actual, habitualmente demostrada por la protrusión de las membranas ovulares a través del orificio cervical externo. Cuando el diagnóstico no es tan evidente, adquiere importancia la ultrasonografía transvaginal, porque ella puede adelantarse a la aparición de modificaciones mayores del cuello uterino, tales como acortamiento y dilatación cervical.

Existe consenso de tres situaciones diferentes en las cuales el cerclaje estaría indicado:

1. Cerclaje electivo o por historia: se realiza en mujeres asintomáticas antes de que el cuello uterino se haya dilatado, entre las 12 a 14 semanas de EG. La evidencia señala que las únicas pacientes que se beneficiarían serían las con historia de tres o más pérdidas fetales del segundo trimestre o de partos de pretérmino. En este grupo el cerclaje reduciría en un 40% los partos prematuros.
2. Cerclaje terapéutico o indicado por ultrasonido: se realiza en mujeres asintomáticas, en quienes durante el segundo trimestre de la gestación se pesquisa un acortamiento progresivo y significativo del cuello uterino.(38)
3. Cerclaje de emergencia o indicado por el examen físico: se realiza en mujeres con cambios cervicales avanzados, es decir, membranas expuestas. Existe un sólo estudio randomizado, con sólo 23 pacientes entre 20 y 24 semanas de EG, en las que se evidenció una ganancia de 1 mes en el grupo que utilizó cerclaje. (39)

➤ **Progesterona**

La progesterona ha sido conocida tradicionalmente como la hormona responsable de la mantención del embarazo. Hoy sabemos que en pacientes con parto prematuro previo o con cuello uterino menor de 15 mm de largo, su uso como caproato de hidroxiprogesteronaim o como progesterona micronizada intravaginal reduce en un 50% el riesgo de un nuevo parto prematuro, cuando se utiliza desde las 18 a 22 semanas de embarazo hasta las 36 semanas aproximadamente.

El año 2011 se demostró, además, que el hallazgo de un cuello uterino entre 10 y 20 mm de largo en el segundo trimestre inicial también constituye indicación del uso de progesterona, y que su uso reduciría no sólo la incidencia de prematurez, sino la morbilidad asociada a ella. (40)

Pese a estos resultados, mientras no existan mayores estudios de potenciales riesgos para la madre o el recién nacido, no se puede recomendar la progesterona en forma universal. Por otra parte, dos centros chilenos participaron en el estudio del año 2011, y el hallazgo de cuellos cortos fue muy infrecuente.

➤ **Prevención terciaria**

El tratamiento clásico de la amenaza de parto prematuro o trabajo de parto prematuro consiste en reposo, tocolíticos (sustancias inhibidoras de las contracciones uterinas) e inducción de madurez pulmonar fetal. La terapia tocolítica generalmente frena la dinámica uterina en forma temporal, pero no remueve la causa o estímulo que inició el proceso del trabajo de parto, por lo que no es esperable que ella prolongue el embarazo por semanas.

Los objetivos del tratamiento son:

1. Retrasar el parto al menos en 48 horas, para que los corticoides que se administran a la madre puedan alcanzar su máximo efecto. Los corticoides antenatales disminuyen el riesgo de mortalidad neonatal, síndrome de dificultad respiratoria (SDR), hemorragia intraventricular (HIV) y enterocolitis necrotizante (ECN) en recién nacidos de pretérmino. Estas son las causas más importantes de morbilidad y de mortalidad en prematuros, en particular cuando se trata de niños nacidos por debajo de las 32 semanas de gestación.
2. Proveer el tiempo necesario para el transporte de la madre, si es que está indicado, a un centro terciario que cuente con los cuidados neonatales necesarios para un recién nacido de pretérmino.
3. Prolongar el embarazo cuando hay causas autolimitadas de dinámica uterina (ejemplo: pielonefritis aguda, cirugía abdominal), que es poco probable que recurran.

➤ **Medidas generales**

Hospitalización, reposo, hidratación, sedación, y evaluación materna y fetal. La evaluación materna incluye exámenes generales y cultivos cérvico-vaginales. La evaluación fetal supone examen ultrasonográfico, registro electrónico de la frecuencia cardíaca fetal y velocimetría doppler de los vasos sanguíneos fetales y/o placentarios.

➤ **Medidas específicas**

Corticoides:

En 1972 Liggins y Howie, marcaron un hito en la historia de la obstetricia al publicar que la administración antenatal de glucocorticoides a la madre, disminuía la incidencia del síndrome de dificultad respiratoria y la mortalidad neonatal en recién nacidos prematuros. Desde entonces la eficacia de la terapia corticoidal prenatal ha sido confirmada en más de una docena de estudios clínicos randomizados controlados. Además, los recién nacidos prematuros que recibieron tratamiento con corticoides antenatales han mostrado mayor estabilidad hemodinámica y menor incidencia de hemorragia intraventricular y enterocolitis necrotizante que los recién nacidos no expuestos a esta terapia.(41)

El National Institute of Health (NIH), publicó las siguientes recomendaciones en relación al uso de corticoides antenatales(20):

1. El beneficio en la administración de corticoides a fetos en peligro de parto prematuro supera ampliamente los posibles riesgos. Este beneficio no sólo incluye la disminución del riesgo del SDR, sino también, una disminución significativa de la mortalidad y de la HIV.
2. Todos los fetos entre 24 y 34 semanas de edad gestacional en riesgo de parto prematuro deben ser considerados candidatos para el tratamiento prenatal con corticoides.

3. La decisión sobre usar o no corticoides prenatales, no debe verse alterada por la raza o sexo del feto.
4. Los pacientes que reciben terapia tocolítica deben recibir también tratamiento con corticoides.
5. Los esquemas de tratamiento que pueden utilizarse son:
Betametasona (fosfato/acetato) 12 mg im cada 24 horas por 2 dosis
Bexametasona 6 mg im cada 12 horas por 4 dosis.
El beneficio óptimo se obtiene entre 24 horas y 7 días después de la administración de corticoides.
6. Dado que el beneficio del tratamiento con corticoides se observa desde antes de las 24 horas de administración de la primera dosis, la terapia debe iniciarse siempre que no se espere el parto en forma inminente.
7. En caso de RPM de menos de 32 semanas de edad gestacional, en ausencia de corioamnionitis clínica, se debe usar terapia corticoidal dado el alto riesgo de HIV en edades gestacionales tempranas.

La revisión sistemática realizada por la base de datos Cochrane(32), que incluyó 21 estudios (3.885 mujeres y 4.269 neonatos), muestra que el tratamiento con corticosteroides prenatales no aumenta el riesgo de muerte, corioamnionitis o sepsis puerperal para la madre.

En esta revisión sistemática se señala que no hay datos suficientes para embarazos múltiples, por lo que en esos casos se desconoce su eficacia.

➤ **Droga de elección**

Los corticoides que tradicionalmente se han usado para este fin son la betametasona y la dexametasona. La mayoría de los estudios compara ambas drogas con diversos controles, pero no entre sí. La evidencia indirecta sugería que la betametasona se asociaba con un

mejor resultado perinatal, en especial con una mayor reducción de la mortalidad neonatal. (42)

En contraste, el único estudio randomizado que compara directamente las dos drogas, el estudio Betaco de (Antenatal betamethasone compared with dexamethasone), publicado el año 2007(43), no encontró diferencias significativas entre ambos esteroides en las tasas de una larga lista de variables estudiadas. Sin embargo, los recién nacidos que recibieron betametasona mostraron una tasa significativamente mayor de HIV (17 vs 6%, RR 2,97, 95% CI 1,22-7,24) y lesiones cerebrales (18 vs 7%, RR 2,7, 95% CI 1,18-6,19). No existen datos de seguimiento a largo plazo.

Los resultados del Betacode contrastan con varios estudios más grandes, pero de cohorte o caso-control, que sugerían que la dexametasona era neurotóxica y se asociaba con resultados neurológicos adversos en comparación con el uso de betametasona o no usar corticoide alguno. (44)

En la actualidad se considera que no existe evidencia suficientemente fuerte para recomendar a una droga por sobre la otra.

➤ **Edad gestacional de la administración**

En general los corticoides antenatales se usan entre las 24 y 34 semanas de edad gestacional. Parece poco probable que el uso de corticoides antes de las 24 semanas de edad gestacional mejore significativamente la función pulmonar, ya que en este período existen muy pocos alvéolos primitivos sobre los cuales pudiera actuar el medicamento (45)

Tradicionalmente se administraban corticoides sólo hasta las 35 semanas, ya que con posterioridad a esta fecha los riesgos de SDR, HIV y mortalidad neonatal son basalmente muy bajos. Sin embargo, el estudio ASTECS (Antenatal Steroids For Term Caesarean Section;

BMJ, 2005) mostró que en cesáreas electivas, entre las 34 y 38 semanas de edad gestacional, los corticoides eran efectivos en disminuir el SDR, compuesto de enfermedad de membrana hialina y principalmente taquipnea transitoria (2,4 vs 5,1%; RR 0,46, 95% CI 0,23-0,93). No existen datos sobre resultados neurológicos a largo plazo para este estudio.

➤ **Cursos repetidos de corticoides**

Ni el estudio original de Liggins y Howie, ni los estudios posteriores han logrado demostrar una disminución significativa de la incidencia de SDR después de siete o más días de la administración de corticoides. Este hallazgo ha llevado a la controversia sobre si la terapia corticoidal debiera usarse en cursos repetidos.

Los posibles beneficios de repetir el curso de corticoides se deben balancear con la evidencia de que existiría un daño en el desarrollo pulmonar, desarrollo de la retina, resistencia a la insulina, disminución del número de glomérulos renales, disminución del crecimiento somático, de la circunferencia craneana, y, en particular, daño en la maduración del sistema nervioso central (SNC), si se administran corticoides en dosis múltiples (46)

Los estudios multicéntricos randomizados controlados que han intentado responder a esta pregunta han mostrado que:

- Los recién nacidos que recibieron cursos repetidos de corticoides sufrieron de SDR menos severos, especialmente a menor edad gestacional.
- No hubo diferencias entre los grupos que recibieron tratamiento y los grupos control en las tasas de morbilidad compuesta (enfermedad pulmonar crónica, HIV, ECN, estadía hospitalaria y mortalidad neonatal).

- Las dosis repetidas de corticoides no se asociaron con diferencias clínicamente significativas en peso al nacer, circunferencia craneana o talla de los recién nacidos.
- No hay diferencia en el desarrollo físico y neurocognitivo, ni en las tasas de sobrevivencia libre de secuelas a 2-3 años de seguimientos entre los niños que recibieron tratamiento o los que recibieron placebo.

En el estudio MFMU, las dosis repetidas de tratamiento corticoidal se asociaron con un aumento no significativo en la incidencia de parálisis cerebral (un caso en el grupo control y cinco en el grupo de cursos semanales; RR 5,68, 95% CI 0,69-46,7).

En suma, parece prudente, a la luz de la evidencia actual, abstenerse de usar de modo rutinario la repetición del tratamiento corticoidal, y limitarse a repetir el tratamiento completo cuando transcurrida más de una semana de su administración inicial, la madre presenta nuevamente riesgo evidente de parto prematuro.

➤ **Tocolíticos**

Son fármacos que inhiben las contracciones uterinas. El fármaco hoy utilizado como primera línea para inhibir trabajo de parto prematuro es el nifedipino. Si bien existen otros fármacos útiles (fenoterol, atosiban e indometacina), el nifedipino se ha demostrado más eficaz en los metaanálisis publicados, prolongando por más tiempo el embarazo, sin efectos laterales sobre la madre y/o el feto, y reduciendo la frecuencia de síndrome de distrés respiratorio fetal en los prematuros.

El nifedipino se utiliza en dosis de 20 mg oral iniciales, dosis que se repite a los 20 minutos si la dinámica uterina persiste (máximo tres dosis). Si las contracciones uterinas desaparecen, se indica Nifedipino en dosis de 10 mg cada 6 horas por alrededor de siete días.

Si la dinámica uterina no cede con nifedipino, y se trata de un embarazo de pretérmino menor de 32 semanas de gestación, puede utilizarse Fenoterol o Atosiban como droga de segunda línea. (47)

➤ **Amniocentesis**

Existen pacientes en las cuales puede existir beneficio de practicar amniocentesis (extracción de líquido amniótico por punción materna transabdominal). Ellas son pacientes con elementos clínicos que sugieran infección intraamniótica o corioamnionitis, pacientes portadoras de dispositivo intrauterino y, cuando tratándose de embarazos prematuros menores de 32 semanas, no existe respuesta a los tocolíticos utilizados.

Si el estudio del líquido amniótico obtenido a través de la amniocentesis es compatible con infección, puede estar indicada la interrupción del embarazo (dependiendo de la edad gestacional) y/o el tratamiento antibiótico de amplio espectro que mejor cubra los microorganismos involucrados.

➤ **Antibióticos**

Se ha demostrado la ausencia de beneficios del uso de antibióticos profilácticos en el tratamiento del parto prematuro con membranas ovulares íntegras, pero cuando la paciente con trabajo de parto prematuro está en evolución espontánea y se espera la obtención de un recién nacido de pretérmino, está indicada la prevención de sepsis neonatal precoz, mediante el uso de antibióticos que cubran especialmente streptococo beta hemolítico.

➤ **Neuroprotección**

La administración antenatal de sulfato de magnesio en dosis de 5 g EV cuando se supone que va a ocurrir un parto prematuro menor de 34 semanas, reduce el riesgo de parálisis cerebral y disfunción motora en la infancia (48)

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

- a) **Parto pretérmino:** Nacimiento de un producto con edad gestacional comprendido entre las semanas de gestación por inicio de 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. Es responsable del nacimiento de productos antes de haber logrado la madurez y crecimientos óptimos para su vida extrauterina. Se relaciona con una elevada morbi-mortalidad perinatal.
- b) **Factor de riesgo:** Característica o cualidad que tiene una enfermedad, la cual guarda relación causal o le otorga un grado mayor de posibilidad para su desarrollo.
- c) **Factor de riesgo materno preconcepcional:** Características o cualidades presentes en la madre antes del embarazo que otorgan una mayor probabilidad de padecer una enfermedad, en forma específica que incrementa el riesgo de un parto pretérmino.
- d) **Factor de riesgo materno concepcional:** Características o cualidades presentes en la madre durante el embarazo que otorgan una mayor probabilidad de padecer una enfermedad, en forma específica que incrementa el riesgo de un parto pretérmino.

2.4. HIPÓTESIS

H_a: Los factores de riesgo preconcepcional y conceptuales maternos están asociados al parto pre término en el Hospital II ESSalud Huánuco en el periodo del 2018 al 2021.

H₀: Los factores de riesgo preconcepcionales y conceptuales maternos No están asociados al parto pretérmino en el Hospital II EsSalud Huánuco en el periodo del 2018 al 2021.

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Factores de riesgo

2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Parto pre término.

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Dimensión	Indicador	Categoría	Escala
Variable Dependiente				
Parto pre termino	Única	Prematuro tardío 34 a <37 semanas	- Cuantitativa	Ordinal
		Prematuro Moderado 32 a <34 semanas	- Cuantitativa	Ordinal
		Muy prematuro 28 a <32 semanas	- Cuantitativa	Ordinal
		Extremadamente prematuro	- Cuantitativa	Ordinal
Variable Independiente				
Factores	Maternos preconcepcionales	Edad	En años	Razón
		Nivel económico	- Alto - Bajo	Nominal
		Amenaza de parto prematuro	- SI - No	Nominal
		Antecedentes maternos de aborto	- SI - No	Nominal
		Antecedentes maternos de tabaquismo	- SI - No	Nominal
		Antecedente materno de alcoholismo	- SI - No	Nominal
		Antecedentes maternos de ITU	- SI - No	Nominal
		Maternos concepcionales	Control pre natal inadecuado	- SI - No
	Infección urinaria		-Si -No	Nominal
	Bacteriuria asintomatica		-Si -No	Nominal
	Vaginosis bactertiana		-Si -No	Nominal
	Corioamnionitis		-Si -No	Nominal

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Según la intervención del investigador el estudio fue **observacional indirecto**, solo se observó y se describió en forma precisa los fenómenos.

Según la planificación de la medición de la variable de estudio fue **retrospectivo**, porque se registraron información sobre hechos ocurridos anteriormente al diseño y recolección de datos, y se realizó a partir de documentos o fuentes secundarias.

Según el número de mediciones de la variable de estudio fue **transversal**, porque los instrumentos se aplicaron en un solo momento y las variables se midieron una sola vez.

Según el número de variables analíticas fue **analítico**, porque se hizo un estudio bivariado.

3.1.1. ENFOQUE

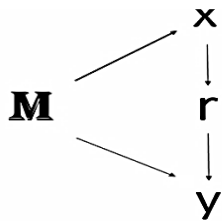
El enfoque de la presente investigación fue de tipo cuantitativo debido a que se llevó a cabo la observación y la evaluación de los fenómenos en estudio convirtiéndolo en datos numéricos a través de la estadística

3.1.2. ALCANCE O NIVEL

La presente investigación fue de nivel descriptivo relacional, porque se observaron en forma indirecta las variables en estudio y se llevó a resultados a medir la asociación existente ente las 02 variables identificadas.

3.1.3. DISEÑO

El diseño utilizado en la presente investigación fue el diseño no experimental, transversal, correlacional como se presenta en el siguiente diagrama.



Dónde:

M = muestra de Historias clínicas

O = Observación de las variables

x = medición de la variable factores

y = medición de la variable parto pre termino

r = asociación.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

La población estuvo constituida por todas las historias clínicas de las gestantes que tuvieron parto prematuro y que fueron atendidos en el servicio de obstetricia del Hospital II de Huánuco EsSalud, durante los años del 2018 al 2021, y que sumaron 1,450 historias Clínicas.

a) Criterios de inclusión

- Historia Clínicas de gestantes con edad gestacional > a 20 semanas.
- Historia clínica de gestantes < de 37 semanas atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital EsSalud
- Historias Clínicas de gestantes completas.

b) Criterios de exclusión

- Historia Clínicas de gestantes con Partos producto de un accidente.
- Historia clínica de gestante con partos con edad gestacional < 20 semanas y > o = 37 semanas.
- Historias Clínicas ilegibles, no completas o no ubicables durante el estudio.

3.2.2. MUESTRA

La muestra estuvo constituida por un número representativo de historias clínicas de gestantes que acudieron al Hospital II de Huánuco EsSalud con un muestreo no probabilístico.

Aplicando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{e^2(N - 1) + Z^2 P Q}$$

Donde:

Z^2 = Nivel de confianza del 95 % (1.96).

P = proporción estimada, asumiendo $p = 0,5$.

Q = $1 - P$.

e = Precisión o magnitud del error de 5 %.

N = Población.

Reemplazando

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (1450)}{(0.05)^2 (1449) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = 304 \text{ Historias Clínicas}$$

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. TÉCNICA

En el presente estudio se emplearon la técnica de registro a través de la observación indirecta en la forma siguiente:

Variables	Técnica	Instrumento
Factores parto pre termino	Observación	Guía de Análisis documentario
Parto pre termino	Observación	Guía de Análisis documentario

3.3.2. INSTRUMENTOS

Para la elaboración del presente estudio se utilizó los siguientes instrumentos:

- Fichas para la recolección de datos. (anexo 1)
- Historias clínicas de gestantes con parto pretérmino
- Libros de ingresos y egresos al servicio de ginecología y obstetricia.
- Libro de partos del servicio de Obstetricia.

3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

3.4.1. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Para el procesamiento de la información se tuvo en cuenta las siguientes etapas:

➤ Autorización

Para obtener la información de la presente investigación se solicitó la autorización correspondiente para el acceso a los expedientes clínicos.

➤ **Aplicación de los instrumentos**

Una vez aprobado el proyecto de investigación, de acuerdo al cronograma de actividades, se procedió a la recolección de datos, de acuerdo a los criterios establecidos.

➤ **Revisión de los datos**

Se examinó en forma crítica el instrumento de recolección de datos que se utilizó; asimismo, se realizó el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias.

➤ **Codificación de los datos**

Se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos los datos respectivos, según las variables del estudio.

➤ **Clasificación de los datos**

Se ejecutó de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.

➤ **Procesamiento y análisis de información**

Se ingresó el número de todas las historias clínicas de las gestantes con parto pretérmino del servicio de Gineco-Obstetricia durante el periodo en estudio al Microsoft Excel 2010® y luego toda la información obtenida a través de la aplicación del instrumento se introdujo en una base de datos utilizando el programa SPSS 25.0 versión para Windows.

3.4.2. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

3.4.2.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Los datos cualitativos se describen en términos de frecuencias absolutas (número de casos observados) y frecuencias relativas (porcentajes)

3.4.2.2. ANÁLISIS INFERENCIAL

Para que se determine la asociación entre los factores de riesgo y el parto pretérmino se utilizó una prueba no paramétrica que es la prueba Chi cuadrado (X^2) donde se considerara intervalos de confianza de 95%. El nivel de confianza 95%, y el nivel de significancia que se plantea para dicho análisis fue 0,05

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS

4.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS FACTORES MATERNOS PRECONCEPCIONALES

Tabla 1. Edad materna asociado al parto pre termino en el Hospital II EsSALUD - Huánuco 2018-2021

Edad en años	n = 304	
	f	%
< de 19 años	36	11,8
21 a 26 años	64	21,1
27 a 32 años	94	30,9
> de 35 años	110	36,2
TOTAL	304	100,0

Fuente: Datos primarios obtenidos de las Historias Clínicas

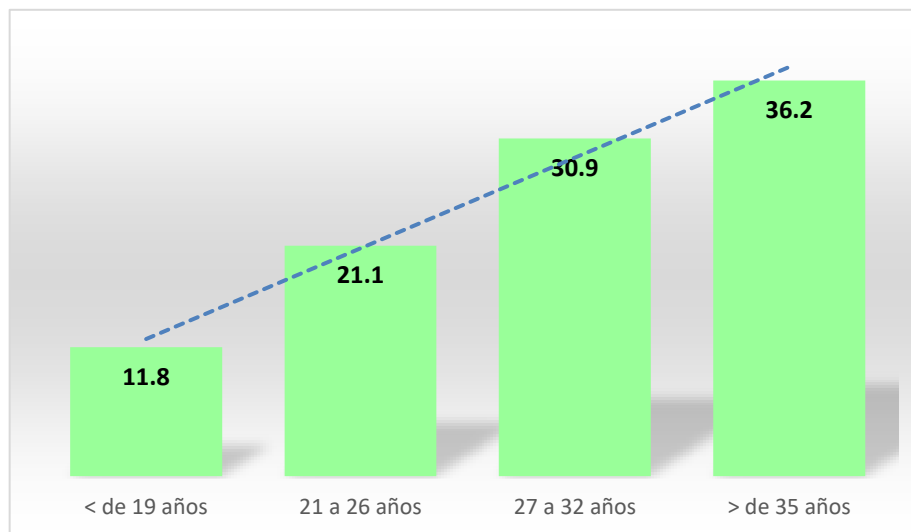


Gráfico 1. Edad de la muestra en estudio Hospital EsSALUD -2018-2021

Respecto a la edad que presentaron las gestantes evaluadas en el periodo en estudio, se encontró que el 36,2% fueron mayor de 35 años, el 30,9% de 27 a 32 años, seguido del 21,1 % para las edades de 21 a 26 años y finalmente el 11,8 % fue para menores de 19 años. Siendo el promedio 25 años.

Tabla 2. Nivel económico asociado al parto pre termino en el Hospital II EsSALUD - Huánuco 2018-2021

Nivel económico	n = 304	
	f	%
Alto	46	15.1
Medio	72	23.7
Bajo	186	61.2
TOTAL	304	100.0

Fuente: Datos primarios obtenidos de las Historias Clínicas

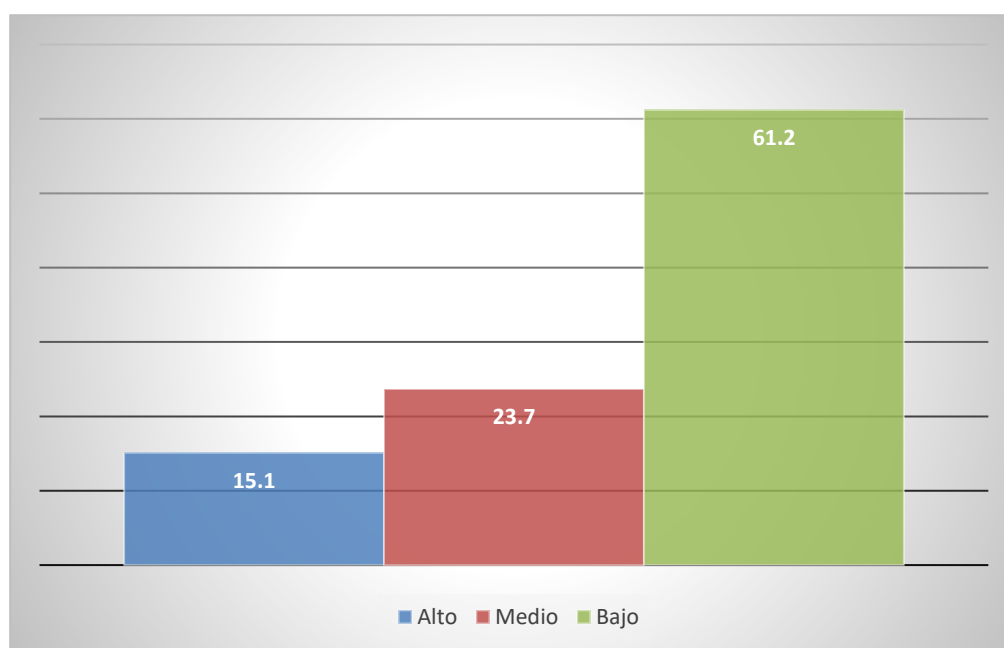


Gráfico 2. Nivel Economico de la muestra en estudio

En relación a la evaluación del nivel económico de la muestra en estudio se evidencia que 61,2 % califica como nivel bajo, seguido de 23,7 % para nivel medio y solo el 15,1% para nivel alto.

Tabla 3. Antecedentes de Amenaza de parto prematuro asociado al parto pre termino en el Hospital II EsSALUD -Huánuco 2018-2021

Amenaza de parto prematuro		n = 304
	f	%
SI	196	64.5
NO	108	35.5
TOTAL	304	100.0

Fuente: Datos primarios obtenidos de las Historias Clínicas

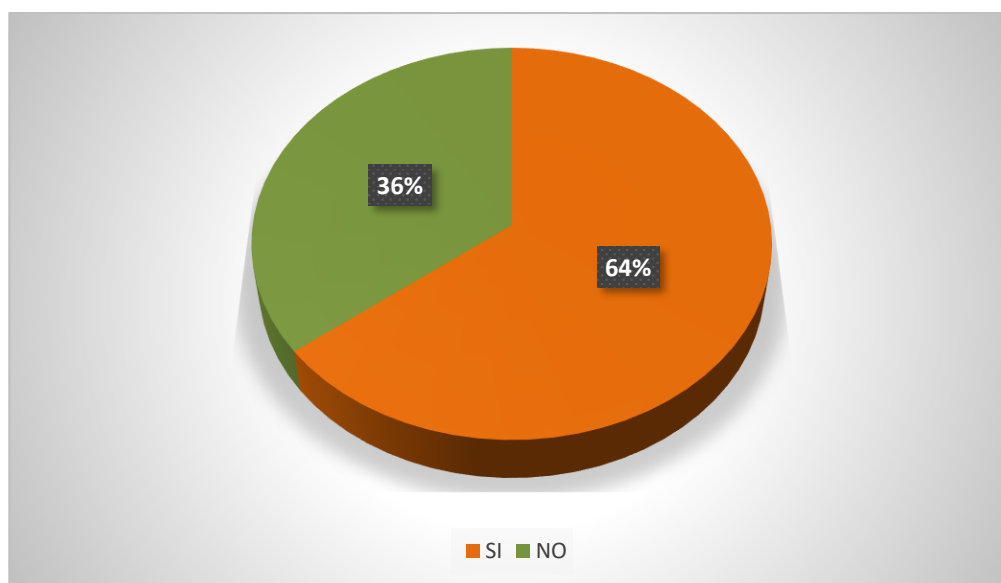


Gráfico 3. Amenaza de parto prematuro

En relación a amenaza de aborto en la muestra en estudio, se evidencia que en su gran mayoría 64.0% presento antecedentes y el 26 % no presento antecedentes de parto prematuro

Tabla 4. Antecedente materno de aborto asociado al parto pre termino en el Hospital II EsSALUD -Huánuco 2018-2021

Antecedente materno de aborto		n = 304
	f	%
SI	52	17.1
NO	252	82.9
TOTAL	304	100.0

Fuente: Datos primarios obtenidos de las Historias Clínicas

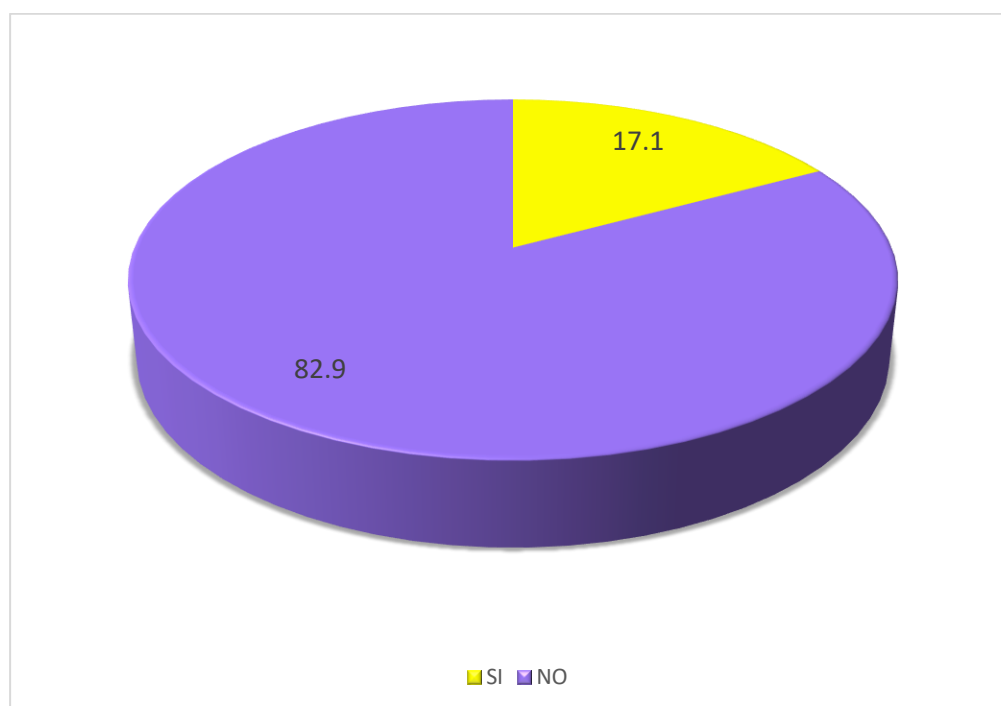


Gráfico 4. Antecedente materno de aborto

Respecto al antecedente materno de aborto en la muerta en estudio el 82,9 % no presento aborto y el 17,1 % si presento.

Tabla 5. Antecedente materno de tabaquismo asociado al parto pre termino en el Hospital II EsSALUD -Huánuco 2018-2021

Antecedente materno de Tabaquismo		n = 304
	f	%
SI	68	22.4
NO	236	77.6
TOTAL	304	100.0

Fuente: Datos primarios obtenidos de las Historias Clínicas

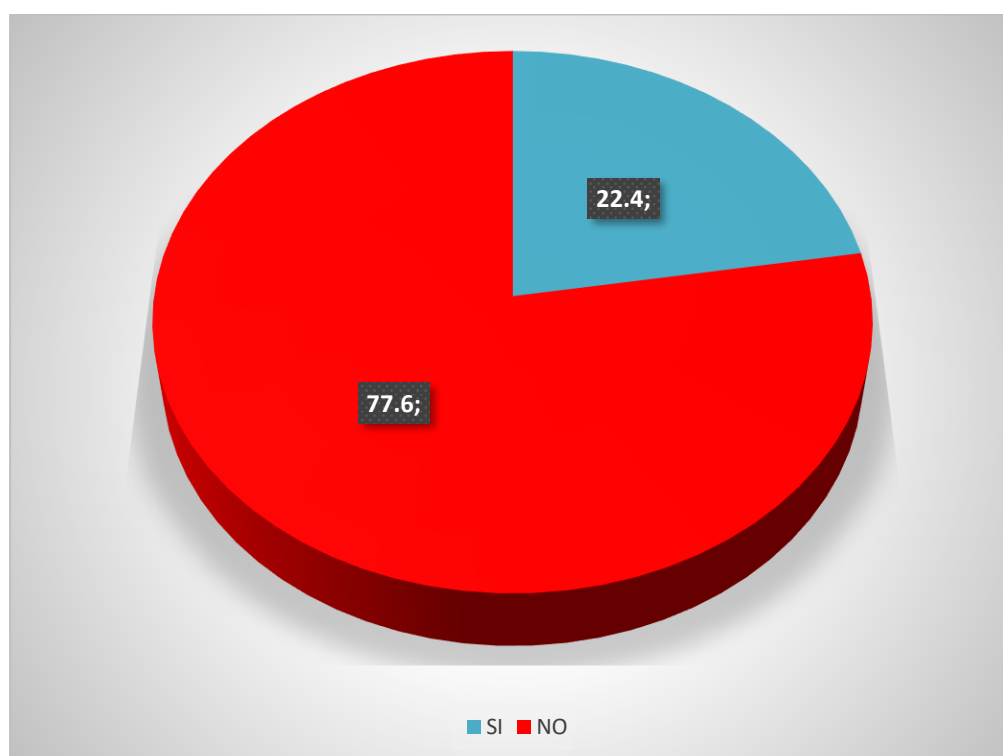


Gráfico 5. Antecedente materno de Tabaquismo

Para el antecedente materno de tabaquismo en la muestra en estudio se encontró que el 77,6 % no presento este antecedente y el 22,4 % si presento antecedente de tabaquismo.

Tabla 6. Antecedente materno de alcoholismo asociado al parto pre termino en el Hospital II EsSALUD -Huánuco 2018-2021

Antecedente materno de alcoholismo	n = 304	
	f	%
SI	24	7.9
NO	280	92.1
TOTAL	304	100.0

Fuente: Datos primarios obtenidos de las Historias Clínicas

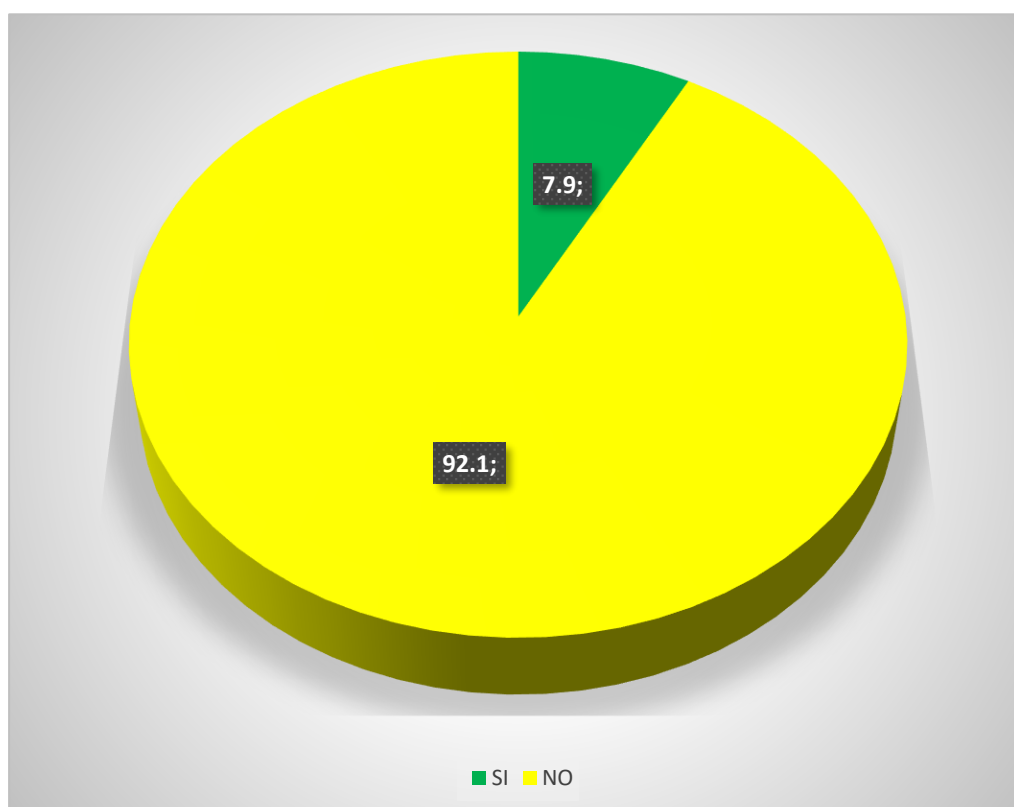


Gráfico 6. Antecedente Materno de Alcoholismo

Respecto al alcoholismo como antecedente materno, el 92,1 % no presento u el 7,9% si presento este antecedente.

Tabla 7. Antecedente materno de ITU asociado al parto pre termino en el Hospital II EsSALUD -Huánuco 2018-2021

Antecedente materno de ITU		n = 304
	f	%
SI	186	61.2
NO	118	38.8
TOTAL	304	100.0

Fuente: Datos primarios obtenidos de las Historias Clínicas

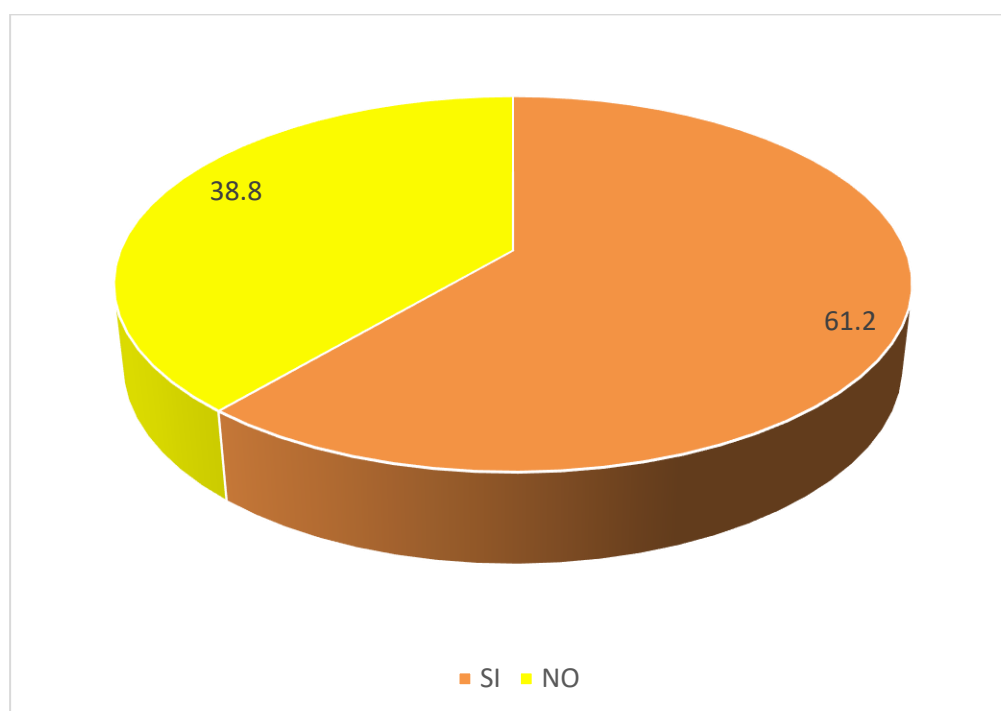


Gráfico 7. Antecedente materno de ITU

Respecto a la Infecciones del tracto urinario el 61,2 % presento ITU y solo el 38,8 % no presento,

4.1.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS FACTORES MATERNOS CONCEPCIONALES

Tabla 8. Control pre natal asociado al parto pre termino en el Hospital II EsSALUD - Huánuco 2018-2021

Control pre natal	n = 304	
	f	%
< de 6 controles	98	32.2
> o = 6 controles	206	67.8
TOTAL	304	100.0

Fuente: Datos primarios obtenidos de las Historias Clínicas

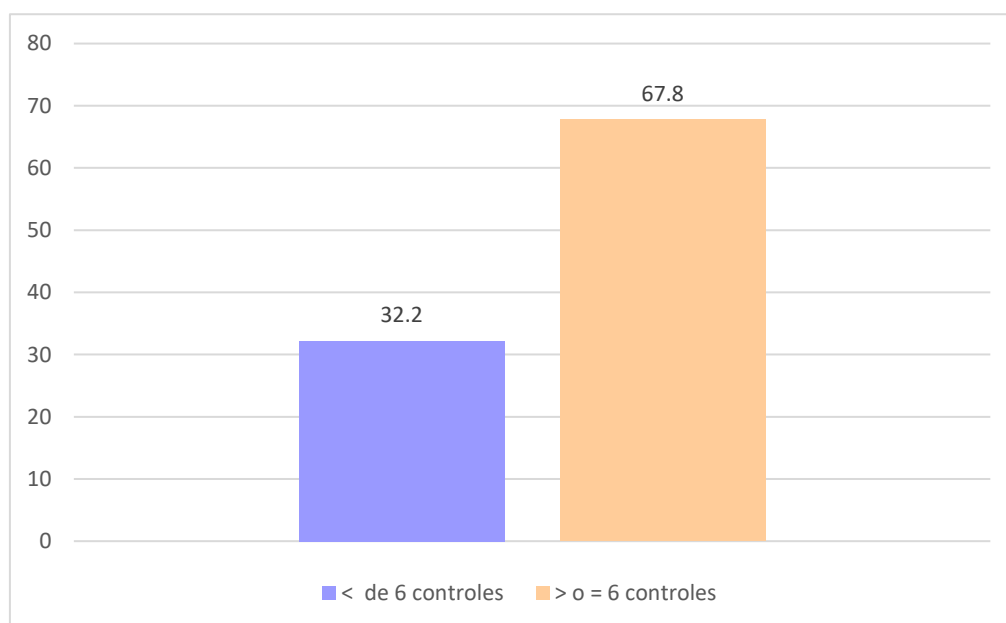


Gráfico 8. Controles pre natales

En cuanto a los controles pre natales en la muestra en estudio, el 67,8 % presento mayor o = a 6 controles y el 32,2 % fue menor a 6 controles

Tabla 9. Infección urinaria asociado al parto pre termino en el Hospital II EsSALUD - Huánuco 2018-2021

Infección Urinaria		n = 304
	f	%
SI	189	62.2
NO	115	37.8
TOTAL	304	100.0

Fuente: Datos primarios obtenidos de las Historias Clínicas

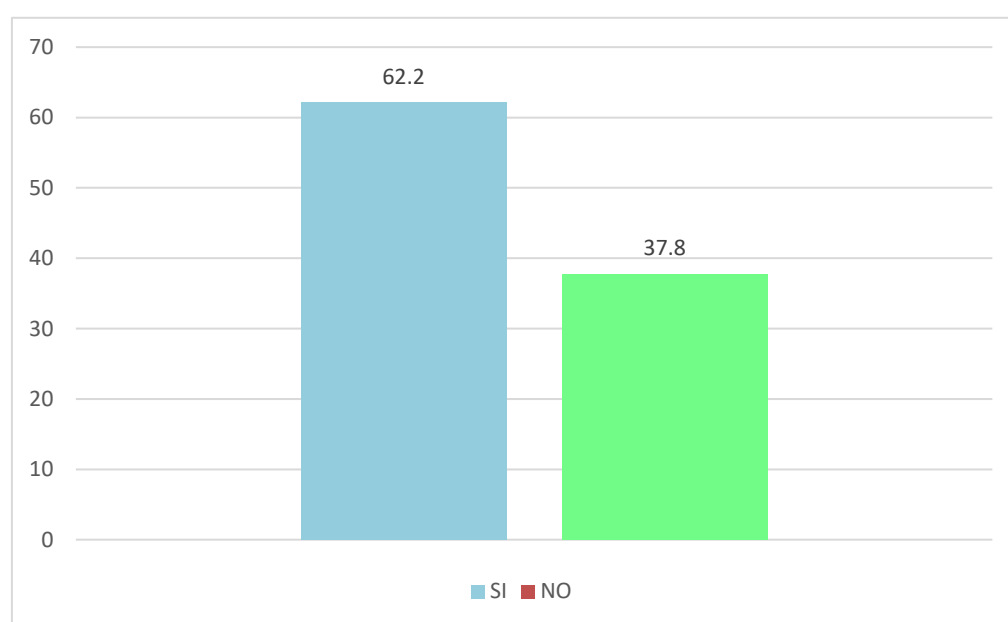


Gráfico 9. Infección urinaria

La infección del tracto urinario. (ITU), constituye una de las infecciones más frecuentes durante la gestación, en la muestra evaluada en el periodo en estudio se encontró que el 62,2% presento infección urinaria y el 37,8 % no registra.

Tabla 10. Bacteriuria asintomática asociado al parto pre termino en el Hospital II EsSALUD -Huánuco 2018-2021

Bacteriuria asintomática		n = 304
	f	%
SI	110	36,2
NO	194	63,8
TOTAL	304	100.0

Fuente: Datos primarios obtenidos de las Historias Clínicas

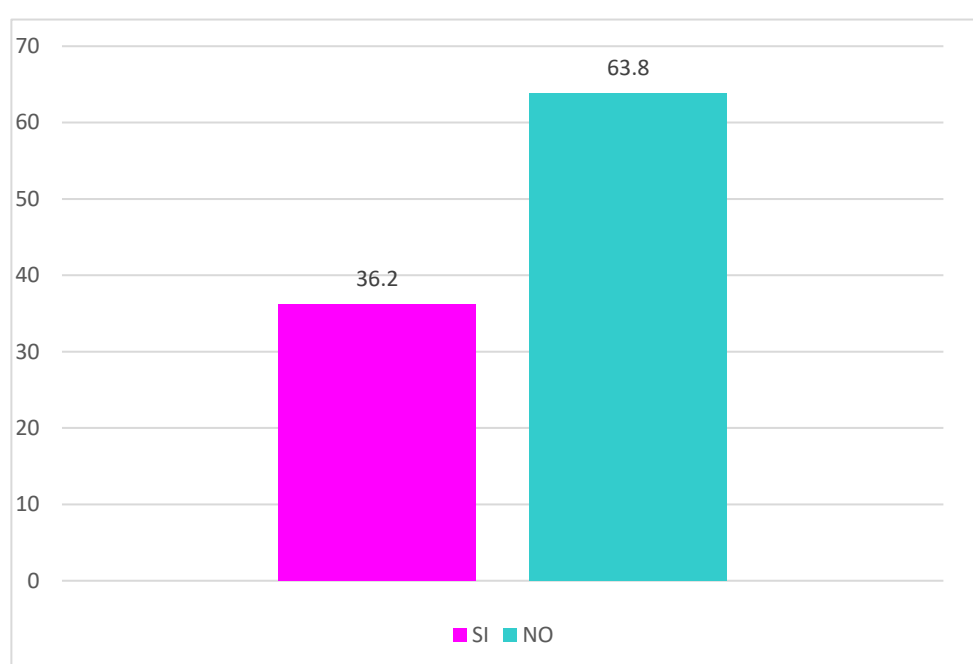


Gráfico 10. Bacteriuria Asintomatica

La bacteriuria asintomática es una infección bacteriana de la orina sin los síntomas típicos que se asocian con una infección urinaria, en la muestra no estuvo presente en el 63,8 % y en el 46,2% si estuvo presente.

Tabla 11. Vaginosis bacteriana asociado al parto pre termino en el Hospital II EsSALUD -Huánuco 2018-2021

Vaginosis bacteriana		n = 304
	f	%
SI	176	57.9
NO	128	42.1
TOTAL	304	100.0

Fuente: Datos primarios obtenidos de las Historias Clínicas

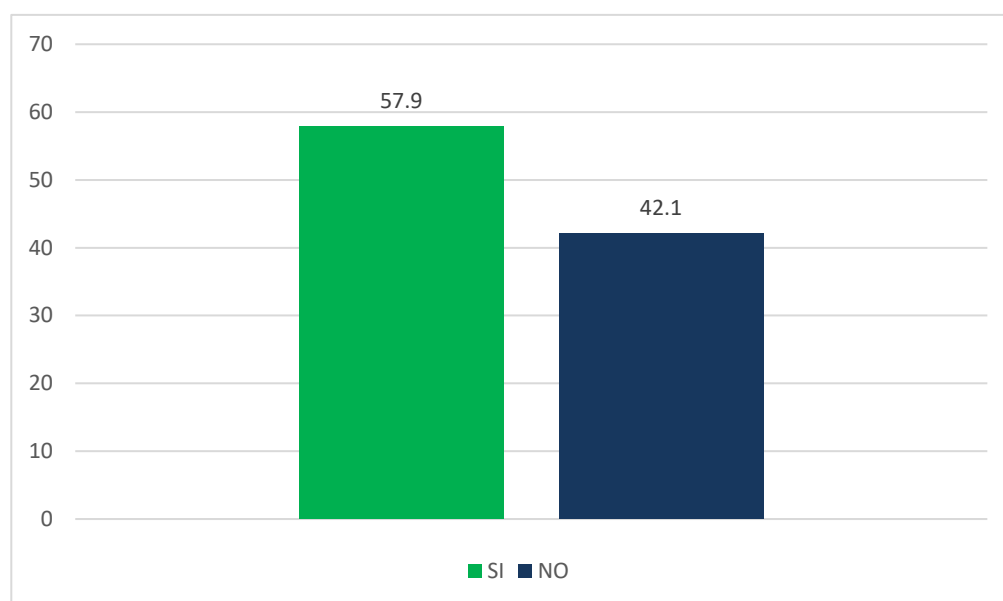


Gráfico 11. Vaginosis bacteriana

La vaginosis bacteriana durante el embarazo puede aumentar el riesgo de nacimiento prematuro y bajo peso al nacer, en el estudio se registró 57,9 % de gestantes con vaginosis bacteriana y el 42,1 % no presento.

Tabla 12. Corioamnionitis asociada al parto pre termino en el Hospital II EsSALUD - Huánuco 2018-2021

Corioamnionitis	n = 304	
	f	%
SI	6	2.0
NO	298	98.0
TOTAL	304	100.0

Fuente: Datos primarios obtenidos de las Historias Clínicas

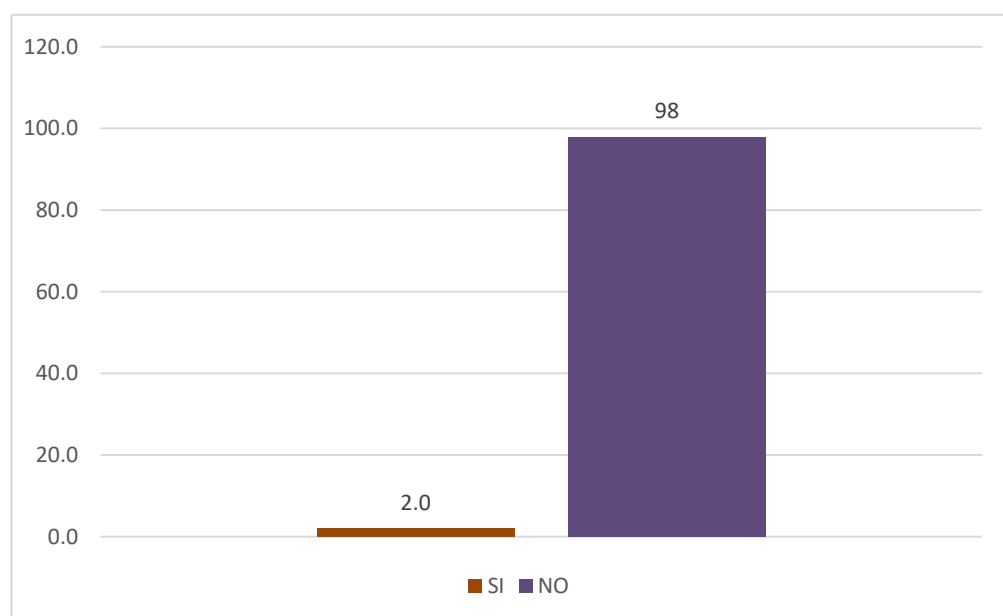


Gráfico 12. Corioamnionitis

La corioamnionitis es una infección de la placenta y del líquido amniótico. Se presenta con más frecuencia cuando el saco amniótico ha estado roto por mucho tiempo antes del nacimiento. En la muestra evaluada se encontró que el 98,0 % no presentó y el 2,0 % si presentó esta infección.

4.1.3. CARACTERÍSTICAS DEL PARTO PRETÉRMINO

Tabla 13. Características del parto pre termino en el Hospital II EsSALUD -Huánuco 2018-2021

Características del parto pre termino	n = 304	
	F	%
Prematuro tardío	72	23.7
Prematuro moderado	192	63.2
Muy prematuro	32	10.5
Extremadamente prematuro	8	2.6
TOTAL	304	100.0

Fuente: Datos primarios obtenidos de las Historias Clínicas

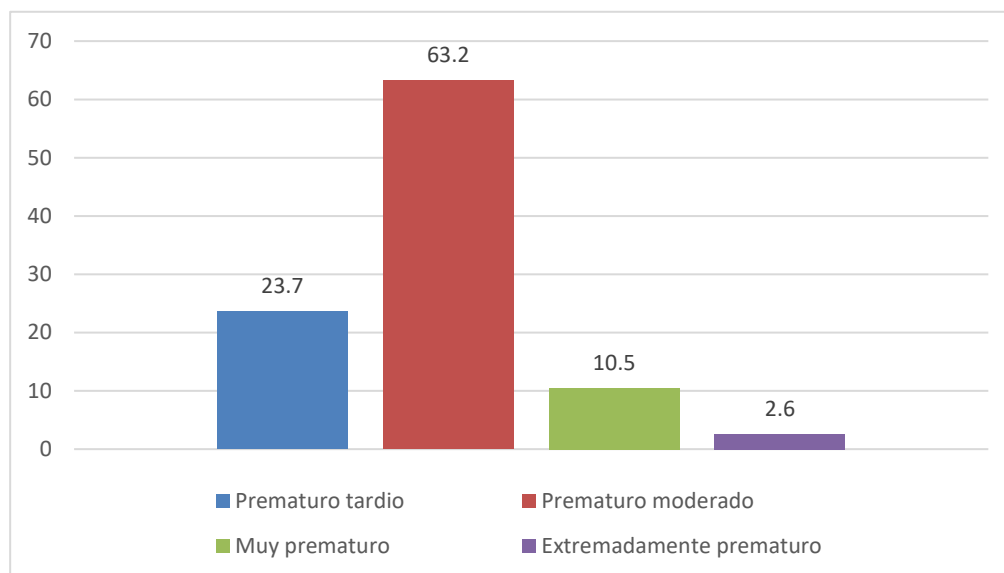


Gráfico 13. Características del parto pre termino

En cuanto a las características que presenta el parto pre termino se evidencio que el 63,2 % fueron prematuros moderados, 23,7 % prematuros tardío, 10,5 % muy prematuros y el 2,6 % fueron extremadamente prematuro.

4.1.4. CONTRASTACIÓN Y PRUEBA DE HIPÓTESIS

Tabla 14. Factores Maternos Preconcepcionales asociados al parto pre termino en el Hospital II EsSALUD- Huánuco 2018-2021

Factores	Parto pre termino		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	F	%		
Edad materna				
Adolescente / añosa	146	48.0	6,89	0,005
Nivel económico				
Alto	46	15.1		
Medio	72	23.7		
Bajo	186	61.2	9,76	0,001
Amenaza de parto prematuro				
SI	196	64.5	8,74	0,002
NO	108	35.5		
Antecedentes aborto				
SI	52	17.1		
NO	252	82.9	12,76	0,006
Antecedentes Tabaquismo				
SI	68	22.4		
NO	236	77.6	14,21	0,008
Antecedentes Alcoholismo				
SI	24	7.9		
NO	280	92.1	13,24	0,007
ITU pre gestacional				
SI	186	61.2	10,62	0,000
NO	118	38.8		

Fuente Datos primarios obtenidos de las Historias Clínicas

Al evaluar los factores maternos preconcepcionales que se asocian al parto prematuro en gestantes en el Hospital II EsSALUD. Huánuco durante los años del 2018 al 2021, se observa que a la aplicación de la prueba del Chi Cuadrado de Independencia se encontró un valor de $X^2 = 6,89$; con un valor de significancia $p = 0,005$ para la edad adolescente y añosa, nivel económico bajo $X^2 = 9,76$; con un valor de significancia $p = 0,001$; amenaza de parto prematuro

$X^2 = 8,74$ con un valor de significancia $p = 0,002$ y antecedente materno de ITU pre gestacional $p = 0,005$ para la edad adolescente y añosa ,nivel económico bajo $X^2 = 10,62$; con un valor de significancia $p = 0,000$.

Tabla 15. Factores Maternos Concepcionales asociados al parto pre termino en el Hospital II EsSALUD- Huánuco 2018-2021

Factores	Parto pre termino		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	F	%		
Control prenatal				
Adecuado	206	67.8		
Inadecuado	98	32.2	12,02	0,007
Infección urinaria				
SI	189	62.2	13,04	0,002
NO	115	37.8		
Bacteriuria				
SI	110	36.2		
NO	194	63.8	11,26	0.006
Vaginosis bacteriana				
SI	176	57.9	13,24	0,003
NO	128	42.1		
Corioamnionitis				
SI	6	2.0		
NO	298	98.0	14,25	0,009

Fuente Datos primarios obtenidos de las Historias Clínicas

Al evaluar los factores maternos concepcionales que se asocian al parto prematuro en gestantes en el Hospital II EsSALUD en Huánuco durante los años del 2018 al 2021, se observa que a la aplicación de la prueba del Chi Cuadrado de Independencia se encontró un valor de $X^2 = 13,04$; con un valor de significancia $p = 0,002$ para infección urinaria y vaginosis bacteriana $X^2 = 13,24$; con un valor de significancia $p = 0,003$.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio de investigación se realizó con una muestra de 304 historias clínicas de gestantes atendidas en el Hospital II de EsSALUD Huánuco, durante los años del 2018 a 2021, siendo el parto prematuro la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatal en todo el mundo (50)

En el ámbito mundial y nacional se ha incrementado la prematuridad, siendo la principal causa de morbimortalidad perinatal, recientes estudios longitudinales demuestran que el seguimiento hasta los primeros cinco años en prematuros ha permitido observar, déficit sensorial, parálisis cerebral, problemas de aprendizaje, así como enfermedades respiratorias en comparación con los niños nacidos a término (51,52)

Por otro lado, la prematuridad representa un desafío para la medicina moderna, y también es un enorme problema para la familia, la sociedad y la economía de un país. En cuanto a factores maternos preconceptionales asociados al parto pretérmino para el estudio se encontró: edad materna adolescente o añosa, el nivel económico bajo, el antecedente de amenaza de parto pretérmino, y antecedente materno de ITU pre gestacional. El nivel económico está referido al lugar de posición en la que se encuentra una persona en la escala social económica, tomando en cuenta el tipo de trabajo, educación, vivienda y comodidad, entre otros (53).

Cuando este se ubica en el rango bajo se constituye en un importante factor de riesgo.

Los antecedentes de amenaza de parto pretérmino, es considerado como otro factor de riesgo. La amenaza de parto pretérmino se define como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22.0 hasta las 36.6 semanas de gestación.

Así mismo los antecedentes de ITU pregestacional, son considerados también como un factor de riesgo. Una infección del tracto urinario consiste en la colonización y multiplicación microbiana, habitualmente bacteriana, a lo largo del trayecto del tracto urinario. Son más frecuentes en el sexo femenino: hasta un 50 % de las mujeres puede presentar una ITU a lo largo de su vida, lo que se relaciona con la actividad sexual, los embarazos y la edad (54)

De acuerdo a los resultados obtenidos a través de la prueba de Chi Cuadrado se evidencian factores asociados al parto pretérmino: Edad materna adolescente o añosa, nivel económico bajo, antecedentes de parto prematuro y antecedentes de infecciones urinarias.

Encontrando en la literatura revisada que la edad se ubica en el extremo superior e inferior de los años reproductivos, ya sea más de 35 o los resultados respecto a la edad materna adolescente o añosa en el presente estudio lo evidencian como un factor de riesgo, lo cual si corresponde con investigaciones de otros autores, como el obtenido por Luna M. y García J , quienes indican que “el mayor riesgo de dar a luz un prematuro se dio en mujeres mayores de 39 años”, y el llevado a cabo por Andrade M. y Parra M^{10,11}, quien cita entre sus resultados la prevalencia de parto pre término del 53,7%; observando que hay 2 veces más riesgo en mujeres menores de 16 años.

En cuanto a los factores maternos conceptionales asociados al parto pretérmino, los resultados nos evidencian a la infección urinaria $X^2 = 13,04$ con un o valor p de 0,002, por lo tanto, este factor es considerado de riesgo, ya que aproximadamente 3 veces es más frecuente al parto pretérmino, y que por lo general se presenta en madres que presentan infección urinaria. Este resultado concuerda con los obtenidos por Guillen G (56), donde concluye que “los factores maternos de características infecciosas asociados con parto pretérmino fueron: infección urinaria, vulvovaginitis y corioamnionitis”. Concuerda también con los resultados obtenidos por Cruz (57), quien concluye que “los factores de riesgo materno fueron:

antecedente de parto pretérmino, infección urinaria y control prenatal inadecuado”. Del mismo modo concuerda con los resultados de Carpio (58), quien concluye que “la infección de vías urinarias son factores de riesgo asociadas al desarrollo del parto prematuro”.

También concuerda con los resultados obtenidos por Quiñones L, (59), quien logra determinar que “las causas con mayor frecuencia de casos fueron: las infecciones de vías urinarias, entre otros”.

Otro de los estudios con similares resultados, es el desarrollado por Andrade M. y Parra M (60). Quienes concluyen que “se observó hasta 64 veces sí tuvo una infección de vías urinarias para presentar un parto pretérmino”. Se concuerda también con el estudio llevado a cabo por Estrada C14, quien concluye que, el parto pretérmino está relacionado con factores de riesgos como la infección de vías urinarias

Los resultados encontrados en el presente estudio evidencian a la vaginosis bacteriana con un $X^2 = 13,24$ y un p valor de 0,003; por lo tanto, este factor también se considera de riesgo.

Aproximadamente 8 veces más frecuente el parto pretérmino, se presenta en madres con vaginosis bacteriana. Este resultado concuerda con Carpio F15,5, quien concluye que la vaginosis bacteriana es factor de riesgo asociado al desarrollo del parto prematuro.

CONCLUSIONES

- Los factores de riesgo maternos para el parto pretérmino en el Hospital II EsSalud Huánuco en el periodo del 2018 al 2021, son preconcepcionales y concepcionales.
- Los factores de riesgo preconcepcionales maternos para parto pretérmino en el Hospital II EsSalud Huánuco en el periodo del 2018 al 2021, son edad Adolescente y añosa (48%), nivel económico bajo (61,2%), antecedente de amenaza de parto prematuro (64,5%) e ITU pregestacional (61,2%).
- Los factores de riesgo concepcionales maternos para parto pretérmino en el Hospital II EsSalud Huánuco en el periodo del 2018 al 2021, son Infección urinaria (62,2%) y Vaginosis bacteriana (57,9%).

RECOMENDACIONES

- Identificar los factores de riesgo prevenibles por parte del personal de salud para así disminuir la incidencia de parto pretérmino en el Hospital II EsSalud Huánuco.
- Establecer Vigilancia permanente de la sintomatología y/o exámenes de laboratorio para el diagnóstico oportuno de ITU durante los controles prenatales por parte del personal de salud
- Orientar a las gestantes del interés de acudir a las evaluaciones materno fetales durante la gestación para así evitar complicaciones desencadenadas por la ITU.
- Poner un mayor énfasis en la atención prenatal en las gestantes con rango de edad entre menor de 19 y mayor de 40 años que presentan mayor riesgo de parto pretérmino.
- Capacitar al personal de salud para el reconocimiento precoz de todos los factores de riesgo para parto pretérmino y actuar oportunamente sobre los que sean modificables.
- Realizar investigaciones prospectivas donde se tomen en cuenta otras variables de estudio, para identificar otros factores de riesgo no considerados en la presente investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Huarcaya-Gutierrez Rocio, Cerda-Sanchez Mayra, Barja-Ore John. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en madres jóvenes atendidas en un hospital de Perú. MEDISAN [Internet]. 2021 Abr [citado 2022 Mar 13] ; 25(2): 346-356. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000200346&lng=es. Epub 05-Abr-2021.
2. Perú. Ministerio de Salud. Guías técnicas para la atención, diagnóstico y tratamiento de 10 condiciones obstétricas. Lima: Ministerio de Salud; 2011 [citado 12/04/2020]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1889.pdf>
3. Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. Lancet. 2016 [citado 13/04/2020]; 388(10063): 3027-35. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31593-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31593-8) .
4. OMS. Centro de prensa de la OMS: Nacimientos prematuros. [Online]; 2014. [Citado el 01 de abril del 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>.
5. Riva Reategui N. Factores de Riesgo para Parto Pretérmino Espontáneo en gestantes adolescentes del Hospital de Apoyo N° 2 Yarinacocha - Pucallpa. 2009 julio. Tesis para optar el grado de especialista en Gineco-Obstetricia.
6. Vásquez G, Ramírez J, Villar A. Epidemiología del parto pretérmino en el Hospital San Bartolomé de Lima. In XXIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología.; 2010; Lima. p. 20.
7. 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. 2002 junio. Tesis para optar el título de especialista en Gineco-Obstetricia.

8. Spong C. Defining "term" pregnancy: recommendations from the Defining "Term" Pregnancy Workgroup. 2013. JAMA 2013; 309:2445.
9. ACOG. Committee Opinion No 579: Definition of term pregnancy. 2013. Obstet Gynecol 2013; 122:1139.
10. C. G. Williams Obstetricia. 21st ed. Impreso en Argentina: Editorial Panamericana S.A; 2011.
11. Pérez M, Panduro B. Factores maternos asociados con nacimiento pretérmino espontáneo versus pretérmino nacido por cesárea. Ginecol Obstet Mex. 2011 junio; 79(10): p. 607-612.
12. Stacy B. La incidencia mundial de parto prematuro: una revisión sistemática de la mortalidad y la morbilidad maternas. Bull Organ Mundial de la Salud. 2010 junio; 88(1): p. 31-38.
13. Utama D, Crowther C. Tratamiento con corticosteroides transplacentarios versus corticosteroides fetales directos para acelerar la maduración pulmonar fetal cuando hay riesgo de parto prematuro. Cochrane Database of Systematic. 2011 junio; 9(1).
14. Carmona J. Epidemiología y factores de riesgo para el parto pretermino en el Hospital Militar Central. 2011. Tesis para optar el grado de especialista en Gineco-Obstetricia.
15. Endara G, Dona M, Palacios Paredes E, Busto Yera Y. enfermedad periodontal como factor de riesgo para partos pretérmino y recién nacido con bajo peso al nacer: valoración del nivel de conocimiento en médicos. 2015. Tesis para obtención del título de Odontólogo. Universidad Central del Ecuador.
16. Cortés Castell M, Rizo Baeza M, Aguilar Cordero J. Edad materna como factor de riesgo de prematuridad en España; área mediterránea. nutrición hospitalaria. 2013 junio; 28(5).

17. López N, González M. Factores obstétricos claves en los resultados neonatales y a los dos años de seguimiento en la prematuridad extrema. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2011 marzo; 76(5).
18. García Calvo BC. Edad materna y el número de abortos como factores de riesgo para parto pretérmino en pacientes atendidas en el hospital docente madre niño "San Bartolomé" durante enero a febrero del año 2015. 2015. Tesis optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia. Universidad Mayor de san Marcos.
19. Francisco Taboada Ramírez R. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el hospital regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias" de enero a diciembre 2013. 2013. Tesis para optar el grado de médico cirujano. Universidad de la Amazonia Peruana.
20. Huerto Palomino K. Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica, Perú. Rev -méd panacea. 2013 mayo a agosto.; 3(2): p. 27-31.
21. Ríos CA. Hiperémesis gravídica como factor de riesgo materno para parto pretérmino en el Hospital Regional Docente de Trujillo. 2012. Tesis para optar el grado de médico cirujano.
22. Goycochea Valdivia W, Hidalgo Tunque C, Hernández Díaz H. Asociación entre prematuridad, bajo peso al nacer y lactancia materna exclusiva con rinitis alérgica, en niños de 2 a 7 años que acuden al Hospital Nacional Cayetano Heredia, Perú. Boletín médico del Hospital Infantil de México. 2010 julio; 67(4).
23. Ortiz Alva, Tula Isabel factores de riesgo desencadenantes del trabajo de parto pretérmino, centro de salud Carlos showing Ferrari Huánuco - Universidad de Huánuco 2015- (Tesis)
URI: <http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/1398>
24. Santaya P. Factores de riesgo maternos que influyen en la prematuridad de los recién nacidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco. [Tesis Pregrado]. Huánuco: Universidad de Huánuco, Facultad Enfermería; 2016

25. Allpas-Gómez Henry Lowell, Raraz-Vidal Jarvis, Raraz-Vidal Omar. Factores asociados al bajo peso al nacer en un hospital de Huánuco. Acta méd. peruana [Internet]. 2014 Abr [citado 2022 Mar 11]; 31(2): 79-83. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172014000200003&lng=es.
26. Universidad Nacional Abierta y a Distancia. Teorías Sobre el Inicio del Parto [Internet]. Colombia: Universidad Nacional Abierta y a Distancia; 2016
27. Reyes I. Factores de riesgo de parto prematuro estudio de casos y controles Hospital Nacional Sergio E. Bernales mayo a setiembre 2003. [Tesis Pregrado]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004
28. Reyes I. Factores de riesgo de parto prematuro estudio de casos y controles Hospital Nacional Sergio E. Bernales mayo a setiembre 2003. [Tesis Pregrado]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004
29. Universidad Nacional Abierta y a Distancia. Teorías Sobre el Inicio del Parto [Internet]. Colombia: Universidad Nacional Abierta y a Distancia; 2016
30. Universidad Nacional Abierta y a Distancia. Teorías Sobre el Inicio del Parto [Internet]. Colombia: Universidad Nacional Abierta y a Distancia; 2016
31. Donoso Bernales B, Oyarzún Ebensperger E. Parto prematuro. [Online].; 2012. [Citado el 01 de abril del 2016]. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5477>.
32. WHO. March of Dimes, Partnershipfor Maternal, Newborn& Child Health, Savethe Children. Born too soon: the global action report on preterm birth. [Online].; 2012 [Citado el 01 de abril del 2016]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/born_too_soon/en/.

33. Jr. SW. Preterm labor. Am FamPhysician. 2010 december; 81(4): p. 477-84.
34. Slattery MM M. PretermDelivery. Lancet. 2002 Nov 9; 360(9344):1489-97. Lancet. 2002 noviembre; 360(9344): p. 1489-97.
35. Cruz Trinidad MC. Factores de riesgo maternos preconcepcionales y concepcionales del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, 2014. 2015. Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
36. Gazmararian J, Petersen R, Jamieson D. Hospitalizationsduringpregnancyamongmanagedcareenrollees. ObstetGynecol. 2002 julio; 100(1): p. 94-100.
37. McPheeters M, Miller W, Hartmann KS, Kaufman J, JM G, al. e. Theepidemiologyofthreatenedpreterm labor: a prospectivecohortstudy. Am J ObstetGynecol. 2005 april; 192(4): p. 1325-9.
38. ACOG. Guidelinesfor Perinatal Care, 5th edition. Washington, DC: American AcademyofPediatrics, American CollegeofObstetricians and Gynecologists. 2002..
39. Althuisius S, Dekker G, Hummel P. Cervical incompetence prevention randomized cerclage trial. Am J Obstet Gynecol. 2003 octubre; 189(4): p. 907-10.
40. Hassan S, Romero R, Vidyadhari D, Fusey SBJ, Khandelwal M, al. e. Vaginal progesterone reduces therate of pretermbirth in womenwith a sonographic short cervix: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Ultrasound Obstet Gynecol. 2001 julio; 38(1): p. 18-31.
41. Avery C. A controlled trial ofantepartumglucocorticoidtreatmentforpreventionoftherespiratorydistress syndrome in prematureinfants. Pediatrics. 1998 julio; 102(1): p. 250-1.

42. Roberts D, Dalziel S. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth.. Cochrane Database Syst Rev. 2006 julio; 19(3).
43. Lee B, Stoll B, McDonald S, Higgins R. Adverse neonatal outcomes associated with antenatal dexamethasone versus antenatal betamethasone. Pediatrics. 2006 mayo; 117(5): p. 1503-10.
44. Elimian A, Garry D, Figueroa R, Spitzer A, Wiencek V, Quirk J. Antenatal betamethasone compared with dexamethasone (Betacode trial): a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2007 julio; 110(1): p. 26-30.
45. Spinillo A, Viazzi F, Colleoni R, Chiara A. Two-year infant neurodevelopmental outcome after single or multiple antenatal courses of corticosteroids to prevent complications of prematurity. Am J Obstet Gynecol. 2004 julio; 191(1): p. 217-24.
46. Moore K, Persaud T. The respiratory system. En: The Developing Human, 5th Ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1993:226..
47. Kumar P, Seshadri R. Neonatal morbidity and growth in very low birth-weight infants after multiple courses of antenatal steroids. J Perinatol. 2005 noviembre; 25(11): p. 698-702.
48. Conde Agudelo A, Romero R. Antenatal magnesium sulfate for the prevention of cerebral palsy in preterm infants less than 34 weeks' gestation: a systematic review and metaanalysis. Am J Obstet Gynecol. 2009 junio; 200(6): p. 595-609.
49. Merino T. Estudios de Casos y controles III. [Online].; 2013. [Citado el 01 de abril del 2016]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/epianal7.htm>.
50. Mendoza L, Claros D. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Chile

51. Rodríguez IC; Rosell -Pineda, MDR; Álvarez T; Rosas Q. Factores de riesgo asociados a prematuridad - 2013. [accedido en mayo 2017] URL Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004877322013000300003
52. Carpio F., Factores de Riesgo maternos asociados a la Prematuridad; [En línea]. [Accedido en abril 2017]. URL Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/415/1>
53. Luna M, García J. Prematurez y los Determinantes de la Salud [En línea]. [accedido 2017 Enero 26]. URL Available from: <http://elsalvador.oer.bvsalud.org/downloads/31/Informe%20final.pdf>
54. Wilfredo V. Factores de riesgo del parto pretérmino. Instituto materno perinatal. Ginecología y Obstetricia. Vol. 47(2); [En línea] [accedido abril 2017]. URL Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00487320130030
55. Luna M, García J. Prematurez y los Determinantes de la Salud [En línea]. [accedido 2017 Enero 26]. URL Available from: <http://elsalvador.oer.bvsalud.org/downloads/31/Informe%20final.pdf>.
56. Guillén G, JJ. Factores maternos asociados al parto pretérmino hospital nacional Alberto Sabogal Sologuren Tesis para optar al título de especialista en ginecología y obstetricia Universidad San Martin de Porres. Facultad de Medicina Sección de Posgrado- Lima.2014
57. Cruz T, MC. Factores de riesgo maternos preconcepcionales y concepcionales del parto pretérmino en gestantes atendidas en el hospital Santa Rosa. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano Universidad San Marcos.2014
58. Carpio F., Factores de Riesgo maternos asociados a la Prematuridad; [En línea]. [Accedido en abril 2017]. URL Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/415/1>

- ## COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

77

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLE INDEPENDIENTE	Tipo : Aplicada Enfoque : Cuantitativo Alcance : Descriptivo Diseño : No experimental-transeccional, descriptiva.
¿Cuál es el nivel de efectividad de la prisión preventiva como medida cautelar frente al delito flagrante en el distrito judicial de Huánuco en el año 2022?	Determinar el nivel de efectividad de la prisión preventiva como medida cautelar frente al delito flagrante en el distrito judicial de Huánuco en el año 2022.	El nivel de efectividad de la prisión preventiva es alto en la medida cautelar frente al delito flagrante en el distrito judicial de Huánuco en el año 2022.	EFFECTIVIDAD DE LA PRISIÓN PREVENTIVA	M  O
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	VARIABLE DEPENDIENTE	POBLACIÓN
PE ₁ : ¿Cuál es el nivel de efectividad de la prisión preventiva como medida cautelar frente a la flagrancia clásica en el distrito judicial de Huánuco en el año 2022? PE ₂ : ¿Cuál es el nivel de efectividad de la prisión preventiva como medida cautelar frente a la cuasi – flagrancia en el distrito judicial de Huánuco en el año 2022? PE ₃ : ¿Cuál es el nivel de efectividad de la prisión preventiva como medida cautelar frente a la flagrancia presunta en el distrito judicial de Huánuco en el año 2022?	OE ₁ : Determinar el nivel de efectividad de la prisión preventiva como medida cautelar a la flagrancia clásica en el distrito judicial de Huánuco en el año 2022. OE ₂ : Determinar el nivel de efectividad de la prisión preventiva como medida cautelar frente a la cuasi-flagrancia en el distrito judicial de Huánuco en el año 2022. OE ₃ : Determinar el nivel de efectividad de la prisión preventiva como medida cautelar frente a la flagrancia presunta en el distrito judicial de Huánuco en el año 2022.	HE ₁ : El nivel de efectividad fue alta en los casos de prisión preventiva como medida cautelar frente a la flagrancia clásica en el distrito judicial de Huánuco en el año 2022. HE ₂ : El nivel de efectividad fue mayormente alta en los casos de prisión preventiva como medida cautelar frente a la cuasi-flagrancia en el distrito judicial de Huánuco en el año 2022. HE ₃ : El nivel de efectividad fue alta en los casos de prisión preventiva como medida cautelar frente a la flagrancia presunta en el	DELITO FLAGRANTE	P ₁ : 27 expedientes en las que se presentó la P.P. en los casos de flagrancia del Distrito Judicial de Huánuco. P ₂ : Operadores de justicia que laboran en el JIP y fiscales pertenecientes a las Fiscalías Provinciales Corporativas de Huánuco. P ₃ : Abogados con base en Derecho Penal litigantes en la ciudad de Huánuco.
				MUESTRA M ₁ : 15 expedientes en las que se presentó la P.P. en los casos de flagrancia del Distrito Judicial de Huánuco. M ₂ : 3 jueces pertenecientes al JIP y 12 fiscales de la 2da.

distrito judicial de Huánuco en el año 2022.	FPPCH entre fiscales provinciales (4) y fiscales adjuntos (8). M₃: 5 abogados con base en Derecho Penal litigantes en la ciudad de Huánuco.
---	---

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**FACTORES DE RIESGO MATERNOS PARA EL PARTO PRETÉRMINO EN EL
HOSPITAL II ESSALUD HUÁNUCO 2018 – 2021|.**

I.- DATOS GENERALES:

FICHA N °
HC :
Edad gestacional :

II : FACTORES PRE CONCEPCIONALES

1.- Edad:

- a) < 19 años ()
- b) 20-34 años ()
- c) > 35 años ()

2) Nivel de Económico

- a) Alto ()
- b) Medio ()
- c) Bajo ()

3) Antecedentes materno de parto prematuro

- a) SI ()
- b) NO ()

4) Antecedentes materno de aborto

- a) SI ()
- b) NO ()

5) Antecedentes materno de tabaquismo

- a) SI ()
- b) NO ()

6) Antecedentes materno de Alcoholismo

- a) SI ()
- b) NO ()

7) Antecedentes materno de ITU

- a) SI ()

b) NO ()

II: FACTORES CONCEPCIONALES

8) Control prenatal

a) < de 6 controles

b) > de 6 controles

9) Infección urinaria

a) SI ()

b) NO ()

10) Bacteriuria asintomática

a) SI ()

b) NO ()

11) Vaginosis Bacteriana

a) SI ()

b) NO ()

12) Corioamnionitis

a) SI ()

b) NO ()