

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO



**FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS AL
NACIMIENTO DE PREMATUROS EN EL SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL CARLOS LAN FRANCO LA
HOZ, DE JULIO 2018 – JULIO 2019**

PRESENTADOR POR LA BACHILLER:

Valeria Alessandra, Quiroz Nuñez

**MODALIDAD DE OBTENCIÓN: SUSTENTACIÓN DE TESIS
VIRTUAL PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MÉDICA
CIRUJANA**

ASESORA DE TESIS

Dra. María Elena Loo Valverde

LIMA - PERÚ

2021

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios, por concederme el privilegio de estar cumpliendo uno de mis más grandes anhelos y permitirme disfrutar de este grato y ansiado logro al lado de las personas que tanto amo, a mis papas Flor y Jorge por impulsar y amparar cada uno de mis sueños, por acompañarme en las largas y agotadoras noches de estudio, en las que sus palabras, abrazos y tazas de café eran mi combustible para no rendirme y continuar, a ti mi pequeño bubito, gracias por ser mi compañero de vida, el mejor hermano y cómplice, espero ser una fuente de inspiración y modelo a seguir para cada paso que decidas dar. Ustedes tres son y serán siempre mi principal motivación

A mis abuelitos Juan, Zulema y Carloman, gracias por todos los consejos y mimos, por brindarme ese amor único y diferente, mi corazón guardará eternamente los tan buenos recuerdos que juntos fabricamos. Y a mi Elvita, que pese a sus preciosos recuerdos no contrarresta su ausencia, se que donde quiera que esté, se siente orgullosa y feliz por mi. A mis tíos y primos, por sus palabras de aliento y amor constantes, siempre expectantes de cada paso que doy, tal es así que la distancia que nos separa pasa desapercibida.

A Tessy y Andreina por ser mis almas gemelas desde los 12 años, a Alexandra, Leyla y Yessy por ser mis personas mágicas, porque en cuestión de segundos entraron a mi mundo para no irse jamás, a Keyla por ser mi ángel sin plumas y sin vuelo, además de una perfecta compañera y cómplice de vida, a Leslie y Belén por ser quienes estan del otro lado de mi hilo rojo, el cual puede enredarse o estirarse pero nunca romperse y por último pero no menos importante a Luciano y Marcos por regalarme el privilegio de su amistad, a ustedes muchas gracias por ser mi compañía todos estos años y por no estar solo cuando hay un arcoirirs en mi vida, sino que cuando empieza la lluvia me toman de la mano y bailan conmigo bajo ella.

A ti querida medicina, gracias por permitirme descubrir de que estoy hecha, por demostrarme que todo sacrificio tiene una recompensa y por otorgarme la dicha de sanar a tantas personas, tanto física como espiritualmente, porque el

médico que no entiende de almas no entenderá de cuerpos y a la vida porque cada día me demuestra lo hermosa que es.

Finalmente gracias al Dr. Jhonny de La Cruz, Dra. Maria Loo y Dr. Dante Quiñones por su paciencia y por haber sido mi guía y apoyo durante la elaboración de este estudio.

DEDICATORIA

A Dios por concederme el don de la vida y ser mi guía eterna. Con infinito amor y gratitud a mis padres: Jorge y Flor por haber inculcado en mí, innumerables valores que fueron y son mi fuerza constante para superar obstáculos para poder cumplir mis metas. A mi hermano Gabriel por ser mi fuente de inspiración constantemente y ser el espejo en el que me quiero ver reflejada. A mis abuelitos por todo su amor.

A mis hijos perrunos, Argos y Nutella quienes me acompañaron en tantas amanecidas y por llegar en el momento preciso a mi vida porque cuando necesitaba una mano ellos me extendieron su patita y llenaron mis días de alegría con sus amor puro e incondicional.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los factores de riesgo maternos asociados al nacimiento de prematuros en el servicio de Neonatología del Hospital Carlos Lan Franco La Hoz en el periodo de Julio del 2018 a Julio del 2019.

MATERIALES Y MÉTODOS: Este estudio fue de diseño cuantitativo, retrospectivo, observacional, analítico de tipo casos y controles. Se realizó un estudio bivariado. Los datos fueron recolectados de historias clínicas con previo consentimiento del Hospital Carlos Lan Franco La Hoz. Para la elección de la muestra se empleó las tablas de cálculo proporcionadas por INICIB. La información fue ingresada al programa Stata. Se estudiaron 246 recién nacidos, divididos en prematuros (82) y no prematuros (164).

RESULTADOS: Se halló asociación estadísticamente significativa con parto prematuro en las variables Infección del tracto urinario ($p= 0.001$; $OR=4.80$; $IC95\%= 2.71-8.4$), anemia ($p= 0.001$; $OR=3.06$; $IC95\%=1.76-5.30$), ruptura prematura de membranas ($p= 0.028$; $OR=1.91$; $IC95\%=1.07-3.40$), control prenatal inadecuado ($p= 0.001$; $OR=2.80$; $IC95\%=1.60-4.88$), edad materna ($p= 0.01$; $OR=0.84$; $IC95\%=0.80- 0.89$), igual que el embarazo gemelar ($p= 0.001$; $OR= 4.29$; $IC 95\%= 2.14- 8.60$). Por lo contrario, la preeclampsia no presentó una asociación significativa con parto prematuro ($p=0.769$; $OR 0.91$; $IC95\% 0.51-1.63$).

CONCLUSIÓN: En el estudio del análisis bivariado se encontró asociación entre la edad materna adolescente, controles prenatales inadecuados, la infección urinaria materna, la anemia, la ruptura prematura de membranas y el embarazo gemelar son factores asociados a parto prematuro.

PALABRAS CLAVES: Prematuridad, parto prematuro, control prenatal, anemia gestacional, infección del tracto urinario, preeclampsia, rotura prematura de membranas, embarazo múltiple.

ABSTRACT

OBJECTIVES: To determine the maternal risk factors associated with the birth of premature infants during the period neonatology service of hospital Carlos Lan Franco La Hoz in the period of Julio 2018 to July 2019.

MATERIALS AND METHODS: This study was a quantitative, retrospective, observational, analytical, case/control type study. The data was collected from medical records with the prior consent of hospital Carlos Lanfranco La Hoz. For the selection of the sample, the calculation tables provided by INICIB were used. The information was entered into the Stata program, 246 newborns were studied, and were divided into premature and non premature.

RESULTS: A statistically significant association was found in the variables Urinary tract infection ($p= 0.001$; $OR=4.80$; $IC95\%= 2.71-8.4$), anemia ($p= 0.001$; $OR=3.06$; $IC95\%=1.76-5.30$), premature rupture of membranes ($p= 0.028$; $OR=1.91$; $IC95\%=1.076-3.40$), control inadequate prenatal ($p= 0.001$; $OR=2.80$; $IC95\%=1.60-4.88$) , maternal age ($p= 0.01$; $OR=0.84$; $IC95\%=0.80-0.89$) , as well as twin pregnancy ($p= 0.001$; $OR= 4.29$; $IC 95\%= 2.14- 8.60$). On the contrary preeclampsia did not present significant association ($p=0.769$; $OR 0.91$; $IC95\% 0.51-1.63$).

CONCLUSION: This study determined that inadequate prenatal care, maternal urinary infection, anemia, premature rupture of membranes, twin pregnancy are factors associated with preterm delivery.

KEYWORDS: prematurity, premature birth, prenatal care, urinary tract infection, gestacional anemia, premature rupture of membranes, multiple pregnancy, pre eclampsia.

INTRODUCCIÓN

El parto pretérmino es una de las principales y más importantes causas de mortalidad neonatal a nivel mundial, así como de una considerable parte de la morbilidad a corto y largo plazo. Este, por definición, es aquel que se lleva a cabo entre las semanas 22 y la 36, 6 días posteriores de la fecha de última menstruación.

Su frecuencia fluctúa entre el 5% (algunos países de Europa) y 18% (algunos países de África). Aproximadamente entre el 11,5 al 15 % de los partos que ocurren cada año, se producen antes del término y corresponden a un tercio de la mortalidad neonatal y a la mitad de las lesiones neurológicas que se desarrollan a largo plazo en la infancia. A su vez, se encuentra asociado a una mayor frecuencia de presentar síndrome de dificultad respiratoria, enterocolitis necrotizante, hemorragia intraventricular, ceguera y pérdida de la capacidad auditiva.

El parto pretérmino es considerado un problema de salud pública por 3 grandes razones: La primera, por su incremento durante estos últimos 10 años. La segunda, debido a que el nacimiento de un prematuro supone un gran impacto emocional a las familias y un alto costo a la comunidad, y la tercera, como consecuencia del impacto que genera en países en desarrollo y dentro de grupos poblacionales como las mujeres de origen afroamericano y asiático.

A nivel mundial, la prematuridad es el principal motivo de mortalidad en niños menores de cinco años. En contexto de países en vías de desarrollo, la mitad de los recién nacidos durante la semana 32 fallecen debido a que no reciben atención básica, como es brindarle al recién nacido el calor necesario o no fomentar la lactancia materna. Por otro lado, en aquellos países que cuentan con altos ingresos económicos, la mayoría de los bebés nacidos prematuros sobrevive.

Actualmente, se considera que el trabajo de parto pretérmino no posee una etiología clara por lo que el manejo ideal es evitarlo, esta acción permitirá

prolongar la estancia intrauterina del feto y optimizar sus condiciones, aumentando así sus probabilidades de sobrevivir y disminuyendo su morbilidad.

Por esta razón, este trabajo tiene la finalidad de identificar los factores de riesgo asociados al desarrollo del parto pretérmino, para así poder generar las medidas de prevención adecuadas y por ende, mejorar el pronóstico de los recién nacidos.

Este estudio proporcionará información actualizada al personal profesional del Hospital Carlos Lan Franco La Hoz, concerniente a los factores de riesgos maternos para el nacimiento de prematuros. El hospital fue elegido por la prevalencia de neonatos prematuros y así poder fomentar medidas con un enfoque preventivo promocional.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	2
DEDICATORIA	4
RESUMEN	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	13
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	15
1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	17
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
2.2 BASES TEÓRICAS	23
2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES	34
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	36
3.1 HIPÓTESIS GENERAL Y ESPECÍFICAS.....	36
3.2 VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN.....	36
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	38
4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	38
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	38
4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	41
4.4 TECNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	42
4.5 RECOLECCION DE DATOS	43

4.6 PROCESAMIENTO DE DATOS Y PLAN DE ANÁLISIS	43
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	43
CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	44
5.1 RESULTADOS	44
5.2 Discusión.....	49
CONCLUSIONES	53
RECOMENDACIONES	54
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	55
ANEXOS.....	62

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La organización mundial de la salud (OMS) define como prematuro a los recién nacidos antes de haber completado las 37 semanas o antes de 259 días de gestación, desde el inicio del último ciclo menstrual. Hoy en día la prematuridad constituye un motivo crucial para la morbilidad tanto neonatal como durante el primer año de vida, en relación a los recién nacidos a término. Esto se debe a que las complicaciones son en su mayoría neurológicas, ocasionando limitaciones físicas, las cuales influirán negativamente en la adaptación social de estos niños¹.

La prevención del nacimiento de prematuros debe ser una de las primacías en la Salud Pública de todos los países debido a su continuidad y gastos implicados a causa de tratamientos intensivos y largas estadías en UCI neonatal. Anualmente nacen alrededor de 15 millones de niños prematuros a nivel mundial, de los cuales, aproximadamente un millón mueren por las complicaciones concomitantes².

El Ministerio de Salud peruano notificó que de los 566.059 nacimientos registrados en el año 2020, de acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes), la prematuridad constituyó el 21,8% (104,745) del total³.

El origen del parto prematuro no está del todo claro, este engloba diversas causas relacionadas entre sí, donde participan factores sociales, factores demográficos, antecedentes obstétricos, hábitos nocivos y patologías asociadas al embarazo. Los factores demográficos que pueden llegar a afectar el embarazo son diversos, tales como la edad materna (mujeres menores de 15 años y mayores de 35 años), antecedente de parto pretérmino y condiciones

ligadas al estilo de vida, así como un nivel socioeconómico bajo, tabaquismo, alcoholismo, drogadicción y desnutrición crónica,.

Respecto a los cuidados que tiene la madre durante su gestación, sabemos que el control prenatal es un importante factor para la prevención de neonatos prematuros ya que permite identificar amenazas e irregularidades en el embarazo, tanto en la madre como en el feto. Las mujeres que llevan un buen control de su embarazo poseen probabilidades de padecer complicaciones; sin embargo, si llegan a ser detectadas a tiempo, tienen oportunidad de ser tratadas adecuadamente. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, en el 2018 las gestantes que tuvieron atención prenatal, en su último embarazo, mayor o igual a 6 consultas, fue en la región Costa con (91,0%) en la Sierra tuvieron un (87,1%) y en la Selva (86,5%). Comparándolo con el año 2017, la región Selva pasó de 84,5% a 86,5%³.

En cuanto a las complicaciones maternas que concluyen en parto pretérmino; tenemos placenta previa, desprendimiento de placenta, incompetencia cervical, preeclampsia, retraso del crecimiento intrauterino, infección del tracto genital y urinario que a menudo se relacionan con un incremento en la morbilidad materna y perinatal, anemia e infecciones sistémicas y uno de los peligros más elevados compete a embarazos múltiples hasta un aproximado de 50%. Asimismo la gestación múltiple es un importante factor para el nacimiento de prematuros ya que la mayoría de productos nacen antes de las 37 semanas. La ruptura prematura de membranas es de repente la patología más vinculada a parto pretérmino y a problemas neonatales, especialmente cuando hay complicaciones infecciosas y estas originan corioamnionitis y septicemia neonatal, esta provoca en un 90% trabajo de parto espontáneo en las primeras 24 horas. El polihidramnios se presenta entre un 0.4 y 2.3% de todas las gestaciones y también es uno de los esenciales factores de parto pretérmino⁴.

Para que esta realidad cambie es necesaria la preparación del sistema de salud, capaz de atender las necesidades de las gestantes. De esta forma, los

profesionales deben estar atentos al control prenatal, para la identificación precoz de los factores de riesgo que la gestante pueda presentar y así intervenir adecuadamente. A pesar de que son múltiples los factores implicados en el parto pretérmino, es importante conocerlos para poder detectarlos a tiempo, lo cual permitirá establecer estrategias de prevención y con esto disminuir su incidencia.

Este trabajo de investigación tiene como finalidad determinar la relación entre los factores de riesgo maternos y los neonatos prematuros en el Hospital Carlos Lan Franco La Hoz, julio 2018 y julio 2019. Esperamos obtener un registro actualizado de los factores de riesgo maternos más frecuentes que estarían vinculados a dar a luz a neonatos prematuros, ya que la estadística es muy elevada, necesitamos hacer hincapié en aquellos factores que podrían ser modificables, con la finalidad de poder intervenir a tiempo y evitar sus consecuencias.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo maternos asociados al nacimiento de prematuros en el servicio de Neonatología del Hospital Carlos Lan Franco la Hoz en el periodo de Julio 2018 a Julio 2019?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El parto pretérmino desde hace mucho viene ocasionando considerables problemas de morbimortalidad neonatal. Es por eso que existe una enorme predisposición médica y científica de ubicar cuáles son los principales factores de riesgo, para así instaurar medidas de prevención adecuadas. Cabe señalar que no hay una causa exclusiva, por el contrario se conocen diversos factores de riesgo e incluso se han descrito distintos mecanismos que dan inicio al parto prematuro, pero por sí solo ninguno se asocia fuertemente al mismo, para usarlo como un indicador predictor de riesgo fiable⁵.

Algunos episodios que acrecientan las posibilidades de culminar la gestación antes de la semana 37 son las infecciones del tracto urogenital, anemia, preeclampsia, la ruptura prematura de membranas, extremos de la edad materna, entre otros⁶.

Los prematuros mayores de 34 semanas frecuentemente presentan morbilidad benigna la cual no demanda de cuidados intensivos, así como la ictericia, distrés respiratorio transitorio, hipotermia e hipoglicemia y en carencia de otras causas asociadas, progresan de igual manera que los recién nacidos de 37 a 41 semanas.

Encontramos cuatro prototipos de pacientes con riesgo de parto pretérmino. En primer lugar, el grupo constituido por mujeres con un parto pretérmino anterior. Por otro lado, el segundo grupo, el cual estaría conformado por gestantes cuyas contracciones uterinas son dolorosas y reiteradas a causa de situaciones subyacentes tales como infección urinaria, corioamnionitis, malformaciones uterinas, miomas. Luego, el tercer grupo integrado por pacientes con rotura prematura de las membranas y corioamnionitis antes de las 34 semanas. Y finalmente el cuarto, por las pacientes con incompetencia cervical⁷.

Pese al avance de la tecnología para hallar factores causantes y de los métodos para revertirlos, la continuidad incrementa mayormente por infecciones durante el embarazo que pueden ser reconocidas y tratadas precozmente en la etapa prenatal⁸. Los países desarrollados han empleado cuantiosos recursos para vigilar los factores de riesgo en la población gestante con el programa Multicomponent preventive. Contaron con representantes capacitados para enseñar a las grávidas en lo relacionado a la nutrición, medidas higiénicas, la vigilancia de las consultas prenatales e incluso el uso de tocodinamómetros para el auto monitoreo de la actividad uterina en el hogar pero no han superado las expectativas⁷

Si en definitiva ya no hay probabilidades de evitar un parto prematuro, entonces se debe suministrar al feto en útero todos los medicamentos imprescindibles para aumentar las posibilidades de subsistir fuera de él, así como corticoides y antibióticos, sin embargo las secuelas relacionadas a las prematuridad no pueden ser eludidas rotundamente y nunca serán completamente eficaces para erradicar la morbilidad y mortalidad debido a la prematuridad, sobre todo cuando la prematurez es extrema⁹.

La finalidad de la investigación es reconocer los factores maternos asociados al nacimiento de prematuros para de esta manera poder disminuir las estadísticas ya que es un problema trascendental y frecuente y poder así prevenir complicaciones.

No se cuenta con investigaciones previas realizadas en el Hospital Carlos Lan Franco La Hoz, por lo que es importante este estudio para la toma de decisiones futuras y así evitar incrementar el índice de mortalidad de estos pacientes.

1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

En cuanto a la delimitación geográfica, el presente estudio se llevará a cabo en el servicio de Neonatología del Hospital Carlos Lan Franco La Hoz de Puente Piedra, situado en Av. Saenz Peña cuadra 6 sin número, Puente Piedra, en la ciudad de Lima. Respecto a la delimitación temporal, este estudio comprende los meses de Julio del año 2018 a Julio del año 2019.

Línea de investigación

La línea de investigación es: Salud materna, perinatal y neonatal y está considerada en las prioridades de temas de investigación a nivel nacional, según la Matriz 2016-2021.

En relación a la delimitación social, la población estudiada estuvo conformada por neonatos prematuros y los factores de riesgo que presentaron sus madres, atendidos en el Hospital Carlos Lan Fran La Hoz de Puente Piedra.

Los resultados de este estudio podrían ser usados en investigaciones futuras para reconocer más factores de riesgo asociados, de igual modo, puede ser aprovechado con el objetivo de mejorar la salud y reducir las estadísticas de morbilidad neonatal.

1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores de riesgo maternos asociados al nacimiento de prematuros en el servicio de Neonatología del Hospital Carlos Lan Franco La Hoz en el periodo de Julio 2018 a Julio 2019

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar si el número de controles prenatales está relacionado al nacimiento de prematuros.
- Determinar si la infección del tracto urinario tiene asociación con el nacimiento de prematuros.
- Identificar si la Ruptura prematura de membranas está asociada al nacimiento de prematuros.
- Determinar si la anemia materna es un factor asociado al nacimiento de prematuros.
- Determinar si la preeclampsia tiene asociación con el nacimiento de prematuros.
- Determinar si el embarazo múltiple tiene asociación con el nacimiento de prematuros.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

- Martínez-Cancino et al.¹⁰ , en el año 2015 realizaron un estudio en el sureste mexicano sobre los “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes” donde se observó que los factores de riesgo relevantes que se asocian a parto pretérmino fueron: trastornos de líquido amniótico, ruptura prematura de membranas y atención prenatal inadecuada.
- Ontano et al.¹¹ ; Blanca Germania Zamora Loo d, en el año 2017- 2018 llevaron a cabo un estudio en Ecuador acerca de la “Incidencia de parto pretérmino en adolescentes de 12 a 17 años en el hospital Matilde Hidalgo de Procel” donde obtuvieron que las edades más frecuentes para parto prétermino son de 16 a 17 años con un 60% y en cuanto a los factores de riesgos más significativos fueron: Infección de vías urinarias con un 60% lo cual conlleva a ruptura prematura de membranas.
- Milán Lainys et al.¹² , en el año 2015 realizaron un estudio en Ciego de Ávila (Cuba) en relación a los “Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila” donde concluyeron que los factores más asociados para parto prematuro fueron: antecedentes de parto prematuro, aborto de embarazos anteriores, peso materno bajo, talla inferior a 150cm, fumar, infecciones vaginales y urinarias, embarazo múltiple y las afecciones del útero. No obstante, se puede decir que el origen es multifactorial ya que existen otros factores que también se relacionan de manera considerable.
- Escobar-Padilla et al.⁴ , en el año 2011- 2012, realizaron un estudio en México acerca de los “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en

un hospital de segundo nivel de atención” donde concluyeron que las infecciones del tracto urinario, la cérvico-vaginitis, la ruptura prematura de membranas, la preeclampsia, el embarazo gemelar, el tabaquismo, la placenta previa, el parto prematuro previo, el grado bajo de escolaridad, la falta de control prenatal y la escolaridad son los factores de riesgo más frecuentes que se asocian a parto pretérmino.

- Zerna-Bravo et al.¹³ en el año 2015 -2016 efectuaron un estudio en Ecuador referente a la “Identificación de factores de riesgo de parto pretérmino”. Se demostró que las gestantes más propensas a parto prematuro fueron las gestantes menores de 19 años y las mayores de 35 años y otro factor de riesgo importante fue la falta de educación ya que al no tener conocimiento acerca de la importancia de los controles prenatales, no acudieron y no se trataron apropiadamente las infecciones urinarias ni fueron advertidas de que hacer en caso presenten rotura prematura de membrana, poniendo de esta manera en peligro su propia vida y la del bebé.
- Barrera Sánchez et al.¹⁴, durante el año 2016 realizaron un estudio en Bocayá – Colombia, respecto a los “Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes” donde un hallazgo significativo fue la frecuencia de problemas infecciosos usuales como: la infección de las vías urinarias y vaginosis, que manifiestan un bajo nivel de conocimientos para un inicio responsable de la sexualidad en los adolescentes, así como una alta tasa de controles prenatales incompletos ya que el 40 % de las adolescentes gestantes asistieron apenas a 3 controles como máximo.
- Cornejo-García et al.¹⁵, en el año 2006 – 2008 (revista publicada el 2014), realizaron un estudio en España sobre los “Factores asociados con el parto prematuro en un hospital de segundo nivel”, señalando que el antecedente materno de parto pretérmino es uno de los factores más influyentes. El peligro de reincidencia de parto pretérmino en gestantes con un parto pre termino previo oscila entre 17 y 40% y parece estar supeditado a la cantidad de partos pretérmino anteriores. Por otro lado, el factor con gran riesgo de

prematuridad es el embarazo múltiple debido a que casi 50% de estos embarazos con más de dos fetos finalizan antes de llegar a la semana 37.

- Quirós González et al.¹⁶ , realizaron un estudio en el año 2015, en Costa Rica acerca de la “Amenaza de Parto Pretérmino” mencionando que el factor de riesgo primordial para experimentar un parto pretérmino es un parto prematuro previo. Y en cuanto a las causas etiológicas principales de amenaza de parto pretérmino son por motivos idiopático, ruptura de membranas y de origen iatrogénico.
- Courtney Phillips et al. ¹⁷, realizaron un estudio en el año 2016 en Canadá, acerca de los “Risk of recurrent spontaneous preterm birth: a systematic review and metaanalysis” Se encontró que mientras el parto pretérmino se presente reiteradamente, es importante para precisar eso como factor de riesgo.
- Pérez-Molina et al.¹⁸, llevaron a cabo un estudio en el año 2011 en México, sobre los “Factores maternos asociados con nacimiento pretérmino espontáneo versus pretérmino nacido por cesárea” y en conclusión el ser madre menor de 20 años y un control prenatal insuficiente tienen mayor asociación de nacimiento pretérmino.
- Vogue et al.¹⁹ , llevaron a cabo un estudio en el año 2018 en Switzerland, “The global epidemiology of preterm birth” donde encontraron que el factor de riesgo de parto prematuro es mayor en adolescentes y edad materna avanzada. Un meta análisis concluyó que las mujeres nulíparas con menos de 18 años presentan más riesgo de parto prematuro (OR: 1.52, IC 95%: 1.40e1.66). La mengua educación materna también guarda relación con parto prematuro. Además, el antecedente de nacimiento prematuro es un fuerte factor de riesgo para parto prematuro posterior.
- Rashed Shah et al. ²⁰ , hicieron un estudio acerca de la “Incidence and risk factors of preterm birth in a rural Bangladeshi cohort” donde encontraron que

los Factores maternos que incrementan el riesgo de parto prematuro, fueron casi un 60% los partos múltiples.

- Girsen et al.²¹ , elaboraron un estudio en el año 2018 en Standford – Estados Unidos acerca de “What factors are related to recurrent preterm birth among underweight women?” donde hallaron que el parto prétermino es recurrente en gestantes con bajo peso y de menor edad.
- Amrin Khander et al.²², realizaron una investigación en el año 2017 en Nueva York respecto a “The association between obstetric history and preterm birth in women with uterine anomalies” donde concluyeron que en gestantes con patologías uterinas el antecedente de parto prematuro guarda relación con parto prematuro repetitivo. No obstante, el antecedente de un parto a término no disminuye el riesgo de parto prematuro en comparación con las mujeres nulíparas.
- López-García et al.², llevaron a cabo un estudio en México en el año 2015-2017 a cerca de la “Incidencia de prematuros en el Hospital General Naval de Alta Especialidad” donde concluyeron que en dicho hospital se documentaron 1,855 nacimientos en el tiempo que duró el estudio, se registraron 143 recién nacidos prematuros; lo que corresponde a un 7.7% del total. El número total de pacientes que internan en la UCIN concierne aproximadamente al 5% del total de nacimientos. Este trabajo señala que el total de ingresos a la UCIN equivale al 20.6%, de los cuales el 37.3% son productos prematuros.
- Escobar-Padilla et al.⁴ , realizaron un estudio en el año 2011-2012 en México, respecto a “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención”, en donde encontraron que mientras se llevó a cabo el estudio, sucedieron 6639 nacimientos, de los cuales 485 niños fueron prematuros. 7.3% fue el porcentaje de prematurez y la mayor reiteración de partos pretérmino se dio en las madres con extremos de edad reproductiva (de 15 a 19 años o más de 40 años de edad) correspondiendo el 59.30% y 94.44%, respectivamente. Por otro lado, el 57.48 % de los

nacimientos pretérmino se relaciona a mujeres con ITU en alguno de los trimestres de la gestación. Las mujeres que presentaron preeclampsia, tuvieron parto pretérmino en un 85.36%. Finalmente hubieron 26 casos de embarazo gemelar, en donde el 84.61% terminó en parto pretérmino.

ANTECEDENTES NACIONALES

- Guadalupe-Huamán S, Oshiro-Canashiro S²³, en el año 2017 ejecutaron un estudio sobre los “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora” donde resultó que los factores de riesgo para parto pretérmino son: edad materna mayor de 35 años, rotura prematura de membranas, el número de paridad, el control prenatal inadecuado, la preeclampsia, el estado civil y la infección del tracto urinario.
- Chira Sosa JL, Sosa Flores JL²⁴, en el año 2010, realizaron un estudio en Lambayeque sobre los “Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes” en donde los factores representativos que se asociaron a parto pretérmino fueron, en orden de repercusión: infecciones del tracto urinario, la rotura prematura de membranas, embarazo múltiple y oligohidramnios.
- Ahumada-Barríos M, Alvarado F²⁵, en el año 2016, llevaron a cabo un estudio en Lima referente a “Risk Factors for premature birth in a hospital” donde encontraron que la prevalencia de los prematuros fue de 7.4% y los factores de riesgo recurrente fueron embarazo gemelar, antecedente de parto prematuro, preeclampsia y un inadecuado control prenatal.
- Valencia Laureano J²⁶, en el año 2016, realizó un estudio en Huancayo – Perú sobre los “Factores relacionados al parto pretérmino en pacientes adolescentes gestantes del hospital materno infantil” donde concluyó que las causas vinculadas relacionadas al parto pretérmino más comunes fueron:

Infección del tracto urinario en un 48,9% del total de pacientes y vulvovaginitis en un 4,44%.

- García Calvo B ²⁷, en el año 2015, efectuó un estudio en Perú en relación a la “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” donde comprobó que el número de abortos no guarda relación con el parto pretérmino y la edad materna menor o igual a 19 años ($p=0,048$; $OR=3,857$ (0,927 - 16,048)) demostró ser un factor de riesgo para parto pretérmino en las pacientes atendidas.
- Venegas Tresierra C, Miñano M ²⁸, en el año 2017 hicieron un estudio acerca del “Control prenatal inadecuado como factor asociado a parto pretérmino en pacientes del Hospital Regional Docente de Trujillo” donde concluyeron que existe asociación entre un control prenatal inadecuado y el parto pretérmino en las gestantes.
- Lozasa Arellano H²⁹, en el año 2018, realizó un estudio relacionado a los “Factores de riesgo para parto prétermino en gestantes del Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Paita – Piura” donde encontró que la anemia, edad materna adolescente, ITU y ruptura prematura de membranas son factores asociados a parto prétermino.
- Sinche Ramos G ³⁰, en el 2019, realizó un estudio acerca de la “Asociación existente en el embarazo múltiple y parto pretérmino en el Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016 –2017” en donde concluyó que el embarazo múltiple y el parto pretérmino guardan relación ya que la totalidad de su población estudiada de gestantes con embarazo múltiple concluyó en parto pretérmino.

- Abanto-Bojorquez D, Soto A ³¹, en el 2020, realizaron un estudio sobre la “Infección del tracto urinario y amenaza de parto pretérmino en gestantes de un Hospital Peruano” donde concluyeron que la infección del tracto urinario y la ruptura prematura de membranas son factores asociados a la amenaza de parto pretérmino.
- Huarcaya-Gutierrez et al ³² en el 2021, elaboraron un estudio acerca de los “Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en madres jóvenes atendidas en un hospital de Perú” donde obtuvieron como resultados que la infección del tracto urinario y la rotura prematura de membranas se asocian a parto prematuro.
- Garro Lazaro, Ropa Garay ³³ en el año 2020 realizaron un estudio respecto a los “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el hospital Victor Ramos Guardia Huaraz 2017-2018” donde concluyeron que la ruptura prematura de membranas está relacionada a parto pretérmino.

2.2 BASES TEÓRICAS

DEFINICIÓN:

En relación a la edad gestacional, un recién nacido puede ser: prematuro, de término o postmaduro. El producto pretérmino, es el neonato nacido antes de completar la semana 37, o sea menor a las 36 semanas con 6 días³⁴.

Desde el 2015 los prematuros se clasifican en:

- Prematuro muy extremo: que son los nacidos antes de las 28 semanas.
- Prematuro extremo: producto nacido de las 28 a las 32 semanas.
- Prematuro temprano: que hace referencia a los nacidos de la semana 32 a la 34.

- Prematuro tardío: quienes abarcan de la semana 34 y 36 completa.

Cabe recalcar que la mayor proporción de muertes y complicaciones neonatales son debido a los partos que se producen antes de la semana 34².

Y en relación a su peso al nacer, se dividen en:

- Neonatos prematuros con muy bajo peso al nacer: cuando pesan 1500 gramos o menos.
- Neonatos prematuros con extremo bajo peso al nacer: aludiendo a los pequeños que pesan 1000 gramos o menos²⁴.

COMPLICACIONES:

El recién nacido prematuro es vulnerable, por ende podría presentar complicaciones graves durante el periodo neonatal, del mismo modo complicaciones que perduren por toda la vida, lo cual sería el resultado del desarrollo incompleto de órganos y sistemas, al nacimiento, debido al breve tiempo de gestación³⁴.

La principal complicación en estos neonatos es el síndrome de insuficiencia respiratoria dado que los pulmones no han madurado adecuadamente para mantener una oxigenación necesaria, por ende, una hipoxia sería motivo causal para lesión neurológica tal como parálisis cerebral. Por lo que en el afán de tratarla podría generar como reacción adversa una hiperoxia, por consiguiente, ocasionar problemas como displasia broncopulmonar, retinopatía de la prematurez, entre otros. Otras complicaciones observadas también son: hemorragia intraventricular y leucomalacia periventricular, las cuales, del mismo modo se vinculan con parálisis cerebral e infección perinatal, asimismo la isquemia; sobre todo antes de las 32 semanas ya que afectaría a la zona limítrofe, pues está descrito que la anatomía vascular del encéfalo está

constituida por dos sistemas, el primero atraviesa la corteza y el segundo llega a los ventrículos, no se sabe aún si hay anastomosis vasculares que unan los dos sistemas. Por esta razón, la zona que queda entre uno y el otro, por donde pasan los fascículos piramidales, es una zona colindante y sensible de padecer isquemia. Antes de las 32 semanas de gestación, la isquemia afectaría a esa área colindante y después de las 32 semanas la afluencia vascular se canaliza hacia la corteza, por ende, daña la zona cortical²⁹.

COMPATIBILIDAD CON LA VIDA:

En general, se tiene en cuenta que los nacimientos antes de la semana 26, se ubican en el margen de la viabilidad actual ya que, estos seres humanos evidencian complicaciones de tipo médica, social y ética. Verbigracia, Sidney Miller, una pequeña que nació pesando 615gr a las 23 semanas de gestación, si bien es cierto sobrevivió, no obstante, desarrolló severos déficits mentales y físicos (Annas, 2004) a los siete años de edad, ella no podía caminar, hablar, comer por sí sola, ni sentarse sin ayuda alguna, incluso estaba ciega, padecía un serio retraso mental, parálisis cerebral, cuadriparesia espástica de las extremidades y como si fuera poco, convulsiones también. Lo cual implicaba fuertes gastos económicos para su atención médica. El desarrollo cerebral adecuado se lleva a cabo a mediados del segundo y tercer trimestre, por este motivo se deduce que los productos nacidos de la semana 22 a la 25 son propensos a presentar lesión cerebral²⁹.

FACTORES DE RIESGO:

Son cuatro las razones inmediatas de los partos prematuros en Estados Unidos:

- Parto prematuro espontáneo no explicado con membranas intactas,
- Rotura prematura idiopática de membranas,

- Causas maternas, fetales o de ambos tipos
- Gestación múltiple³⁵

Los motivos frecuentes del nacimiento de productos prematuros están en relación a embarazo múltiples, infecciones y enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión arterial, así mismo el factor genético. Empero, con frecuencia la causa no es detectada, de todos modos, los predictores más destacados son embarazo múltiple y antecedente de parto pretérmino. En conclusión, esto engloba un sinnúmero de factores, en su mayoría concomitantes, por ende describiré algunos a continuación³⁶.

En primer lugar el estrés maternofetal, el cual es posible a causa del rápido aumento de las concentraciones de CRH maternas, tal y como se sabe, en el tercer trimestre las cantidades de CRH en la sangre materna incrementan, debido a que provienen de la placenta, y se desempeña como hormona adrenocorticotrópica y de ese modo amplía la producción de hormonas esteroideas suprarrenales de la madre y el feto, lo que conlleva a una secreción intensificada de CRH por la placenta y eso finalmente impulsa una cascada que no acaba sino hasta el parto³⁴.

La infección del sistema reproductor en gestantes, libera la producción de citosinas, factor de necrosis tumoral e interleuquinas 1, 6 y 8, las cuales incitan la producción de prostaglandinas y con eso el parto prematuro. No obstante, las citosinas estimulantes del parto prematuro tienen a su vez efectos tóxicos en la mielina y oligodendrocitos, de manera que ocasionan muerte neuronal. En dicha circunstancia, se emite glutamato, quien concede la penetración de un exceso de calcio en las neuronas, incitado por los receptores de membrana. Esto lleva consigo toxicidad en la sustancia blanca, así como en los oligodendrocitos (Oka, 1993)³⁴.

La Vaginosis bacteriana, está relacionada a abortos espontáneos, partos prematuros, corioamnionitis, e infección de líquido amniótico. Las gestantes

con dicha enfermedad poseen nueve veces más riesgo de presentar parto prematuro³⁴.

Durante el embarazo ocurren cambios anatómicos que predisponen a ITU con mayor frecuencia, además de la uretra corta femenina y la dificultad para la correcta higiene. La Infección del tracto urinario es una de las infecciones más frecuentes durante la gestación, esta tiene una incidencia del 10 al 15% y está asociada directamente con un parto pretermino³⁷.

La gestante experimenta una anemia fisiológica, debido a que existe un aumento del volumen plasmático (entre 10 y 15%) y de los glóbulos rojos, lo que ocasiona que la hemoglobina disminuya por hemodilución. Por otro lado la anemia ferropénica es la que genera en gestantes las mayores cifras de resultados desfavorables y autores como Viteri y McFe notaron que esta patología incrementa el riesgo para parto prematuro, bajo peso en el neonato y la morbilidad materna – fetal⁶.

También se ha vinculado el parto pretérmino con la actividad sexual ya que se dice que la elevada incidencia de orgasmos durante la gestación después de la semana 32, tiene mayor predisposición para este⁶.

Por otra parte, la corioamnionitis es una infección polimicrobiana, generada porque a la cavidad uterina ascienden microorganismos patógenos, aerobios y anaerobios, que afectan el corion, amnios y al feto. Este es un motivo fundamental de morbilidad materna y fetal, debido a que se ha asociado con la ruptura prematura de membranas y el parto pretérmino. Se conocen varias vías de infección intraamniótica, pero la que frecuentemente se presenta es la subida de bacterias desde el tracto genital³⁸.

La preeclampsia que afecta casi al 5 a 8% de las gestaciones es un síndrome el cual se caracteriza por hipertensión y proteinuria pasadas las 20 semanas de

gestación, se divide en preeclampsia de inicio temprano, que es la que se presenta antes de las 34 semanas y guarda una relación más estrecha con el parto pretérmino y la preeclampsia de inicio tardío la cual aparece después de las 34 semanas³⁹.

La rotura prematura de membranas sobre todo en gestantes que no están a término constituye una emergencia perinatal y obstétrica, debido a que se daña la barrera natural que protege al feto del medio externo, es uno de las principales motivos de morbilidad materno-fetal y prematuridad. Como su origen se desconoce, se dificulta la prevención ⁴⁰.

Los embarazos múltiples son calificados como alto riesgo ya que las complicaciones repercuten tanto en la madre como en el feto. Una de las complicaciones más frecuente de esta gestación es el nacimiento de prematuros, por eso es importante un diagnóstico precoz en el primer trimestre ⁴¹.

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES:

La gestación y el parto tienen un impacto en la salud de la madre por lo que se hace imprescindible el control prenatal. El Ministerio de Salud del Perú (MINSA) precisa la atención prenatal como el cuidado y evaluación completa de la embarazada y el feto, que realiza el profesional de salud capacitado con el propósito de obtener el nacimiento de un neonato sin daños de la salud de la madre⁴².

Un programa prenatal completo abarca una evaluación constante de riesgos y un apoyo psicológico, el cual debe iniciar antes de la concepción y continuar lo que dure la etapa pre natal. Esto hará que los riesgos se reduzcan, promoverá estilos de vida saludable y mejorará la preparación para el embarazo. Con frecuencia se usa en Estados Unidos el Índice de Kessner, el cual es un

medidor de la atención prenatal adecuada, que une tres componentes del acta de nacimiento: duración de la gestación, instante de la primera consulta prenatal y el total de consultas prenatales. Con dicho índice, el National Center for Health Statistics determinó que en el 2000 el 12% de las gestantes estadounidenses que dieron a luz, recibieron atención prenatal apropiada³⁴.

Este asesoramiento se centra en la identificación de factores de riesgo modificables, en cuanto a los factores de riesgo no modificables como edad materna, enfermedades genéticas o ser portadores de mutaciones³⁶.

No hay evidencia esclarecida acerca de la relación del consumo de cafeína y parto pretérmino o alteración del crecimiento fetal. El ACOG (2013) infiere que un consumo mesurado de cafeína (menos de 200 mg al día) no guarda relación con aborto o parto pretérmino³⁴.

Las mujeres con obesidad presentan mayor tasa de infertilidad y óbitos fetales, al igual que mayores riesgos de complicaciones maternas, problemas al nacer y mayores anomalías congénitas tales como, defectos en el tubo neural, espina bífida y anomalías cardiovasculares. No obstante, incrementa el riesgo de las gestantes a desarrollar diabetes mellitus gestacional y preeclampsia, así como también parto prematuro y neonatos macrosómicos, lo que podría causar distocias en estos pequeños y traumatismos obstétricos en las madres²⁴.

Otros factores que provocan el incremento de partos pretérmino y en especial de prematuros tardíos, son los maternos tal como la edad y el sobrepeso en EE. UU. (ya que exacerba las complicaciones del embarazo como hipertensión arterial, diabetes gestacional, etc.)¹⁴.

La enfermedad de la glándula tiroides constituye uno de los problemas más frecuentemente diagnosticados durante la gestación debido a que la hCG inhibe de manera parcial la secreción de TSH, ya que existe una reacción cruzada con la subunidad alfa de la hCG y eso ocasiona la ligera estimulación

de la tiroides. Las mujeres diagnosticadas con hipotiroidismo que son el 0.2%, poseen un riesgo más elevado de pérdida gestacional, óbito fetal, parto prematuro preeclampsia y RPM³⁶.

El consumir tabaco durante la gestación, puede generar consecuencias tales como desprendimiento de placenta, placenta previa, embarazo ectópico, aborto espontáneo y con más frecuencia restricción del crecimiento uterino y parto prétermino. El mecanismo de acción probable es la metilación del DNA de un numero de loci adentro de gen RUNX. La probabilidad de parto prétermino incrementa en relación a la cantidad de cigarrillos fumados al día y la acumulación de nicotina en el cabello materno. No obstante, el tabaquismo pasivo, también amplía el riesgo de parto prétermino en gestantes con genotipos combinados CYP1A1 Y glutatión-S-transferasa, mas no en quienes no presenten esta combinación^{29,33}

PARTO PRÉTERMINO:

Es definido como aquel que se origina entre las 22 y las 36 semanas 6 días posterior a la última fecha de regla. Tiene una incidencia del 5% en algunos países europeos y un 18% en algunos países africanos. En el INMP, centro de referencia de la patología obstétrica en Perú, el porcentaje de partos pre términos oscila entre el 8 y 10 % en los últimos 8 años (2010-2018) ²⁸

El parto pretérmino ha sido subdividido en 2 grandes grupos:

1. Parto pretérmino espontáneo: el cual es responsable de las 2/3 partes de PPT. Este grupo está conformado por el 15% de gestantes con antecedente de PPT y el 85% de primigestas o que han tenido embarazos anteriores a término.
2. Parto pretérmino iatrogénico: es el que se genera por indicación médica debido a la presencia de complicaciones durante el embarazo que impiden

prolongar la gestación poniendo en peligro la vida de la madre, el feto o ambos.

En la actualidad, se plantean dos grandes grupos causantes:

- a. Intrínsecas: son aquellas que comprenden activaciones hormonales y activaciones neurales.
- b. Extrínsecas: en donde se encuentran la sobre distensión uterina, infecciones maternas, isquemia uteroplacentaria, malformaciones uterinas, enfermedades cervicales y estrés ¹⁵

Criterios diagnósticos del trabajo de parto pretérmino

Fundamentalmente se centra en tres principios: edad gestacional, peculiaridades de las contracciones uterinas y la condición del cuello uterino. Mientras estos signos y síntomas no sean visibles, el diagnóstico se basa en algún factor que incrementa el riesgo de prematuridad, tales como antecedentes de partos pretérmino, infección urinaria, rotura prematura de membranas, entre otros. En caso de haber dudas acerca de la fecha de la última regla o se desconozca esta, el tamaño y la madurez del feto servirán como signos de mayor importancia. Cuando únicamente haya actividad uterina, debemos descartar primero que no sean contracciones de Braxton-Hicks. Estas contracciones son irregulares, no rítmicas y pueden ser dolorosas o indoloras, por lo que podrían prestarse a confusiones y hacernos pensar en un trabajo de parto prematuro. Las contracciones de un trabajo de parto se distinguen por ser dolorosas, ocasionar molestias a la gestante y ser identificadas a la palpación abdominal. En cuanto al cuello, los signos primordiales a tener en cuenta son el borramiento, la dilatación y la posición del cuello uterino. Las modificaciones cervicales serán tomadas en cuenta siempre y cuando sean relevantes, teniendo en cuenta que el método utilizado para la evaluación es subjetivo, cabe mencionar que los valores tendrán más veracidad a modo que sean efectuados por la misma persona. Estos síntomas y signos son fundamentales a la hora de establecer el diagnóstico, pero resultan deficientes al presentarse separados. Es por eso que en el año 1997 el American College of Obstetricians

and Gynecologists plantearon criterios para documentar el trabajo de parto pretérmino:

1. Cuatro contracciones en 20 minutos u ocho en 60 minutos, además de un cambio gradual del cuello uterino.
2. Dilatación cervicouterina de más de 1 centímetro.
3. Borramiento del cuello uterino de 80% o más⁵

MEDIDAS DE PREVENCIÓN:

PREVENCION PRIMARIA:

Según el estudio realizado por Huertas Tacchino, las intervenciones aconsejadas para la prevención primaria del parto pretérmino se basan en tres puntos:

1. Progesterona vaginal:
 - a. En embarazos únicos, con un cérvix corto (< 15 mm), disminuye la tasa de parto pretérmino espontáneo de < 34 semanas en aproximadamente un 35 a 40%
 - b. En embarazos múltiples, con cérvix corto (< 25 mm), acorta la tasa de parto pretérmino espontáneo de < 34 semanas en casi el 30%.
2. Cerclaje cervical:
 - a. En embarazos únicos, con cérvix corto (< 25 mm) sin antecedente de parto pretérmino, disminuye el porcentaje de parto pretérmino espontáneo de < 34 semanas en aproximadamente el 15%.
 - b. En embarazos múltiples, con cérvix corto (< 34 semanas).
3. Pesario de Arabin:
 - a. En embarazos únicos, con cérvix corto (< 25 mm).

El pronóstico del riesgo de parto pretérmino se puede hacer en 2 momentos:

- Primer trimestre (entre 11 y 13,6 semanas)

- Segundo trimestre (entre 18 y 23,6 semanas).

Al igual que podría realizarse en 2 grupos de pacientes:

- Asintomáticas
- Sintomáticas (con contracciones uterinas frecuentes).

La fibronectina fetal es una glicoproteína que se localiza entre el corion y la decidua, donde se comporta como 'goma'. Se detecta altos niveles (> 50 ng/mL), antes de las 22 semanas en todos los embarazos y desciende a < 50 ng/mL durante las 24 y 34 semanas, por lo que cifras > 50 ng/mL a partir de las 22 semanas tendría asociación con un riesgo tres veces mayor de parto pretérmino antes de las 37 semanas.

- b. En embarazos múltiples, con cérvix corto (< 38 mm), reduce el riesgo absoluto de parto pretérmino espontáneo de < 34 semanas en 5,4%²⁹

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Está en relación a las medidas que se toman en pacientes con trabajo de parto pretérmino en etapas iniciales con el fin de impedir y/o revertirlo y de ese modo evitar secuelas posteriores; es decir, actuar en la evolución natural de la enfermedad. Esto va a depender de la edad gestacional al instante en que se inicie el trabajo de parto pretérmino (< 26 semanas o > 34 semanas), así como de los factores que lo originan (p.ej. corioamnionitis) y la condición del feto (p.ej. feto muerto o malformado).

Estas medidas son:

- Tocólisis, es usada para que los corticoides induzcan la maduración pulmonar, por ende, no se debería administrar por más de 48 horas. El tocolítico de primera línea más usado en nuestro país es el nifedipino vía oral

- Maduración pulmonar con corticoides (entre 24 y 34 semanas)
- Neuroprotección (si la edad gestacional es < 32 semanas)
- Antibióticos (solo en caso de RPM)
- Atención del parto (en centros que cuenten con los recursos necesarios)³²

Sulfato de magnesio administrado a la madre desempeña un efecto neuroprotector en el feto. Según Reddy (2009) quien utilizó datos de historias clínicas en el año 2001 en Estados Unidos para identificar las indicaciones de parto prematuro tardío, encontró que los factores no registrados con mayor significancia para la probabilidad de indicación fueron: madre con edad avanzada, madre blanca no hispanica y menor de 13 años de escolaridad³⁴.

Ningún problema de salud afecta con mayor gravedad que el nacimiento prematuro, ya que amenaza a todas las razas y grupos étnicos, particularmente a la mayoría de la gente pobre en los países no desarrollados³⁴.

2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

- **Recién nacido prematuro:** Producto nacido antes de las 37 semanas de gestación (259 días)
- **Número de controles prenatales:** Cantidad de visitas de de una gestante a su atención de control prenatal
- **Infección del tracto urinario:** Infección causada por invasión bacteriana en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas.
- **Preeclampsia:** Estado patológico de la mujer en el embarazo que se caracteriza por hipertensión arterial, edemas, presencia de proteínas en la orina y aumento excesivo de peso

- **Rotura prematura de membranas:** Pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas, con salida del líquido amniótico por la cavidad vaginal que se presenta antes del inicio del trabajo de parto.
- **Anemia:** Valor de la hemoglobina materna <11mg/dl
- **Gestación múltiple:** Embarazo en el que se desarrolla en el útero más de un feto.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS GENERAL Y ESPECÍFICAS

HIPÓTESIS GENERAL

- Existen factores de riesgo maternos para el nacimiento de prematuros en el servicio de Neonatología del Hospital Carlos Lan Franco La Hoz en el periodo Julio 2018 a Julio 2019

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- Los controles prenatales inadecuados son un factor asociado al nacimiento de prematuros.
- La infección del tracto urinario materna tiene asociación con el nacimiento de prematuros.
- La rotura prematura de membranas esta asociada al nacimiento de prematuros.
- La preeclampsia está asociada al nacimiento de prematuros.
- La anemia materna es un factor asociado al nacimiento de prematuros.
- El embarazo gemelar tiene asociación con el nacimiento de prematuros.

3.2 VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN

VARIABLE INDEPENDIENTE

- Número de controles prenatales
- Infección del tracto urinario
- Preeclampsia
- Anemia
- Embarazo gemelar
- Rotura prematura de membranas

- Edad materna

VARIABLE DEPENDIENTE

- Prematuro

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo cuantitativa ya que se utilizó información obtenida de fichas de recolección de datos y estudió mediante métodos estadísticos, para evaluar la asociación entre variables. Observacional, dado que no hay intervención de las variables, únicamente se limitó a observarlos, describirlos y analizarlos tal y como se hallaron en su naturaleza.

El diseño es analítico, retrospectivo, de casos y controles.

- Según la finalidad, fue analítico; debido a que se estableció relaciones entre variables, de asociación o causalidad.
- De acuerdo a la cronología, fue retrospectivo; ya que se planteó la investigación después de realizados los hechos estudiados. La información fue recolectada de historias clínicas.
- De casos y controles; porque la selección de los sujetos fue en función a la presencia del problema (**casos**) o ausencia de este (**control**).

El presente trabajo de investigación se ha desarrollado en el contexto de IV CURSO – TALLER DE TITULACIÓN POR TESIS según enfoque y metodología publicada.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN:

La población de este estudio está comprendida por todos los recién nacidos que fueron atendidos por el servicio de Neonatología del hospital Carlos Lan Franco La Hoz durante el periodo julio 2018- 2019.

Caso, recién nacidos pretérmino (edad gestacional menor de 37 semanas) nacidos entre Julio 2018 y Julio 2019 en el Hospital Carlos Lan Franco La Hoz.

Control, neonatos a término (edad gestacional mayor a 37 semanas) nacidos entre Julio 2018 y Julio 2019 en el Hospital Carlos Lan Franco La Hoz.

MUESTRA

La muestra está comprendida por todos los pacientes prematuros nacidos en el servicio de Neonatología del hospital Carlos Lan Franco La Hoz durante el periodo julio 2018- julio 2019.

TAMAÑO Y SELECCIÓN DE MUESTRA:

La elección de la muestra fue llevada a cabo al azar y para valorar el tamaño, se emplearon las tablas de cálculo proporcionadas por el Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, donde la frecuencia de exposición en los controles es del 19%, en segundo lugar, el OR previsto es de 2.4, asimismo el nivel de confianza es de 95%, el poder estadístico de 80%, considerando la relación entre los casos y controles para este trabajo de 1:2, por lo tanto por cada prematuro del grupo caso, habrá 2 recién nacidos no prematuros en el grupo control.

Se obtuvo como resultado un total de 82 casos y 164 controles siendo el total de la muestra de 246.

Diseño Casos y Controles	
P_2: FRECUENCIA DE EXPOSICIÓN ENTRE LOS CONTROLES	0.19
OR: ODSS RATIO PREVISTO	2.4
NIVEL DE CONFIANZA	0.95
PODER ESTADÍSTICO	0.8
r: NÚMERO DE CONTROLES POR CASO	2
NÚMERO DE CASOS EN LA MUESTRA	82
NÚMERO DE CONTROLES EN LA MUESTRA	164
n: TAMAÑO MUESTRA TOTAL	246

Fuente: Díaz P., Fernández P., "Cálculo del tamaño muestral en estudios casos y controles", Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. Cad Aten Primaria 2002; 9: 148-150

UNIDAD DE ANÁLISIS:

Recién nacidos prematuros

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

Criterios de Inclusión en Casos

Prematuros nacidos entre julio 2018 y julio 2019 exclusivamente en el Hospital Carlos Lan Franco La Hoz.

Criterios de Inclusión en Controles

Neonatos a término nacidos entre Julio 2018 y Julio 2019 exclusivamente en el Hospital Carlos Lan Franco La Hoz.

Criterios de Exclusión

Casos:

Neonatos prematuros nacidos en otros hospitales.

Neonatos prematuros con datos incompletos en las historias clínicas

Controles:

Neonatos a término nacidos en otros hospitales.

Neonatos a termino con datos incompletos en las historias clínicas

4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE RELACION Y NATURALEZA	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL
PREMATURO	Producto nacido antes de las 37 semanas de gestación (259 días)	Nominal Dicotómica	Dependiente Cuantitativa	Registro de semanas de nacimiento en la historia clínica	Nº de semanas
NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES	Cantidad de visitas de de una gestante a su atención de control prenatal	Numeral discreta	Independiente Cuantitativa	Registro del numero de controles prenatales	Completa (1) Incompleta (0)
INFECCION URINARIA	Infección del tracto urinario que se presenta durante la gestación	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	Registro en historia clínica	Si (1) NO (0)
PREECLAMPSIA	Estado patológico de la mujer en el	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	Registro en historia clínica	No preeclampsia (0)

	embarazo que se caracteriza por hipertensión arterial, edemas, presencia de proteínas en la orina y aumento excesivo de peso				Preclampsia Leve (1) Preclampsia moderada (2) Preclampsia Severa (3)
ANEMIA	Valor de la hemo-globina <11	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	Registro en historia clínica	mgr/dl

4.4 TECNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización del presente estudio se utilizó una ficha de recolección de datos prediseñada para cada historia clínica, dónde se consignaron los datos de filiación, así como todas las variables involucradas en el estudio. Además, se incluyeron datos adicionales relacionados a cada una de las variables a estudiar (dependiente, independiente e interviniente).

Previamente fue necesario cumplir con el trámite regular y formal, así:

- Solicitud de aprobación y autorización presidida al Director General del Hospital Carlos Lan Franco La Hoz.
- Compromiso para elaborar Ensayo clínico, firmado por el investigador principal.
- Declaración jurada de Autenticidad (antiplagio) firmada por el investigador principal.
- Currículo vitae no documentado del investigador principal
- Carta de presentación de la Universidad
- Carta de asesor de tesis de la Universidad
- Coordinación con el Jefe de Oficina Estadística para recolección de datos de las historias clínicas.

4.5 RECOLECCION DE DATOS

La recolección de datos realizada para esta investigación, se realizó mediante la revisión de historias clínicas antiguas de aquellos pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

4.6 PROCESAMIENTO DE DATOS Y PLAN DE ANÁLISIS

Se presentó una solicitud al director del Hospital Carlos Lan Franco La Hoz, para la autorización de la investigación. Luego se documentó la información en una base de datos elaborada para el presente estudio en el programa Microsoft Excel. El procesamiento se realizó con ayuda del programa estadístico STATA.

Con respecto al plan de análisis, se utilizó frecuencias y porcentajes a fin de describir las variables cualitativas (controles prenatales inadecuados, ruptura prematura de membranas, infección del tracto urinario, preeclampsia, embarazo gemelar, anemia) y para el análisis bivariado se usó la prueba chi-cuadrado. Con un intervalo de confianza de 95% y con un $p < 0.05$ considerado como significativo.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio tuvo como fin establecer la asociación entre factores de riesgo maternos y el parto prematuro en el Hospital Carlos Lan Franco La Hoz, entre julio del 2018 a julio del 2019, por lo tanto, esta investigación fue postulado al comité de ética de la institución hospitalaria en mención. Para la ejecución de este estudio no fue necesario consentimiento informado de los pacientes ya que la recolección de información se hizo a partir de las historias clínicas, asimismo no se revelará la identidad de los pacientes y se respetará su privacidad. Al ser un artículo original y no representar a una empresa en especial; el autor del estudio no presenta conflictos de interés

CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 RESULTADOS

En la tabla 1 se describen las características clínicas de la población estudiada. Un total de 246 pacientes atendidos en el servicio de Neonatología del Hospital Carlos Lan Franco la Hoz, de Julio del 2018 a Julio del 2019 fueron seleccionados para esta investigación, de entre los cuales 82 representan los casos, y 164 los controles. De las variables estudiadas se observa que un 49.59%(122) de pacientes presentó 6 o más controles prenatales, un 41.06%(101) de gestantes presentaron algún tipo de infección urinaria durante el 3er trimestre. Solo un 39.43%(97) de gestantes presentó Anemia, con respecto a la variable Preeclampsia, el 69.51%(171) cursaron el embarazo sin esta patología. De las gestantes que participaron en el estudio, solo el 17.07%(42) presentaron un embarazo con más de un producto. Por último, la Ruptura prematura de membranas se presentó en el 27.64%(68) de gestantes de este estudio.

TABLA N °1: FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS AL NACIMIENTO DE PREMATUROS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL CARLOS LAN FRANCO LA HOZ DE JULIO 2018 – JULIO 2019

VARIABLE	Total N°=246 (%)	de pacientes
PREMATUROS	FRECUENCIA	%
Si	82	25.00
No	164	75.00

CONTROL PRENATAL

≥6	122	49.59
<6	124	50.41
ITU		
Si	101	41.06
No	145	58.94
Anemia		
Si	97	39.43
No	149	60.57
PREECLAMPSIA		
Si	75	30.49
No	171	69.51
EMBARAZO MÚLTIPLE		
Si	42	17.07
No	204	82.93
RPM		
Si	68	27.64
No	178	72.36
EDAD MATERNA		
≤19 años	65	26.42
19-34 años	103	41.87
≥34 años	78	31.71

TABLA N °2: ANÁLISIS BIVARIADO DE LOS FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS A NACIMIENTO PREMATURO EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL CARLOS LAN FRANCO LA HOZ DE JULIO 2018 – JULIO 2019

En la Tabla número 2 se puede apreciar el resultado del estudio respecto a la significancia de las variables en cuanto a la presente investigación. Se encontró asociación significativa entre los Recién nacidos prematuros y los controles prenatales inadecuados, debido a que el 67.07% de las gestantes que tuvieron menos de 6 controles prenatales tuvieron un parto prematuro ($p=0.001$).

Por otro lado se halló que el 68.85% de gestantes padeció infección urinaria durante el tercer trimestre, encontrándose asociación para parto prematuro ($p = 0.001$). Con respecto a la anemia, se obtuvo un valor estadísticamente significativo ya que un 57.32% de gestantes la padecía, estableciendo así asociación con este estudio ($p=0.001$).

También se observó asociación estadísticamente significativa entre los recién nacidos prematuros y la gestación múltiple ($p=0.001$). Finalmente un 36.59% de las gestantes experimentaron ruptura prematura de membranas, hallándose asociación para parto prematuro ($p=0.028$)

Sin embargo, no se encontró asociación entre el nacimiento de prematuros y la variable preeclampsia.

Variable	Prematuros				Total (n=264)	
	Si(n=82)		No(n=164)			
CPN <6						
Si	55	(67.07%)	69	(42.07%)	124	(50.41%)
No	27	(32.93%)	95	(57.93%)	122	(49.59%)
ITU						
Si	54	(68.85%)	47	(28.66%)	101	(41.06%)
No	28	(34.15%)	117	(71.34%)	145	(58.94%)
Anemia						
Si	47	(57.32%)	50	(30.49%)	97	(39.43%)
No	35	(42.68%)	114	(69.51%)	149	(60.57%)
Preeclampsia						
Si	24	(29.27%)	51	(31.10%)	75	(30.49%)
No	58	(70.73%)	113	(68.90%)	171	(69.51%)
Embarazo gemelar						
Si	26	(31.71%)	16	(9.76%)	42	(17.07%)
No	56	(68.29%)	148	(90.24%)	204	(87.93%)
RPM						
Si	30	(36.59%)	38	(23.17%)	68	(27.64%)
No	52	(63.41%)	126	(76.83%)	178	(72.36%)

TABLA N °3: FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS A NACIMIENTO PREMATURO EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL CARLOS LAN FRANCO LA HOZ DE JULIO 2018 – JULIO 2019

En la tabla número 3 se muestran las variables significativas, en el que se observa que las mujeres que presentaron ITU tienen 4.80 veces el riesgo de tener un parto prematuro respecto a aquellas que no presentaron ITU (IC 95% 2.71 - 8.4).

Asimismo se determinó que las gestantes que padecieron anemia poseen 3.06 veces el riesgo de padecer parto prematuro (IC 95% 1.76 - 5.30).

En cuanto a la ruptura prematura de membranas, se determinó que esta patología incrementa en 1.91 veces la posibilidad de presentar parto prematuro. (IC 95% 1.076 - 3.40). Otra variable que demostró incrementar la probabilidad de parto prematuro 2.80 veces fue el control prenatal inadecuado. (IC 95% 1.60 - 4.88) al igual que el embarazo gemelar, el cual incrementa 4.29 veces el riesgo de prematuridad. (IC 95% 2.14- 8.60)

En contraste, la preeclampsia no presentó una asociación significativa.

VARIABLE	Valor de <i>p</i>	OR	IC de 95
ITU	0.001	4.80	2.71-8.4
Anemia	0.001	3.06	1.76-5.30
RPM	0.028	1.91	1.07- 3.40

CPN <6	0.001	2.80	1.60 - 4.88
Embarazo gemelar	0.001	4.29	2.14 - 8.60
Preeclampsia	0.769	0.91	(0.51-1.63)

5.2 Discusión

Este trabajo estableció como objetivo determinar cuáles son factores asociados al parto pretérmino en el Hospital Carlos Lan Franco La Hoz durante el periodo 2018-2019. Cabe precisar que la obtención de la información fue a base de la revisión de historias clínicas de los 260 casos de pacientes gestantes que se presentaron en el periodo propuesto en nuestro estudio y que cumplieron con los criterios de inclusión designados para este trabajo, además una vez aplicados los criterios de selección para nuestra muestra, pudimos ubicar y seleccionar aleatoriamente 82 casos con parto pretérmino y 164 controles, sin necesidad de recurrir a otras fuentes ni ampliar el periodo de estudio propuesto, por tratarse de una institución con una demanda considerable de atención del parto.

Se encontró que del total de gestantes que participaron en este estudio, 124 (50.41%) acudieron a menos de 6 controles prenatales durante la gestación, de las cuales 55(67.07%) tuvieron parto pretérmino. Por otro lado, de las 122(49.59%) gestantes restantes que acudieron a 6 o más controles prenatales, solo 27(32.93%) tuvieron parto pretérmino. En el análisis bivariado se encontró una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p < 0,001$), presentando un OR de 2.80 y un IC al 95% de 1.60 - 4.88. Estos resultados revelan que las mujeres que acudieron a menos de 6 controles prenatales durante la gestación, tuvieron 2.80 veces el riesgo de presentar un parto pretérmino a comparación de las mujeres que tuvieron controles prenatales adecuados, por lo tanto, el tener controles prenatales

inadecuados representaría un factor de riesgo para que se presente un parto pretérmino. Este resultado coincide en hallazgos con la tesis realizada en Trujillo, Perú por Miñano Reyes²⁸ en el año 2016, en el cual también se encuentra asociación entre parto pretérmino y el control prenatal inadecuado, presentando un OR de 2,27 y un IC al 95% de 1.14 – 4.48, lo cual nos indica que, en su estudio, aquellas gestantes con CPN inadecuados tuvieron 2,27 veces más riesgo de presentar un parto prematuro. Además, Guadalupe Huaman²³ en su estudio realizado en el Hospital María Auxiliadora durante el año 2015, reportó que existe asociación estadísticamente significativa ($p < 0,01$) entre el parto pretérmino y un régimen inadecuado de controles prenatales, presentando un OR de 2,66 y un IC al 95% de 1.72- 4.05, lo cual nos dice que aquellas gestantes con CPN inadecuados tuvieron 2,66 veces más riesgo de tener un parto pretérmino que aquellas que cumplieron con el número adecuado de controles prenatales.

De las 68(27.64%) gestantes que presentaron RPM, 30(36.59%) culminaron su gestación con un parto pretérmino. Mientras que de aquellas 178 gestantes que no presentaron RPM, solo 52(63.41%) tuvieron parto pretérmino. En el análisis bivariado, se encontró que la presencia de RPM en las gestantes está asociada significativamente al parto pretérmino ($p < 0,05$), encontrándose un OR de 1.91 y un IC al 95% de 1.07- 3.40. Con los resultados obtenidos, podemos decir que en este estudio se encontró que una gestante con antecedente de RPM en dicho embarazo, tiene 1.91 veces el riesgo de tener un parto pretérmino que aquellas cuyas membranas permanecieron indemnes hasta el momento en que se desencadenó el trabajo de parto. Estos datos coinciden con los encontrados en un estudio realizado en el Hospital Militar Central de Colombia, a cargo de Rodríguez Elías y Rodríguez Carolina⁹, en donde se encontró que de 122 gestantes que presentaron parto pretérmino, 39 tuvieron antecedente de RPM, por lo que al analizar los datos se encontró asociación estadísticamente significativa ($p < 0,001$), un OR de 17.38 y un IC al 95% de 7.09- 42.57, estos valores se traducen en que en su estudio, aquellas mujeres que presentaron RPM tuvieron 17,38 veces más probabilidades de presentar un parto prematuro. Otro estudio con resultados similares a este, fue el

ejecutado por Escobar Padilla et al⁴ en un hospital de segundo nivel de atención en México, en el cual se encontró que de 66 gestantes con RPM, 52 tuvieron parto pretérmino, al analizar estas variables se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,01$) con un OR de 4.1 y un IC al 95% de 2.2- 7.7, por lo que las gestantes con RPM tuvieron 4,1 más probabilidades de tener un parto pretérmino que aquellas que permanecieron con membranas integrales.

Se encontró también que de las 101(41.06%) gestantes que presentaron algún tipo de infección del tracto urinario, 54(65.85%) tuvieron parto pretérmino. Al analizar estas variables se encontró asociación significativa ($p < 0.001$), con un OR de 4.80 y un IC 95% de 2.71- 8.47, por lo que podemos traducir estos valores en que aquellas gestantes que presentaron infección del tracto urinario durante la gestación, tuvieron 4.80 veces el riesgo de tener un parto pretérmino. Los resultados obtenidos concuerdan con lo encontrado por Guadalupe Huamán²³, la cual reporta que en su estudio encontró que aquellas mujeres que presentaron algún tipo de infección urinaria durante el transcurso de su embarazo, tuvieron 2.591 probabilidades más de riesgo de presentar parto pretérmino, que aquellas que no padecieron ninguna infección. Además, su estudio también reveló que existe asociación entre el parto pretérmino y la preeclampsia en las gestantes, puesto que aquellas mujeres que la padecieron, tuvieron 2.625 probabilidades más de riesgo de presentar parto pretérmino respecto a las demás gestantes. Este hallazgo difiere con el nuestro debido a que de las 75 (30.49%) gestantes que presentaron Preeclampsia, solo 24(29.27%) tuvieron parto pretérmino, y al efectuar el análisis bivariado no se encontró asociación ($p=0.769$; OR 0.91; IC95% 0.51-1.63).

Otro hallazgo reportado por Guadalupe Huamán²³, fue la presencia de asociación significativa entre el embarazo múltiple y el parto pretérmino, obteniendo en su análisis un valor de $p < 0,048$, un OR de 3.456 y un IC al 95% 0.957- 12.752. Estos datos pueden interpretarse como que aquellas gestantes con más de un producto durante su gestación tienen 3.456 más probabilidades de presentar un parto pretérmino en comparación con aquellas con un producto

único. Estos resultados coinciden con lo encontrado en este estudio, puesto que de las 42(17.07) gestantes que presentaron embarazo múltiple, 26(31.71%) culminaron en un parto pretérmino, y al someter a estas variables al análisis se encontró una asociación significativa entre ambas ($p < 0.001$), con un OR de 4.29; IC 95% 2.14- 8.60, lo cual quiere decir que todos los embarazos con más de un producto tuvieron 4.29 veces el riesgo de presentar un parto pretérmino que aquellas con un solo producto.

Así mismo, otra de las variables estudiadas en este trabajo, que se tuvo en común con el estudio de Guadalupe Huamán²³ fue el de la variable Anemia. En su estudio, de las gestantes con anemia solo 26(13%) culminaron prematuramente su gestación, por lo que al analizar dichas variables no se encontraron valores estadísticamente significativos ($p = 0.770$; OR 0.918; IC 95% 0.517-1.629). Estos datos difieren con lo encontrado en este trabajo, ya que de las 97(39.43%) gestantes anémicas, 47(57.32%) dieron a luz prematuramente, además de que en el análisis bivariado se encontró asociación significativa ($p < 0.001$), con un OR de 3.06 y un IC95% de 1.76-5.30. Esto significa que aquellas gestantes anémicas tuvieron 3.06 veces el riesgo de presentar un parto pretérmino que las gestantes con valores normales de hemoglobina. Sin embargo, nuestros resultados coinciden con lo encontrado por Sosa y Flores²⁴, quien en su estudio realizado en el Hospital provincial docente Belén de Lambayeque, encontró que el 41,3% de gestantes con anemia presentó parto pretérmino, obteniéndose al análisis(OR 1.79; IC 95% 1.021-3.150; $P = 0.0407$) una asociación estadísticamente significativa.

CONCLUSIONES

- Existen factores de riesgo maternos asociados significativamente al nacimiento de prematuros en el servicio de Neonatología del Hospital Carlos Lan Franco La Hoz en el periodo de Julio 2018 a Julio 2019.
- El número de controles prenatales inadecuados está asociado significativamente al nacimiento de prematuros en el Hospital Carlos Lan Franco La Hoz.
- La Ruptura prematura de membranas está asociada significativamente al nacimiento de prematuros en el Hospital Carlos Lan Franco La Hoz.
- Las Infecciones del tracto urinario están asociadas significativamente al nacimiento de prematuros en el Hospital Carlos Lan Franco La Hoz.
- La anemia materna está asociada significativamente al nacimiento de prematuros en el Hospital Carlos Lan Franco La Hoz.
- El embarazo múltiple en las gestantes está asociado significativamente al nacimiento de prematuros en el Hospital Carlos Lan Franco La Hoz.
- La preeclampsia en gestantes no está asociada significativamente al nacimiento de prematuros en el Hospital Carlos Lan Franco La Hoz.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda afianzar las prácticas preventivo - promocionales, en la población de edad fértil, para un mejor conocimiento de la importancia de los controles pre natales y la repercusión positiva que estos tienen en la salud tanto de la gestante como en la del bebé, cuando es llevado a cabo de manera temprana y la cantidad adecuada.
- Se recomienda que en los controles prenatales se les haga a las gestantes una minuciosa evaluación, a fin de poder detectar patologías tales como anemia, infección del tracto urinario y antecedente de preeclampsia, para que de este modo, sean manejadas adecuadamente y se realice la referencia en el momento oportuno a centros de mayor complejidad, si el caso lo amerita.
- Se recomienda concientizar a la gestante sobre los diversos signos y síntomas de alarma, que podrían ser la manifestación de alguna patología de riesgo de parto prematuro y puedan así acudir a tiempo al centro de salud más cercano para una detección oportuna.
- Se recomienda realizar capacitaciones frecuentes al personal médico y obstétrico, para una adecuada atención del binomio madre – niño, respecto a la prevención, detección y manejo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Mendoza Tascón LI, Arias Guatibonza MD, Peñaranda Ospina CB. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. agosto de 2016 [citado 24 de septiembre de 2019];81(4):330-42. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262016000400012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. López-García B, Antonio NÁ, Gómez NBD. Incidencia de prematuros en el Hospital General Naval de Alta Especialidad 2015-2017. Rev Sanid Milit Mex. 2018;72(1):5.
3. INEI. Indicadores_de_Resultados_de_los_Programas_Presupuestales_ENDES_Primer_Semestre_2018.pdf [Internet]. 2018 [citado 24 de septiembre de 2019]. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2018/ppr/Indicadores_de_Resultados_de_los_Programas_Presupuestales_ENDES_Primer_Semestre_2018.pdf
4. Escobar-Padilla B, Gordillo-Lara LD, Martínez-Puon H. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. Rev Médica Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 15 de agosto de 2017 [citado 24 de septiembre de 2019];55(4):424-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73975>
5. Genes Barrios VB. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino Risk factor associated with preterm delivery. Nac [Internet]. 2012 [citado 24 de septiembre de 2019];4(2):8-14. Disponible en: <https://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v4n2/v4n2a02.pdf>

6. Guillén JC, Malagón GV, Tlapanco JV, Carrera RM, Malagón AJV. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. Rev Med IMSS. 2005;43(4):5.
7. Illescas-Castañeda JA. FACTORES DE RIESGO CLÍNICOS Y PREVENCIÓN DEL PARTO PRETÉRMINO. Rev Per Ginecol Obstet. 2008;54(1):4.
8. Villanueva Egan LA, Gutiérrez AKC, Pichardo Cuevas M, Lucio JR. Perfil epidemiológico del parto prematuro. Ginecol Obstet México [Internet]. 2008 [citado 24 de septiembre de 2019];76(09):542-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=19563>
9. Rodríguez RE, Rodríguez EC. Epidemiología y factores de riesgo para parto pretermino en el servicio de maternidad del Hospital Militar Central [Internet]. Universidad Militar Nueva Granada; 2010 [citado 24 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://repository.unimilitar.edu.co/handle/10654/10282>
10. Martínez-Cancino GA, Díaz-Zagoya JC, Romero-Vázquez A. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes. SALUD EN TABASCO. 2017;23(1):6.
11. Margarita Alexandra Ontano Moreno, Galo Efrain Farfan Jaime, Gladys del Rocío Avilés Jordán, Blanca Germania Zamora Llor. Incidencia de parto pretérmino en adolescentes de 12 a 17 años en el hospital Matilde Hidalgo de Procel en el periodo mayo 2017 hasta enero 2018. Vol. 2, Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las Ciencias. 2018. p. 332-45.
12. Milán SER, Álvarez LMR, Milán MER. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila Risk Factors for Preterm Labor in Pregnant Women from Ciego de Ávila Municipality. Medisur [Internet]. 2015;13(4):9. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2972>

13. Zerna-Bravo C, Fonseca-Tumbaco R, Viteri-Rojas AM, Zerna-Gavilanes C. Identificación de factores de riesgo de parto pretérmino. Caso Hospital Enrique C. Sotomayor // Identification of risk factors for premature delivery of newborns at Hospital Enrique C. Sotomayor | Zerna-Bravo | Ciencia Unemi. Cienc UNEMI [Internet]. 2018 [citado 24 de septiembre de 2019];11(26):134-42. Disponible en: <http://ojs.unemi.edu.ec/index.php/cienciaunemi/article/view/678>
14. Barrera Sánchez LF, Manrique Abril FG, Ospina Díaz JM. Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá. Rev Virtual Univ Católica Norte [Internet]. 2019;(48):215-27. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194245902013>
15. Cornejo-García K, García-Cruz ME, Huerta-Alvarado S, Cortes-Reyes C, Castro-Herrera GA, Hernández-P R. Factores asociados con el parto prematuro en un hospital de segundo nivel. Rev Esp Méd Quir. 2014;19(3):8.
16. Quirós González G, Alfaro Piedra R, Bolívar Porras M, Solano Tenorio N. TEMA 2-2016: Amenaza de Parto Pretérmino. Rev Clínica Esc Med UCR-HSJD [Internet]. 2 de febrero de 2016 [citado 1 de octubre de 2018];6(1). Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/23061>
17. Phillips C, Velji Z, Hanly C, Metcalfe A. Risk of recurrent spontaneous preterm birth: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open [Internet]. junio de 2017 [citado 24 de septiembre de 2019];7(6):e015402. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2016-015402>
18. Pérez-Molina J, Panduro-Barón G, Quezada-López C. Factores maternos asociados con nacimiento pretérmino espontáneo versus pretérmino nacido por cesárea. Ginecol Obstet México [Internet]. 2011;79(10):6. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2011/gom1110d.pdf>
19. Vogel JP, Chawanpaiboon S, Moller A-B, Watananirun K, Bonet M, Lumbiganon P. The global epidemiology of preterm birth. Best Pract Res

- Clin Obstet Gynaecol [Internet]. octubre de 2018 [citado 24 de septiembre de 2019];52:3-12. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1521693418300798>
20. for the ProjAHNMo Study Group in Bangladesh, Shah R, Mullany LC, Darmstadt GL, Mannan I, Rahman SM, et al. Incidence and risk factors of preterm birth in a rural Bangladeshi cohort. BMC Pediatr [Internet]. diciembre de 2014 [citado 24 de septiembre de 2019];14(1):112. Disponible en: <http://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-14-112>
 21. Girsen AI, Mayo JA, Wallenstein MB, Gould JB, Carmichael SL, Stevenson DK, et al. What factors are related to recurrent preterm birth among underweight women? J Matern Fetal Neonatal Med [Internet]. 4 de marzo de 2018 [citado 24 de septiembre de 2019];31(5):560-6. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14767058.2017.1292243>
 22. Khander A, Stern E, Gerber RS, Fox NS. The association between obstetrical history and preterm birth in women with uterine anomalies. J Matern Fetal Neonatal Med [Internet]. 2 de octubre de 2018 [citado 24 de septiembre de 2019];31(19):2550-4. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14767058.2017.1347625>
 23. Guadalupe-Huamán SM, Oshiro-Canashiro S. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015. Rev Fac Med Humana [Internet]. 14 de junio de 2017 [citado 24 de septiembre de 2019];17(1):32-42. Disponible en: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/746>
 24. Chira Sosa JL, Sosa Flores JL. FACTORES DE RIESGO PARA PARTO PRETERMINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN DE LAMBAYEQUE. Salud Vida Sipanense [Internet]. 15 de noviembre de 2015 [citado 24 de septiembre de 2019];2(2):7-18. Disponible en: <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/201>

25. Ahumada-Barrios ME, Alvarado GF. Risk Factors for premature birth in a hospital. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2016 [citado 24 de septiembre de 2019];24(0). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100350&lng=en&tlng=en
26. Valencia Laureano J. Factores relacionados al parto pretermino en adolescentes gestantes del Hospital materno infantil El Carmen-Huancayo, 2015 [Internet]. Universidad Nacional del Centro del Perú; 2016. Disponible en: http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/625/TMH_11.pdf?sequence=1&isAllowed=y
27. Bethzabe Claudia García Calvo. EDAD MATERNA Y EL NUMERO DE ABORTOS COMO FACTORES DE RIESGO PARA PARTO PRETERMINO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME" DURANTE ENERO A FEBRERO DEL AÑO 2015 [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4397/Garcia_cb.pdf?sequence=1&isAllowed=y
28. Miñano Reyes, Margori Khiara. Control prenatal inadecuado como factor asociado a parto pretermino en pacientes del Hospital Regional Docente de Trujillo [Internet]. Universidad Privada Antenor Orrego; 2017 [citado 24 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2249>
29. Arellano L, Ayssa H. "FACTORES DE RIESGO PARA PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL I NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA - 2017". 2018;67.
30. Ramos S, Noemi G. ASOCIACION EXISTENTE EN EL EMBARAZO MULTIPLE Y PARTO PRE TERMINO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, PERIODO 2016 - 2017. Univ Huánuco [Internet]. 2019 [citado

10 de agosto de 2021]; Disponible en:
<http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/2051>

31. Abanto-Bojorquez D, Soto-Tarazona A, Abanto-Bojorquez D, Soto-Tarazona A. Infección del tracto urinario y amenaza de parto pretérmino en gestantes adolescentes de un hospital Peruano. Rev Fac Med Humana [Internet]. julio de 2020 [citado 10 de agosto de 2021];20(3):419-24. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2308-05312020000300419&lng=es&nrm=iso&tlng=es
32. Huarcaya-Gutierrez R, Cerda-Sanchez M, Barja-Ore J, Huarcaya-Gutierrez R, Cerda-Sanchez M, Barja-Ore J. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en madres jóvenes atendidas en un hospital de Perú. MEDISAN [Internet]. abril de 2021 [citado 10 de agosto de 2021];25(2):346-56. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192021000200346&lng=es&nrm=iso&tlng=en
33. Garro Lazaro TY, Ropa Garay PF. Factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membranas en gestantes pretérmino en el hospital Victor Ramos Guardia Huaraz 2017-2018. Univ Nac Santiago Antúnez Mayolo [Internet]. 15 de diciembre de 2020 [citado 10 de agosto de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.unasam.edu.pe/handle/UNASAM/4430>
34. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Williams. Obstetricia. 24.^a ed. McGraw-Hill Interamericana;
35. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. The Lancet [Internet]. enero de 2008 [citado 24 de septiembre de 2019];371(9606):75-84. Disponible en:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673608600744>
36. MacDonald MG, Seshia MMK. Avery. Neonatología. Diagnóstico y tratamiento del recién nacido. 7.^a ed. Wolters Kluwer Health;

37. Lestrade ODT, Pacheco IH, Nuñez CM, Ledezma JCR. Infección urinaria como factor de riesgo para parto pretérmino. J Negat No Posit Results [Internet]. 24 de octubre de 2020 [citado 10 de agosto de 2021];5(11):1426-43. Disponible en: <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/3779>
38. Couto Núñez D, Nápoles Méndez D, García Gual Y, Maceo Perdomo M. Chorioamnionitis and preterm birth: perinatal results in a triennium. MediSan [Internet]. 5 de diciembre de 2016 [citado 3 de septiembre de 2019];20(12):6041-7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=69262>
39. Cararach Ramoneda V, Botet Mussons F. Preeclampsia. Eclampsia y síndrome HELLP. Protoc Diagnóstico Ter AEP Neonatol [Internet]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_1.pdf
40. Vásquez MO. Ruptura prematura de membranas. Rev Medica Sinerg [Internet]. 22 de noviembre de 2020 [citado 15 de agosto de 2021];5(11):e606-e606. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/606>
41. Chen Wu X. Gestación múltiple. Rev Medica Sinerg [Internet]. 1 de mayo de 2018 [citado 15 de agosto de 2021];3(5):14-9. Disponible en: <http://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/122>
42. MINSA. ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: ATENCIÓN MATERNO PERINATAL [Internet]. 2016. Disponible en: 0ESN_SSR_MP_2016.pdf

ANEXOS

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL GRADO Y PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Oficina de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis "FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS AL NACIMIENTO DE PREMATUROS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL LAN FRANCO LA HOZ , DE JULIO 2018 - JULIO 2019", que presenta el Srta. Quiroz Nuñez, Valeria Alessandra, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

Dra. Maria Loo Valverde
ASESOR DE LA TESIS

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

Lima, 25 de Septiembre de 2019

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS

Carta compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de tesis de estudiante de Medicina Humana: Urbano, Alexandra Quirós Pérez.....

Me comprometo a:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el reglamento de grados y títulos de la Facultad de Medicina Humana- URP, capítulo V sobre el Proyecto de Tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis, Asesores y Jurados de Tesis.
4. Considerar 6 meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando a l estudiante a finalizar y sustentar oportunamente.
5. Cumplir los principios éticos que correspondan a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida.
8. Asesorar al estudiante para la presentación de su información ante el jurado del examen profesional.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

ATENTAMENTE

DR. Maria Elena Lo.....
Lima, 25 de Septiembre.....de 2019

**ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS,
FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA**



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO Nº 040-2018-SUNEDUCO



Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero

Oficio N° 3609-2019-FMH-D

Lima, 25 de setiembre de 2019

Señorita
VALERIA ALESSANDRA QUIROZ NÚÑEZ
Presente.

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis-Pre Internado Médico

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL NACIMIENTO DE PREMATUROS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL LANFRANCO LA HOZ DE JULIO 2018 - JULIO 2019", presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha miércoles 25 de setiembre de 2019.

Por lo tanto, queda usted expedita con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,

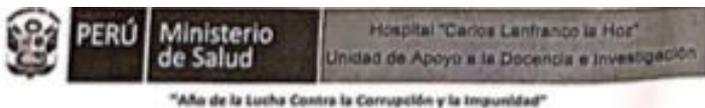
Dr. Menandro Ortiz Pretel
Secretario Académico

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"

Av. Benavides 5440 - Urb. La Gerencia - Surco - Central: 708-0000
Aptado postal 1801, Lima 33 - Perú Anexo: 6010
E-mail: dec.medicina@urp.pe - www.urp.edu.pe/medicina Teléfax: 708-0106

ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN



"Año de la Lucha Contra la Corrupción y la Impunidad"



← Puente Piedra, 28 de Octubre de 2019

CARTA N° 072 - 10/19-UADI-HCLLH/SA

A : Srta. Valeria Alessandra Quiroz Nuñez
Asunto : Permiso para Aplicación de proyecto de Investigación
Ref. : Solicitud de fecha de 24.10.2019

Es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y en atención al documento de la referencia, donde solicita la aprobación y permiso para la realización del proyecto de Tesis "Factores de Riesgo maternos asociados al nacimiento de prematuros en el Servicio de neotología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, de julio 2018 – julio 2019", al respecto ha sido revisado, siendo observado en lo siguiente:

Capitulo II – Marco Teórico

2.1. Antecedentes de la Investigación

Antecedentes Internacionales

- Antecedentes Nacionales: En el resumen considerar: objetivo material, métodos y conclusiones, lugar donde se realizó.

Atentamente,

PERÚ Ministerio de Salud
Hospital "Carlos Lanfranco la Hoz"
Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

LYSE/ihh.
C.ci
Archivo

ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos

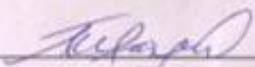
FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

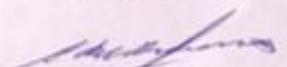
ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

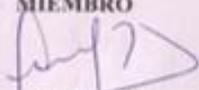
Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada "Factores de riesgo maternos asociados al nacimiento de prematuros en el servicio de Neonatología del Hospital Carlos Lan Franco La Hoz", que presenta la Señorita Valeria Alessandra Quiroz Nuñez para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

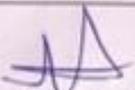
Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

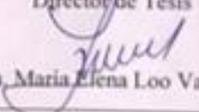
En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:


Dr. Tula Marquez Canales
PRESIDENTE


Dr. Consuelo del Rocío Luna Muñoz
MIEMBRO


Mg. Luis Roldán Arbieto
MIEMBRO


Dr. Jhony De La Cruz Vargas
Director de Tesis

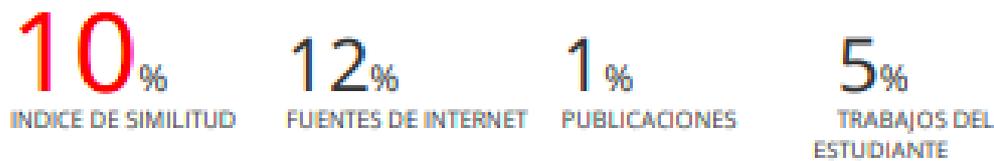

Dra. Maria Elena Loo Valverde
Asesor de Tesis

Lima, 11 de Agosto de 2021

ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINLIDAD DEL TURNITIN

FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS AL NACIMIENTO DE PREMATUROS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL CARLOS LAN FRANCO LA HOZ, DE JULIO 2018- JULIO 2019

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	tesis.unap.edu.pe Fuente de Internet	3%
3	scielo.iics.una.py Fuente de Internet	1%
4	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
5	revistamedica.imss.gob.mx Fuente de Internet	1%
6	journal.upao.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%
8	repositorio.unp.edu.pe Fuente de Internet	1%

ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO**

VI CURSO TALLER PARA LA TITULACIÓN POR TESIS

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Srta.

VALERIA ALESSANDRA QUIROZ NÚÑEZ

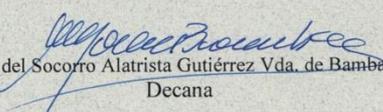
Ha cumplido con los requerimientos del curso-taller para la Titulación por Tesis, durante los meses de agosto, setiembre, octubre, noviembre y diciembre del presente año, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el Título de la Tesis:

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL NACIMIENTO DE
PREMATUROS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL
HOSPITAL LANFRANCO LA HOZ DE JULIO 2018 - JULIO 2019”**

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y válido por 06 conferencias académicas para el Bachillerato, que considerándosele apta para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° del Reglamento vigente de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 05 de diciembre del 2019


Dr. Tony De la Cruz Vargas
Director del Curso Taller


Dra. María del Socorro Alatriza Gutiérrez Vda. de Bamberén
Decana

ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título	Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Tipo de estudio
FACTORES DE RIESGO MATERNO PARA EL NACIMIENTO DE PREMATUROS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL LAN FRANCO LA HOZ , DE JULIO 2018 – JULIO 2019	¿Cuáles son los factores de riesgo maternos para el nacimiento de prematuros en el servicio de Neonatología del Hospital Lan Franco La Hoz en el periodo de Julio 2018- Julio 2019?	Objetivo General	Hipótesis General	Dependiente	Observacional, analítico, cuantitativo, retrospectivo, de casos y controles.
		Determinar los factores de riesgo maternos para el nacimiento de prematuros en el servicio de Neonatología del Hospital Lan Franco La Hoz en el periodo de Julio 2018- Julio 2019.	Existen factores de riesgo maternos para el nacimiento de prematuros en el servicio de Neonatología del Hospital Lan Franco La Hoz en el periodo de Julio 2018- Julio 2019.	Prematuro	
			Hipótesis Nula		
		Objetivos Específicos	Hipótesis Específicas	Independiente	
		Identificar si el numero de controles prenatales esta asociado al nacimiento de prematuros. Determinar si la infeccion de tracto urinario materna tiene asociacion con el nacimiento de prematuros. Identificar si la preeclampsia esta asociada al nacimiento de prematuros. Determinar si la anemia es un factor asociado al nacimiento de prematuros.	El numero de controles prenatales esta asociado al nacimiento de prematuros. La infeccion materna tiene asociacion con el nacimiento de prematuros. La preeclampsia esta asociada al nacimiento de prematuros. La anemia es un factor asociado al nacimiento de prematuros.	Numero de controles prenatales Edad materna Infeccion materna Preeclampsia Anemia	

ANEXO 9: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

“FACTORES DE RIESGO MATERNOS PARA EL NACIMIENTO DE PREMATUROS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL LAN FRANCO LA HOZ, DE JULIO 2018 – JULIO 2019”

- ✓ Fecha de recolección de datos: __/__/__
- ✓ Historia clínica N° _____

Datos de identificación:

- Del recién Nacido:

- ✓ Apellidos del RN: _____
- ✓ Lugar de nacimiento: _____

- De la madre:

- ✓ Control Prenatal: SI () NO ()
- ✓ Semanas de gestación: _____

Antecedentes maternos:

Edad Materna: _____

Durante el embarazo:

- Preeclampsia:
- Infecciones maternas:
- Anemia:
- RPM:
- OTROS: