

UNIVERSIDAD DE HUANUCO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD, CON MENCIÓN EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD



UDH
UNIVERSIDAD DE HUANUCO
<http://www.udh.edu.pe>

TESIS

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A NACIMIENTOS
PREMATUROS EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN HUÁNUCO
2018”**

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN
CIENCIAS DE LA SALUD, CON MENCIÓN EN GERENCIA EN
SERVICIOS DE SALUD

AUTORA: Ortega Buitrón, Giovanna

ASESORA: Preciado Lara, María Luz

HUÁNUCO – PERÚ

2020



U

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

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

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud pública
AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2018-2019)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Medicina clínica

Disciplina: Obstetricia, Ginecología

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Maestra en ciencias de la salud, con mención en gerencia en servicios de salud

Código del Programa: P22

Tipo de Financiamiento:

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

D

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 41556233

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22465462

Grado/Título: Doctora en ciencias de la salud

Código ORCID: 0000-0002-3763-5523

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Bacilio Cruz, Silvia Lina	Doctora en ciencias de la salud	22515292	0000-0001-9904-5337
2	Jara Claudio, Edith Cristina	Doctor en ciencias de la educación	22419984	0000-0002-3671-3374
3	Ballarte Baylón, Natalia	Magister en ciencias de la educación docencia en educación superior e investigación	22486754	0000-0002-0795-9324

H

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

En la ciudad de Huánuco, siendo las 16:00 horas del día 03 del mes de diciembre del año 2020, en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunieron la sustentante y el Jurado Calificador mediante la plataforma virtual Google meet integrado por los docentes:

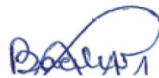
- Dra. Silvia Lina Bacilio Cruz
- Mg. Edith Jara Claudio
- Mg. Natalia Ballarte Baylón

Nombrados mediante resolución N° 216-2020-D-EPG-UDH de fecha 27 de noviembre de 2020; para evaluar la tesis intitulada **“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A NACIMIENTOS PREMATUROS EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN HUÁNUCO 2018”**. Presentado por la Bach. **Giovanna ORTEGA BUITRON** para optar el grado de maestra en Ciencias de la Salud, con mención en Gerencia en Servicios de Salud.

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

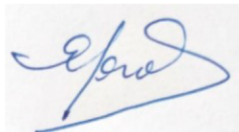
Habiéndose absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias procedieron a deliberar y calificar, declarándolo **aprobado** por **unanimidad** con calificativo cuantitativo de **16** y cualitativo de **bueno**.

Siendo las **17:00** horas del día jueves 03 de diciembre del año dos mil veinte, los miembros del jurado calificador firman la presente acta en señal de conformidad.



PRESIDENTA

Dra. Silvia Lina Bacilio Cruz



SECRETARIA

Mg. Edith Jara Claudio



VOCAL

Mg. Natalia Ballarte Baylón

DEDICATORIA

A Dios por ser mi gran fortaleza en todo momento e impulsándome siempre a ser perseverante en la vida y a seguir adelante.

A mis padres Teodoro Genaro Ortega Ramírez y Rosa María Buitrón Núñez por ser mi mayor aspiración en la vida y estar presentes siempre en mi educación profesional brindándome todo su amor y cariño, y enseñándome que con mucho esfuerzo y compromiso se llega a concluir metas propuestas en la vida.

A mi hermana Marisol Rossana Ortega Buitrón por no solo ser mi hermana sino también una gran amiga que me ha enseñado siempre esforzarse para superarnos profesionalmente y no rendirnos ante nada.

AGRADECIMIENTO

A Dios por estar siempre presente en cada etapa de mi vida y seguir fortaleciendo mi espíritu, dándome las fuerzas para vencer obstáculos, llenándome de amor y sabiduría; poniendo en mi camino a bellas personas que contribuyeron en mi crecimiento personal y profesional.

Agradecer enormemente a todos mis docentes de la Maestría que me han compartido sus conocimientos y han contribuido en el desarrollo y conclusión de mi tesis.

Expresar mi especial agradecimiento a la Dra. María Luz Preciado Lara por el asesoramiento en el desarrollo de mi tesis y a mis jurados la Dra. Silvia Lina Bacilio Cruz, Mg. Edith Jara Claudio y Mg. Natalia Ballarte Baylón; por brindarme sus conocimientos y estar en todo momento presentes para la culminación de la tesis.

A toda mi familia por estar presente conmigo y apoyarme en los momentos más difíciles, culminando una etapa más profesionalmente y respondiendo orgullosa a toda la confianza que me brindaron.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a todos ellos.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE GENERAL.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VI
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VII
RESUMEN	VIII
ABSTRACT.....	IX
CAPÍTULO I.....	11
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.1. Descripción del problema	11
1.2. Formulación del problema.....	12
1.2.1. Problema General.....	12
1.2.2. Problemas Específicos.....	12
1.3. Objetivo general	12
1.4. Objetivos específicos	12
1.5. Trascendencia de la investigación	13
1.5.1. Teórica	13
1.5.2. Práctica.....	14
1.5.3. Académica	14
CAPÍTULO II.....	15
2. MARCO TEÓRICO	15
2.1. Antecedentes de la investigación	15
2.1.1. A nivel internacional:.....	15
2.1.2. A nivel nacional:.....	19
2.1.3. A nivel local:.....	20
2.2. Bases teóricas.....	21
2.2.1. Epidemiología	21
2.2.2. Factores asociados con el parto prematuro.....	21
2.2.3. Factores Asociados.....	21
2.2.4. Nacimientos prematuros	26
2.3. Definiciones conceptuales.....	27

2.4. Sistema de hipótesis	27
2.4.1. Hipótesis General.....	27
2.4.2. Hipótesis Específicas	28
2.5. SISTEMA DE VARIABLES.....	28
2.5.1. Variable de Estudio	28
2.5.2. Variable de Asociación.....	28
2.6. Operacionalización de variables.....	29
CAPÍTULO III.....	30
3. MARCO METODOLÓGICO.....	30
3.1. Tipo de investigación.....	30
3.1.1. Enfoque de investigación	30
3.1.2. Nivel o alcance de investigación	31
3.1.3. Diseño de Investigación	31
3.2. Población y muestra	31
3.2.1. Población de investigación.....	31
3.2.2. Muestra	31
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	32
3.3.1. Técnicas.....	32
3.4. Técnica para el procesamiento y análisis de la información.....	33
3.4.1. Técnicas para el Procesamiento	33
3.4.2. Análisis Descriptivo.....	33
3.4.3. Análisis Inferencial:	33
CAPÍTULO IV:.....	34
4. RESULTADOS	34
4.1. Procesamiento de datos.....	34
CAPÍTULO V:.....	48
5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	48
5.1. Contrastación de los resultados del trabajo de investigación	48
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES.....	52
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	53
ANEXOS.....	60

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Distribución de las pacientes según edad.....	35
Tabla N° 2 Distribución de los pacientes según grado de instrucción.....	36
Tabla N° 3 Distribución de los pacientes según estado civil	37
Tabla N° 4 Distribución de los pacientes según ocupación	38
Tabla N° 5 Distribución de los pacientes según procedencia	39
Tabla N° 6 Parto según edad gestacional e infecciones del tracto urinario	40
Tabla N° 7 Parto según edad gestacional y preeclampsia.....	41
Tabla N° 8 Parto según edad gestacional y diabetes mellitus	42
Tabla N° 9 Parto según edad gestacional y enfermedad periodontal	43
Tabla N° 10 Parto según edad gestacional y enfermedades virales.....	44
Tabla N° 11 Parto según edad gestacional y desprendimiento prematuro de membranas.....	45
Tabla N° 12 Parto según edad gestacional y Placenta previa	46
Tabla N° 13 Parto según edad gestacional y patologías del cordón umbilical	47
Tabla N° 14 Parto según edad gestacional y consumo de drogas	47

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 Distribución de las pacientes según edad.	35
Gráfico N° 2 Distribución de los pacientes según grado de instrucción	36
Gráfico N° 3 Distribución de los pacientes según estado civil	37
Gráfico N° 4 Distribución de los pacientes según ocupación	38
Gráfico N° 5 Distribución de los pacientes según procedencia.....	39

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociado a nacimientos prematuros en el Hospital Hermilio Valdizán Huánuco 2018. **Metodología:** Método descriptivo. Nuestra investigación tiene un Nivel correlacional. Según el Tipo de investigación fue retrospectivo, transversal y analítico. Para efecto de la investigación se consideró el diseño descriptivo relacional; la muestra estuvo representada por 140 historias clínicas de parturientas atendidas los años 2017 y 2018. Las variables estudiadas fueron edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación y patologías asociadas, como infección del tracto urinario, desprendimiento prematuro de placenta, preeclampsia, placenta previa, consumo de drogas. Se establecieron como casos todos aquellos nacimientos prematuros (mayores de 20 semanas y menores de 37 SDG). Los controles conformados con los nacidos de parto a término. Se realizó el análisis con frecuencia y porcentaje, medidas de tendencia central y de dispersión de acuerdo con la distribución de variables, a fin de determinar los factores de riesgo, para lo cual se usó chi-cuadrado. **Resultados:** El grupo etéreo que predominó en los pacientes fue de 24 a 31 años (39,3%). Al aplicar la prueba no paramétrica chi-cuadrado se encontró diferencias significativas entre la presencia de infección del tracto urinario con los nacimientos prematuros siendo el valor de $p < 0,05$ ($p = 0,00$). Según el índice Odds ratio (3,05); preeclampsia con valor de $p < 0,05$ ($p = 0,00$); enfermedad periodontal se asocia a nacimientos prematuros con valor de $p < 0,05$ ($p = 0,004$). Según el índice Odds ratio (2,129); así como el DPP siendo el valor de $p < 0,05$ ($p = 0,001$), no se hallaron casos de parturientas con consumo de pacientes con consumo de drogas tanto en nacimiento pretérmino y a término. **Conclusiones:** La infección del tracto urinario, preeclampsia, enfermedad periodontal y desprendimiento prematuro de placenta es un factor de riesgo para el nacimiento prematuro. La diabetes y placenta previa no se asocia a partos prematuros.

Palabras claves: Nacimientos prematuros, factores de riesgo, Infección del tracto urinario, preeclampsia, diabetes mellitus, placenta previa.

ABSTRACT

Objective: To determine the risk factors associated with premature births in the Hospital Hermilio Valdizán Huánuco 2018. **Methodology:** Descriptive method. Our research has a correlation level. According to the type of research, it was retrospective, transversal and analytical. For the purpose of the investigation, the descriptive relational design was considered; the sample was represented by 140 case histories of parturients treated in 2017 and 2018. The variables studied were age, marital status, level of education, occupation and associated pathologies, such as urinary tract infection, placental abruption, preeclampsia, placenta previa , consumption of drugs. All premature births (over 20 weeks and under 37 SDG) were established as cases. The controls were integrated with those born at term. The analysis was carried out with frequency and percentage, measures of central tendency and dispersion according to the distribution of the variables, in order to determine the risk factors and for this, chi square was used. **Results:** The age group that predominated in the patients was from 24 to 31 years old (39.3%); When applying the non-parametric chi-square test, significant differences were found between the presence of urinary tract infection and premature births, with p value <0.05 ($p = 0.00$). According to the Odds ratio index (3.05); preeclampsia with p value <0.05 ($p = 0.00$); Periodontal disease is associated with premature births with a value of $p <0.05$ ($p = 0.004$). According to the Odds ratio index (2,129); as well as the DPP being the value of $p <0.05$ ($p = 0.001$)., there were no cases of parturients with consumption of patients with drug use in both preterm and term births. **Conclusions:** Urinary tract infection, preeclampsia, periodontal disease and placental abruption is a risk factor for premature birth. Diabetes and placenta previa are not associated with premature births.

Key words: Preterm births, risk factors, urinary tract infection, preeclampsia, diabetes mellitus, placenta previa.

INTRODUCCIÓN

El parto pretérmino es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquel que tiene lugar después de las 20 semanas hasta antes de las 37 semanas de gestación (1,2), siendo considerado como uno de los riesgos obstétricos más graves a nivel mundial, teniendo como factores determinantes a la mortalidad neonatal y morbilidad de la infancia (3,4).

La prematuridad se le considera como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal en los países desarrollados, la etiología suele ser múltiple y los factores asociados a su desarrollo variados (5), forma por el cual radica la importancia en su identificación con el fin de tomar las medidas preventivas en el aspecto sanitario (6,7).

Los estudios epidemiológicos muestran que el trabajo de parto prematuro se encuentra entre el 40 a 50% de todos los partos pretérminos (8,9), la ruptura prematura de membranas ovulares y la incompetencia cervical del 25 al 40% restante (10), y el parto prematuro inducido entre un 20 y 25% de los casos (11,12). El riesgo de recurrencia temprana de trabajo de parto pretérmino es muy preocupante, debido a su alta morbilidad y mortalidad (13).

En Estados Unidos (USA) la frecuencia del parto prematuro se encuentra entre un 12 y 13% y entre un 5 y 9% en los países europeos (14,15). Pero se ha visto un incremento de los partos indicados médicamente (pre eclampsia) y partos con embarazos múltiples concebidos artificialmente (16,17).

Por tal motivo la presente investigación se realizó para determinar los factores de riesgos maternos asociados a parto pretérmino.

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

El parto pretérmino o prematuro viene siendo uno de los principales riesgos obstétricos que puede afectar cualquier embarazo (18). Tiene una incidencia aproximada de 10-11%, aunque esto varía entre las diferentes poblaciones y en función de los factores de riesgo que estén presentes (19,20).

Al año ocurren cerca de 13 millones de partos prematuros en el mundo (21,22); la mayoría de estos nacimientos ocurren en países en desarrollo. Esto implica un grave problema de salud pública (23).

El parto pretérmino está asociado a variables sociobiológicas, historia obstétrica y complicaciones del embarazo actual (24,25), como también condiciones maternas, obstétricas o fetales que llevan al término prematuro del embarazo (26). Así mismo están relacionados a estos factores demográficos como la edad materna (menores de 15 y mayores de 35), si hubo parto prematuro con anterioridad y el estilo de vida de cada gestante como, el nivel socioeconómico, tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, desnutrición crónica y falta de atención prenatal (27).

Uno de los factores destacados asociado al parto pretérmino vendría hacer la edad (28), de los múltiples factores implicados a él, los cuáles son importantes conocerlos a tiempo, lo que permitirá establecer estrategias de prevención disminuyendo así su incidencia (29).

El objetivo de este estudio fue identificar los factores de riesgo asociado con nacimientos prematuros en el Hospital Hermilio Valdizán Huánuco 2018.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema General

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a nacimientos prematuros en el Hospital Hermilio Valdizán Huánuco 2018?

1.2.2. Problemas Específicos

Pe 01

¿Cuáles son los factores maternos asociados a los nacimientos prematuros en gestantes del servicio Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco 2018?

Pe 02

¿Cuáles son los factores fetales asociados a los nacimientos prematuros en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco 2018?

Pe 03

¿Cuáles son los factores ovulares asociados a los nacimientos prematuros en gestantes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco 2018?

Pe 04

¿Cuáles son los factores patológicos asociados a los nacimientos prematuros en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco 2018?

1.3. Objetivo general

Determinar los factores de riesgo asociado a nacimientos prematuros en el Hospital Hermilio Valdizán Huánuco 2018.

1.4. Objetivos específicos

Oe 01

Identificar los factores maternos asociados a los nacimientos prematuros en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco 2018.

Oe 02

Identificar los factores fetales asociados a los nacimientos prematuros en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco 2018.

Oe 03

Identificar los factores ovulares asociados a los nacimientos prematuros en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco 2018.

Oe 04

Identificar los factores patológicos asociados a los nacimientos prematuros en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco 2018.

1.5. Trascendencia de la investigación

1.5.1. Teórica

La iniciativa de la presente investigación surge debido a que el nacimiento prematuro no es sólo un problema Gineco-obstétrico sino también neonatal o binomio madre-hijo, por lo que se le vincula con un elevado índice de morbilidad y mortalidad en el recién nacido.

Además, se observa que en el mundo existe la tendencia ascendente de la incidencia de partos pre términos. Es así que cada año nacen aprox. 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en diez nacimientos. El riesgo de un prematuro en morir de forma global es de 180 veces más, comparado al de un recién nacido a término en función de las semanas de gestación en que ocurra el nacimiento (30).

Por todo lo mencionado conlleva a la realización de este estudio que es relevante ya que el mismo constituye una actualización y contextualización sobre el tema de factores de riesgo asociado a nacimientos prematuros en el Hospital Hermilio Valdizán Huánuco 2018, que conllevan a la morbilidad y mortalidad de los recién nacidos.

1.5.2. Práctica

Se acude al empleo de técnicas de investigación como la observación y como instrumento la ficha de observación y su procesamiento en software para identificar los factores de riesgo de los nacimientos prematuros. Así los resultados se apoyan en técnicas de investigación válidas en el medio, que puede generar métodos para el lograr los objetivos propuestos en la investigación.

1.5.3. Académica

Los resultados obtenidos beneficiaran en la docencia académica, debido que, en las universidades de nuestro país, en la mayoría de las áreas de Ciencias de la Salud sobre todo en la Escuela Profesional de Obstetricia, los estudiantes profesores e investigadores se encuentran consultando bibliografías extranjeras, trayendo como consecuencia un distanciamiento con nuestra realidad, en lo que problemas de salud se refiere.

Por lo tanto, conociendo los factores de riesgo que conllevan al nacimiento prematuro se puede prevenir interviniendo a tiempo los cuales estarán identificados en el estudio.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. A nivel internacional:

Martínez G, Díaz J, Romero A. México, 2017. Factores de riesgo asociados a parto prematuro en adolescentes. Objetivo: Identificar los factores de riesgo asociados a partos prematuros en adolescentes en un hospital regional de alta especialidad del sureste mexicano, durante el año 2015. **Material y Métodos:** Estudio observacional de casos y controles, retrospectivo y analítico, con 155 casos e igual número de controles. **Resultados:** De las variables analizadas los factores de riesgo estadísticamente significativos para parto prematuro fueron: el control prenatal inadecuado, los trastornos en el líquido amniótico, así como la ruptura prematura de membranas. En las adolescentes que no tenían ninguna patología, el riesgo de parto prematuro fue menor comparativamente con las que tuvieron una o más patologías. **Conclusión:** Conforme es menor la edad gestacional en las adolescentes embarazadas, los factores de riesgo de parto prematuro aumentan notablemente (31).

Escobar B, Gordillo L, Martínez H. México, 2016. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. Objetivo: Fue identificar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio de casos y controles, observacional, retrospectivo, transversal y analítico. Los casos estuvieron constituidos por nacimientos prematuros y los controles por los partos a término. Se calculó un tamaño de muestra de 344 pacientes con un control por cada caso. El total de pacientes estudiados fue de 688. El análisis estadístico fue descriptivo, univariante y bivariante mediante la prueba chi cuadrado de Pearson, con una $p < 0.05$, razón de momios (RM) e intervalos de confianza al 95%

(IC 95%). **Resultados:** Los factores de riesgo asociados a parto pretérmino fueron la placenta previa: RM = 10,2 (p=0.0005); el antecedente de parto pretérmino: RM=10.2 (p=0.005); la preeclampsia: RM=6.38 (p=0.00); el embarazo gemelar: RM=5.8 (p=0.000), el oligohidramnios: RM=5.8 (p=0.000); el tabaquismo: RM=4.6 (p=0.002), la ruptura prematura de membranas: RM=4.1 (p= 0.000); la cervicovaginitis; RM=3 (p=0.000); la infección del tracto urinario: RM=1.5 (p=0.010). **Conclusión:** Los antecedentes maternos como el control prenatal, la preeclampsia, la ruptura prematura de membranas, el embarazo gemelar, la placenta previa, la cervicovaginitis, el parto pretérmino previo y la infección del tracto urinario son los factores de riesgo con mayor significación estadística (32).

Cornejo K, García M, Huerta S, Cortes C, Castro G, Hernández R. México, 2014. Factores asociados con el parto prematuro en un hospital de segundo nivel. Objetivo: Conocer el perfil epidemiológico del parto prematuro y sus factores asociados en un hospital de segundo nivel. **Metodología:** Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal de 4058 nacimientos, de los cuales 260 fueron nacimientos prematuros, con 20.1 a 36.6 semanas de gestación, ocurridos entre los años 2006 y 2008 en un hospital de segundo nivel. **Resultados:** La proporción de nacimientos prematuros en un hospital de segundo nivel fue de 6.4%, de los cuales 34% presentaron roturas de membranas y 66% membranas intactas. Independientemente del estado de las membranas 150 casos (62%) no presentaron morbilidad alguna. Entre las madres nulíparas y con paridad de 1 a 2 partos y sin riesgo etario se encontró el mayor porcentaje, de 19 y 46% respectivamente, de este grupo de partos prematuros haciendo un total de 68%, lo que se confirmó cuando se compararon aquellas sin antecedentes de parto prematuro con frecuencia de 8%. El 54% de la muestra fue representada por recién nacidos con peso mayor o igual a 2500 gramos, los cuales reportaron 52% de los casos con Apgar mayor de 7. La cervicovaginitis y la anemia fueron las enfermedades maternas que con mayor frecuencia se asociaron con el parto prematuro, con 105 casos para 44% y 100

casos para 42% respectivamente. La principal enfermedad infecciosa del recién nacido prematuro fue la bronconeumonía en 7% de los casos, seguida de la sepsis generalizada en 5%. Con el uso de inductores de madurez pulmonar se aprecia que la doble dosis fue más efectiva que otros esquemas terapéuticos, ya que 48% de los niños prematuros no desarrolló ninguna patología. **Conclusión:** Después de analizar los resultados obtenidos observamos que la prevalencia del parto prematuro resultó 6% en contra de 94% de parto a término, lo cual denota que es una patología con baja frecuencia, pero, a pesar de ello, con presencia dentro de la estadística del segundo nivel. Es importante su análisis ya que el costo de un recién nacido prematuro y sus secuelas son altas, así como su tratamiento (33).

Ovalle A, Karieka E, Rencoret G, Fuentes A, Del Rio M, Morong C, et al. Chile, 2012. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un Hospital Público de Santiago.

Objetivo: Determinar los factores asociados con los partos prematuros, utilizando la clínica materna, resultados de laboratorio y hallazgos placentarios patológicos. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de 642 partos únicos pretérmino a las 22- 34 semanas de gestación. Las cuatro se incluyeron 107 casos con estudios placentarios patológicos. Los nacimientos se subdividieron en nacimientos prematuros como consecuencia de una indicación médica y nacimientos espontáneos con o sin rotura prematura de membranas (PROM). Los factores de riesgo en los nacimientos prematuros se clasificaron como maternos, fetales, placentarios, indeterminables y no clasificable. **Resultados:** Las proporciones de nacimientos prematuros fueron espontáneas 69% (con PROM 27% y con membranas intactas 42%) y médicamente indicado 31%. Se identificó un factor de riesgo asociado a la prematurez en 85 y 98% de nacimientos médicamente indicados y espontáneos, respectivamente. La infección por bacteria ascendente (ITB) fue el factor vinculado con mayor frecuencia a partos prematuros espontáneos en un 51% de las mujeres (142/280, $p < 0.01$). Infección vaginal o urinaria con estreptococos del grupo B, fue la condición clínica más común asociada

con entregas relacionadas con ABI. La hipertensión estuvo presente en 94 de 127 médicamente indicados partos prematuros (preeclampsia en 62% e hipertensión crónica en 12%), y en 29% (preeclampsia 24%) de nacimientos prematuros de más de 30 semanas. El factor congénito se asocia con una edad materna mayor de 35 años en 15% (14/92). La frecuencia de enfermedades placentarias fue mayor en los partos prematuros espontáneos (14%) y en embarazos de más de 30 semanas (14%). **Conclusiones:** ABI fue el factor más común asociado con los partos prematuros espontáneos en 22 a 34 semanas, mientras que en la preeclampsia es el factor más común asociado médicamente indicados de partos prematuros (34).

García F, Pardo F, Zuñiga C. Honduras, 2012. Factores asociados al parto prematuro en el departamento de Lempira, Honduras. Objetivo: Identificar factores asociados al parto prematuro. **Material y Métodos:** Estudio de cohorte prospectivo, con una muestra de 367 mujeres embarazadas seleccionadas de un universo de 8,148 reportadas en 87 centros de salud. Se seleccionaron embarazadas con fecha de última menstruación conocida y con fecha de parto en 2010. Definiendo parto prematuro al ocurrido entre las 22 y 36 semanas gestacionales; parto a término al ocurrido a las 37 o más semanas gestacionales. Se obtuvo datos de la historia clínica y entrevista a las mujeres. Se calculó medidas de tendencia central y de asociación con intervalos de confianza al 95%, usando Epi info V.3. **Resultados:** De 367 embarazadas seleccionadas, se conoció el desenlace en 358 (98%). Ocurrieron partos prematuros en 27/358 (7.5%) rango 0-20 en los municipios. 284/358 (80%) fueron partos institucionales, 22/284 (8%) de ellos prematuros. El tener bacteriuria ($R=3.21$; 95% CI 1.00-10.28), < 3 atenciones prenatales ($RR=2.59$; IC95%= 1.20-5.60, $p<0.02$) y > 4 hijos ($RR=2.38$; IC 95%= 1.14-4.97, $p<0,02$) fue vinculado con parto prematuro. **Conclusiones:** El parto prematuro en Lempira está asociada con bacteriuria, pocas atenciones prenatales y multiparidad, observando variaciones entre municipios. Para reducir partos prematuros, se ha monitorizado la cantidad y calidad de atenciones prenatales y

focalizando la oferta de métodos de planificación familiar en múltiparas. Se recomienda realizar estudios en municipios con altas tasas de parto prematuro (35).

2.1.2. A nivel nacional:

Guadalupe S. Lima Perú, 2016. Factores de riesgo asociado a parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco – obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015. Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes. Material y Métodos: Estudio de tipo observacional, analítico, retrospectivo, casos y controles. La muestra fue de 400 gestantes atendidas en el hospital durante el 2015 de los cuales se divide en casos a las gestantes con parto prematuro y controles a las gestantes si parto prematuro. Se realizó un análisis univariado y bivariado mediante SPSS Statistics versión 24. En el estudio se analizó la asociación de ciertos factores de riesgo con el parto prematuro mediante OR y sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Resultados: La edad, el estado civil, el control prenatal inadecuado, el número de paridad, la preeclampsia, la infección del tracto urinario, y la rotura prematura de membrana tienen valor estadísticamente significativo ($p < 0.5$) además de ser factores de riesgo para parto prematuro (OR: 2.579). Conclusiones: Los factores de riesgo de acuerdo a la intensidad que representan para presentar parto prematuro son la edad, la rotura prematura de membrana, el número de paridad, el control prenatal inadecuado, la preeclampsia, el estado civil y la infección del tracto urinario (36).

Rodríguez D, Morales V, Escudero R, Arévalo D, Cabrera A. Trujillo Perú, 2013. Factores de riesgo maternos asociados a parto pretérmino: un estudio multicéntrico. Trujillo Metropolitano 2011 – 2013. Objetivo: Determinar los factores de riesgo maternos asociados al parto prematuro. Material y Métodos: Se usó un diseño retrospectivo, de casos y controles, de 70 pacientes por grupo (pretérmino y a término), se evaluó las variables mediante la prueba de chi cuadrado cuando las frecuencias fueron menores de 5, se consideró asociación estadística a

un $p < 0,05$ con un intervalo de confianza del 95%. Resultados: Respecto al desarrollo de parto prematuro con el antecedente de parto pretérmino ($p = 0,0048$; $OR = 7,0345$), inadecuado control prenatal ($p = 0,0038$; $OR = 4,8889$), desprendimiento prematuro de placenta ($p = 0,0014$; $OR = 8,5$), vaginosis bacteriana ($p = 0,0003$; $OR = 4,0702$) e infección de vías urinarias ($p = 0,0020$; $OR = 2,9688$). Conclusiones: Se estableció que el antecedente de parto pretérmino, el inadecuado control prenatal, el desprendimiento prematuro de placenta, vaginosis bacteriana e infección de vías urinarias son factores de riesgos asociados al desarrollo de parto pretérmino (37).

2.1.3. A nivel local:

Orneta G. Huánuco, 2018. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital de Tingo María, enero a diciembre del 2016. Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Metodología: Observacional, retrospectiva, longitudinal y analítico. Con diseño caso y control. Resultados: El 51.4% de los casos (parto pretérmino) proceden de zonas urbanas y un 48.5% proceden de zonas rurales. Mientras que el 65.7% de los controles (parto a término) proceden de zonas urbanas y un 34.2% de zonas rurales. Se evidencia que el mayor porcentaje fue representado por las gestantes convivientes en un 51.4% de los casos, mientras que el 68.5% de los controles fueron convivientes. Del grupo de casos, el mayor porcentaje fue representado por las gestantes con un grado de instrucción secundaria con un 48.5%, mientras que en el grupo control también se evidenció que el grado de instrucción secundaria tuvo la mayor proporción con un 65.7%. Conclusiones: En relación a los factores de riesgo maternos se pudo evidenciar que el antecedente de un aborto previo, la infección del tracto urinario, preclampsia y la anemia son factores de riesgo para el parto pretérmino. En relación a los factores de riesgo ovulares se evidenció que la ruptura prematura de membrana y la placenta previa son factores de riesgo para el parto pretérmino (38).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Epidemiología

Actualmente a nivel mundial nacen unos quince millones de bebés en parto pretérmino, por ello decimos que más de uno de diez nacimientos es producto de parto pretérmino. Cabe recalcar que más de un millón de bebés prematuros fallecen todos los años por complicaciones en el parto. Viniendo hacer la prematuridad una de las primeras causas de mortalidad en los niños menores de cinco años. La mayor parte de los países que disponen de datos confiables al respecto, las tasas de nacimientos de recién nacidos pretérmino están aumentando (39).

Se presenta en el 5 - 10% de embarazos donde sólo el 20% de las gestantes con diagnóstico de parto prematuro concluyen en un parto pretérmino causando entre 75 - 80% de mortalidad del recién nacido y teniendo una 50% de los daños neurológicos (39).

2.2.2. Factores asociados con el parto prematuro

2.2.2.1. Definición

Los factores asociados se clasificaron en maternos y placentarios luego de analizar antecedentes clínicos de laboratorio e histopatológicos (40), así mismo el estudio anatomopatológico estuvo realizado por patólogos clasificados. Dentro de estos factores, se seleccionó el de mayor importancia vinculado con el parto prematuro. En estos casos la biopsia placentaria fue de utilidad para determinar el factor más relevante (41).

2.2.3. Factores Asociados

2.2.3.1. Maternos

a) Infección bacteriana ascendente

Embarazo con algunas de las condiciones clínicas presentes sugerentes de infección intrauterina: RPM, corioamnionitis clínica, sangrado vaginal con desprendimiento amniocorial, infección

cervicovaginal (ICV) por estreptococos del Grupo B (SGB), infección del tracto urinario (ITU), dispositivo intrauterino (DIU) no extraído, placenta previa con sangrado vaginal, cérvix menor de 15mm medido por ultrasonografía, desprendimiento prematuro de placenta norma inserta (DPPNI), membranas prolapsadas bajo el orificio cervical externo (MPR) (25,32) y asociado con los siguientes marcadores histopatológicos placentarios específicos: corioamnionitis aguda, funisitis aguda (42,43).

b) Enfermedades Maternas

Hipertensión arterial: Embarazo con hipertensión materna (preeclampsia, hipertensión arterial crónica), con condiciones clínicas presentes: DPPNI, síndrome de HELLP, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), asociado con hallazgos histopatológicos placentarios inespecíficos: infarto vellositario, aterosclerosis arterial espiralada decidua, hematoma retroplacentario, hemorragia intervlositaria, hemorragia subcoriónica, endarteritis obliterante de los vasos fetales, vasculopatía fetal trombótica y trombosis intervlositaria (44).

Diabetes mellitus o gestacional con o sin DPPNI y con o sin RCIU: Asociada con hallazgos histopatológicos placentarios inespecíficos como: edema vellositario, inmadurez vellositaria, maduración vellositaria retardada, infarto vellositario, hematoma retroplacentario, hemorragia subcoriónica y corangiosis (45).

Trombofilia: Embarazada con cuadro clínico de trombosis (de extremidades o tromboembolismo pulmonar), anticuerpos antifosfolípidos positivos, con DPPNI, con o sin RCIU y con hallazgos histopatológicos placentarios inespecíficos: hemorragia y hematoma retroplacentarios, infartos vellositarios, depósito de fibrina intervlositaria, vasculopatía fetal trombótica y trombosis intervlositaria (46).

Colestasis intrahepática del embarazo (CIE): Embarazada con cuadro clínico compatible, ictericia clínica y de laboratorio, con pruebas hepáticas alteradas. No se reconocen lesiones placentarias específicas (47).

Consumo de drogas: Consumo prolongado durante el embarazo de cocaína, marihuana, tolueno, alcohol y otras, RCIU severo, con o sin DPPNI asociado con hallazgos histopatológicos placentarios inespecíficos: infarto vellositario, hemorragia y hematoma retroplacentario (47).

Otras: Neumonía: Cuadro clínico y radiológico compatible (46). Insuficiencia renal crónica: Cuadro clínico y de laboratorio compatible. Lupus eritematoso diseminado: Cuadro clínico y de laboratorio compatible. Apendicectomía: Cuadro clínico con anatomía patológica compatible (49). Pielonefritis: Cuadro clínico y de laboratorio compatible. En estas enfermedades no hay lesiones placentarias específicas (46).

Infecciones transplacentarias

Sífilis:

Infección materna confirmada con pruebas treponémicas, con o sin infección congénita, asociada con hallazgos histopatológicos placentarios específicos: aumento del tamaño y volumen placentario, vellositis crónica, eritroblastosis de vasos fetales y arteritis obliterante (50).

Listeria monocytogenes:

Infección materna febril por *L. monocytogenes* aislada en sangre materna y placenta, asociada a hallazgos histopatológicos placentarios específicos: vellositis y perivellositis abscedada, microabscesos en vellosidades, coriamnios y cordón umbilical (50).

Enfermedad periodontal:

Embarazada con diagnóstico odontológico y microbiológico de periodontitis generalizada y asociada con vellositis, intervallositis en los hallazgos histopatológicos placentarios (51).

Enfermedades virales:

Enfermedad viral materna diagnosticada por serología (inmunoglobulina M positiva) con o sin RCIU y vinculada con hallazgos histopatológicos placentarios inespecíficos: vellositis, intervallositis, perivellositis crónica, coriamnionitis crónica (45).

c) Parto inducido o provocado

Embarazo interrumpido clandestinamente por uso de misoprostol, con DPPNI y con los siguientes hallazgos histopatológicos placentarios: hemorragia y hematoma retroplacentaria (51).

➤ **Fetales**

Anomalías Congénitas

a) Cromosómicas (Malformaciones Múltiples)

Confirmadas por cariograma realizado en líquido amniótico o sangre fetal. Síndrome de Turner XO, Trisomía 18, Trisomía 21.

b) No cromosómicas

De causa multifactorial, producto de factores ambientales, enfermedades maternas, agentes infecciosos, físicos, químicos, uso de medicamentos o de factores mecánicos durante el primer trimestre de la gestación, sin estudio cromosómico y asociadas con lesiones vellositarias sugerentes. Normalmente son malformaciones de un órgano o sistema sea del tubo neural, cardíacos, del riñón, vía urinaria y otros (52).

2.2.3.2. Ovulares

a) Patologías placentarias:

Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera idiopático (DPPNI): Separación total o parcial de la placenta del útero en embarazos sin patologías materno – fetales y con manifestaciones de asfixia aguda, shock fetal. Lesiones placentarias encontradas como hematoma y hemorragia retroplacentaria, infartos vellositarios, hemorragia subcorial, trombosis intervellositaria (20).

Patología vascular placentaria: Embarazos sin patologías materno – fetales, con manifestaciones de asfixia crónica y RCIU severo, con o sin DPPNI y con lesiones placentarias inespecíficas como arteriopatía fetal trombótica, trombosis intervellositaria y arteria fetal, depósito aumentado de fibrinoide perivellositario, infartos vellositarios, hematoma y hemorragia retroplacentaria (45).

Deciduitis crónica: Embarazos sin patologías materno – fetales, con o sin RCIU y vinculados con lesiones histopatológicas placentarias específicas como deciduitis linfoplasmocitaria, coriamnionitis, perivellositis y vellositis crónicas, trombosis intervellositaria, aumento de fibrina intervellositaria. Síndrome conocido como coriodesiduitis crónica, que se desarrolla secundario infección de la cavidad uterina que persiste entre embarazos y que se reactiva en la siguiente gestación (53).

Placenta previa: Embarazo con placenta previa, sangrado vaginal y sin lesiones placentarias específicas (54).

b) Patología del cordón umbilical y membranas ovulares: Embarazo sin patología materno – fetal y con inserción anormal de las membranas ovulares.

2.2.3.3. Uterinas

Embarazos sin evidentes patologías materno – fetales y con malformaciones uterinas, útero bicorne, útero bidelfo y sin lesiones placentarias (46).

2.2.3.4. No Precisables

Casos en que los antecedentes clínicos, de laboratorio y anatomopatológicos no fueron suficientes para aclarar la condición asociada al parto prematuro. No clasificables casos con placenta con alteraciones involutivas, cambios secundarios a maceración placentaria por muerte fetal (52).

2.2.4. Nacimientos prematuros

La prematuridad es una de las principales causas de morbi – mortalidad neonatal y es responsable de un elevado porcentaje de secuelas infantiles, sobre todo en edades de gestación muy precoces. El parto pretérmino se define como aquel antes de la semana 37 de gestación. Su etiología es compleja y multifactorial, en la que pueden intervenir de forma simultánea factores inflamatorios, isquémicos, inmunológicos, mecánicos y hormonales. La amenaza de parto pretérmino se define como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22.0 hasta las 36.6 semanas de gestación. No obstante, estos parámetros presentan una baja sensibilidad y especificidad para predecir el parto pretérmino (55,56).

2.3. Definiciones conceptuales

Parto prematuro: La OMS define al parto prematuro como el nacimiento que se produce entre las 22 y las 36,6 semanas de gestación, independientemente del peso del recién nacido. A todos los partos que se producen antes de las 37 semanas son considerados prematuros, los que se producen antes de las 34 semanas son los máximos responsables del incremento de los daños y muerte, debido al bajo peso neonatal (debajo de 2500 g) (57).

Infecciones del tracto urinario: Las infecciones de vías urinarias (IVU) conocidas como infecciones del tracto urinario (ITU), se refieren a toda invasión microbiana del aparato urinario (riñón, uréteres, vejiga, uretra) que sobrepasa la capacidad de defensa del individuo afectado. Dichas infecciones figuran entre las más comunes presentadas durante la gestación, y el principal microorganismo patógeno es la escherichia coli así como otros bacilos gram negativos y gram positivos (58).

Preeclampsia: O eclampsia es una enfermedad de etiología desconocida en la que aparece un sustrato fisiopatológico de hipoxia tisular generalizada, particularmente en la microcirculación, con repercusión multi sistémica que afectará, al riñón, hígado, vasos sanguíneos y sistema nervioso (59).

2.4. Sistema de hipótesis

2.4.1. Hipótesis General

Ha

Existen factores de riesgo asociado a nacimientos prematuros en gestantes atendidos en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco 2018.

Ho

No existen factores de riesgo asociado a nacimientos prematuros en gestantes atendidos en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco 2018.

2.4.2. Hipótesis Específicas

He 01

Los factores maternos asociados a los nacimientos prematuros en gestantes es infección del tracto urinario y patologías vaginales.

He 02

Los factores fetales asociados a los nacimientos prematuros en gestantes son las anomalías fetales.

He 03

Los factores ovulares asociados a los nacimientos prematuros en gestantes es desprendimiento prematuro de membranas.

He 04

Los factores patológicos asociados a los nacimientos prematuros en gestantes son la diabetes y la hipertensión arterial.

2.5. SISTEMA DE VARIABLES

2.5.1. Variable de Estudio

Nacimientos prematuros

2.5.2. Variable de Asociación

Factores de riesgo

2.6. Operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
De Estudio			
Nacimientos Prematuros	Nacimientos Prematuros	Si	Cualitativo Nominal dicotómica
		No	
De Asociación			
Factores de Riesgo	Factores Maternos	Antecedentes sociodemográficos	Cualitativo Nominal politémica
		Infecciones del Tracto Urinario	
		Preeclampsia	
		Diabetes	
		Consumo de drogas	
		Enfermedad periodontal	
		Enfermedades virales	
	Factor Fetal (Anomalías Congénitas)	Si	Cualitativo Nominal dicotómica
		No	
	Factores Ovulares	Desprendimiento prematuro de membranas	Cualitativo Nominal politémica
		Placenta previa	
		Patologías del cordón umbilical	

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

- **Según la finalidad del investigador:** Es básica o pura, porque se realiza con el propósito de acrecentar los conocimientos teóricos para el progreso de una determinada ciencia, sin interesarse directamente en sus posibles aplicaciones o consecuencias prácticas; es más formal y persigue propósitos teóricos en el sentido de aumentar los conocimientos de una determinada teoría (60).
- **Según intervención del investigador:** Es observacional porque no existe intervención del investigador, los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador (61).
- **Según número de mediciones de la variable de estudio:** Transversal, por una sola medición, porque responden a determinados problemas sociales y están presentes en el conjunto de las áreas curriculares (61).
- **Según la planificación de las mediciones de la variable de estudio:** Retrospectivo, porque son investigaciones en las cuales los científicos deben lidiar con fenómenos que han ocurrido y, no pocas veces, sin tener la posibilidad de tener el fenómeno “completo” a su disposición para ser estudiado (62).

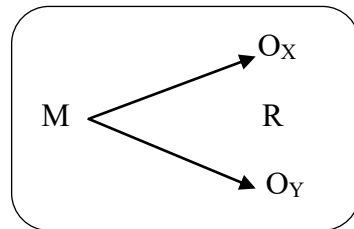
3.1.1. Enfoque de investigación

Cuantitativo, porque los estudios que utilizan este enfoque confían en la medición numérica como el conteo y en uso de la estadística para establecer indicadores exactos (59).

3.1.2. Nivel o alcance de investigación

Relacional, porque estos estudios tienen como propósito medir el grado de relación que existe entre dos o más conceptos variables (62).

3.1.3. Diseño de Investigación



M: Representa muestra del estudio

R = Rango de relación

O_x = Factores de riesgo

O_y = Nacimientos prematuros

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población de investigación

La población estuvo conformada por todas las historias clínicas de las pacientes con parto pretérminos atendidas entre los años 2017 y 2018 en el servicio de gineco – obstetricia en el Hospital Regional Hermilio Valdizán.

3.2.2. Muestra

Se realizó a través de un tipo de muestreo probabilístico. Estuvo conformado por 140 historias clínicas de pacientes con partos pretérminos atendidas los años 2017 y 2018 en el servicio de gineco – obstetricia en el Hospital Regional Hermilio Valdizán.

$$n = \frac{N * Z_a^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_a^2 * p * q}$$

Dónde:

n=número de elementos de la muestra

N= Población

z = Nivel de confianza (95%) 1,96

N = Total de la población

$Z_a^2 = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)

q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)

d = precisión (en este caso deseamos un 2%).

n = 140

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.3.1. Técnicas

La técnica para la recolección de datos fue la documentación, el instrumento fue las historias clínicas, para la determinación de los factores de riesgo asociados los nacimientos prematuros estarán validados por juicio de expertos tres profesionales de la especialidad de Obstetricia. Los cuales calificarán los instrumentos propuestos, en términos de relevancia, claridad en la redacción, objetividad, actualización, organización, suficiencia, intencionalidad, consistencia, coherencia, metodología y pertinencia de los reactivos.

3.4. Técnica para el procesamiento y análisis de la información

3.4.1. Técnicas para el Procesamiento

Para la descripción de los datos se utilizó estadísticas frecuencias y porcentajes.

3.4.2. Análisis Descriptivo.

El análisis estadístico fue de tipo descriptivo donde se realizó usando el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 23.0. IBM. Se realizó un análisis bivariado para determinar la frecuencia y porcentaje de las variables. En la significancia estadística de las pruebas se consideró el valor de $p \leq 0,05$. La parte del análisis estadístico se realizó mediante la descripción de los datos. Las variables cuantitativas se expresaron en forma de los índices estadísticos descriptivos de media y desviación estándar. Las variables cualitativas se describieron mediante las correspondientes distribuciones de frecuencias.

3.4.3. Análisis Inferencial:

También se hizo uso de la estadística inferencial se realizó mediante el test Chi-cuadrado de Pearson (χ^2). Ods ratio. Para el procesamiento se utilizó un ordenador Intel inside core i5, se utilizó el programa estadístico Excel y SPSS V 24.0. Los resultados se presentaron en tablas y gráficas.

CAPÍTULO IV:

4. RESULTADOS

4.1. Procesamiento de datos

Se realizó un estudio de tipo observacional, transversal, retrospectivo, cuantitativo y relacional con el propósito de determinar los factores de riesgo asociado a nacimientos prematuros, encontrándose los siguientes resultados.

El proceso de selección del tamaño de la muestra, se realizó a través de un tipo de muestreo probabilístico. Estuvo conformada por 140 historias clínicas de pacientes de partos pretérminos atendidas los años 2017 y 2018 en el servicio de gineco-obstetricia en el Hospital Regional Hermilio Valdizán.

Tabla N° 1 Distribución de las pacientes según edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
16 a 23 años	47	33,6	33,6
24 a 31 años	55	39,3	39,3
32 a 38 años	21	15,0	15,0
39 a 45 años	17	12,1	12,1
Total	140	100,0	100,0

Fuente: Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco

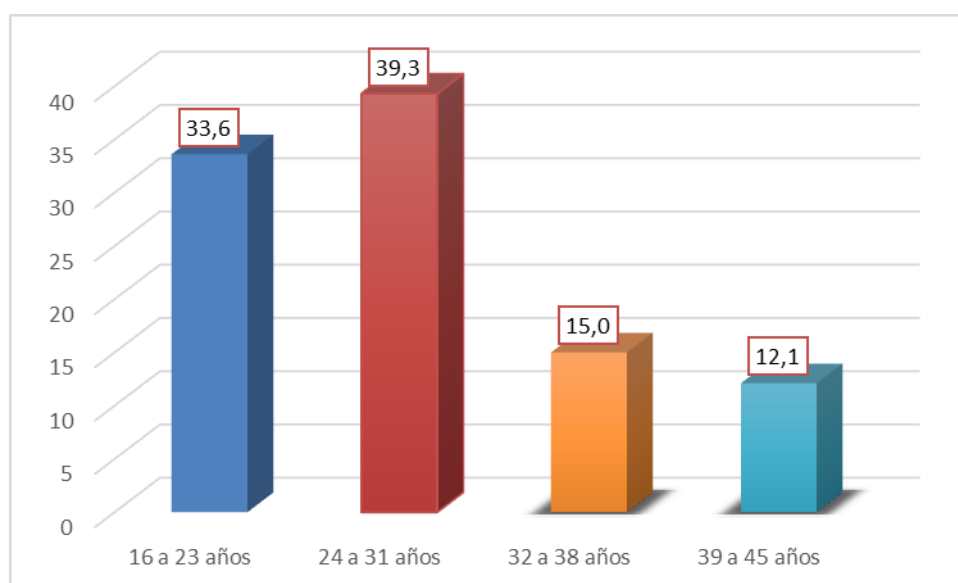


Gráfico N° 1 Distribución de las pacientes según edad

Interpretación:

En la presente tabla y gráfico, se presenta la distribución de las pacientes según sus edades, observándose lo siguiente: Del total de datos observados, la mayor frecuencia se encontró en pacientes de 24 a 31 años (39,3 %), seguido en frecuencia por pacientes de 16 a 23 años 33,6%, 32 a 38 años 15 % y finalmente, pacientes de 39 a 45 años 12,1 %.

Tabla N° 2 Distribución de los pacientes según grado de instrucción

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Primaria	29	20,7	20,7
Secundaria	90	64,3	64,3
Superior	21	15,0	15,0
Total	140	100,0	100,0

Fuente: Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco

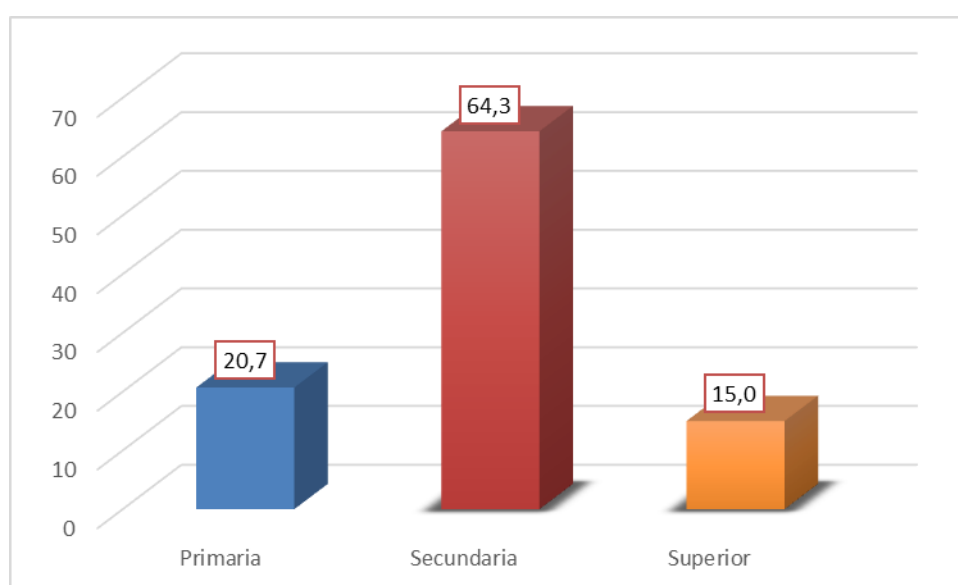


Gráfico N° 2 Distribución de los pacientes según grado de instrucción

Interpretación:

Con referente a la tabla y gráfico 2, se presenta la distribución de las pacientes según grado de instrucción, observándose lo siguiente: Del total de datos observados, la mayor frecuencia se encontró en pacientes con grado de instrucción secundaria (64,3 %), seguido primaria 20,7 %, y finalmente, superior 15,0%.

Tabla N° 3 Distribución de los pacientes según estado civil

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Casada	19	13,6	13,6
Conviviente	87	62,1	62,1
Soltera	34	24,3	24,3
Total	140	100,0	100,0

Fuente: Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco

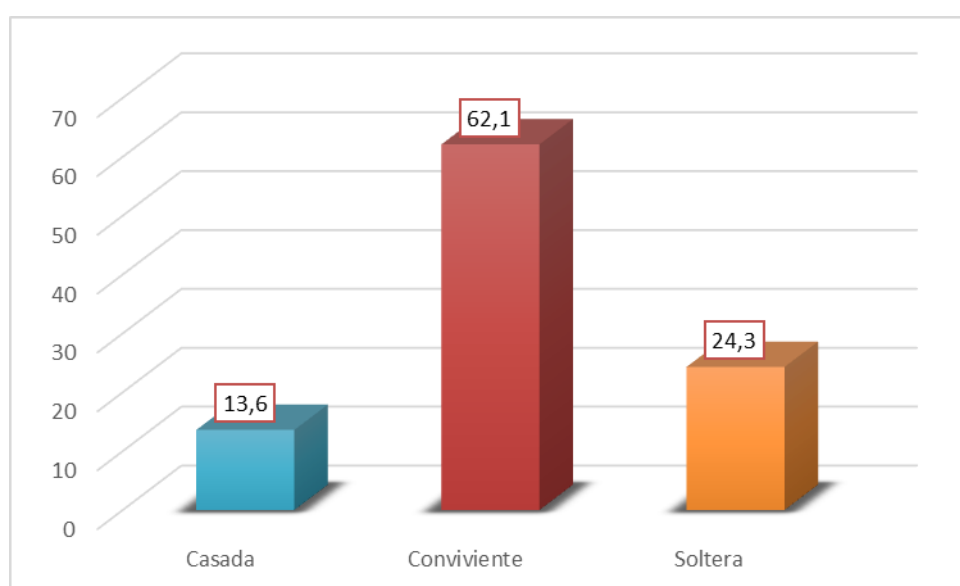


Gráfico N° 3 Distribución de los pacientes según estado civil

Interpretación:

Con referente a la tabla y gráfico 3, se presenta la distribución de las pacientes según estado civil, observándose lo siguiente: Del total de datos observados, el mayor porcentaje se encontró pacientes convivientes (62,1 %), soltera 24,3 %, y finalmente, casada 13,6 %.

Tabla N° 4 Distribución de los pacientes según ocupación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Ama de casa	119	85,0	85,0
Estudiante	21	15,0	15,0
Total	140	100,0	100,0

Fuente: Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco

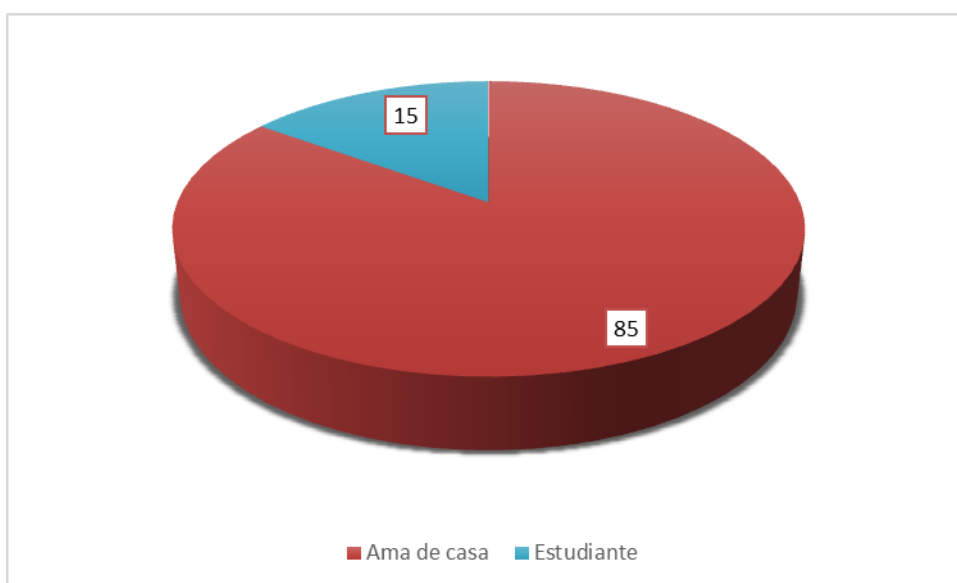


Gráfico N° 4 Distribución de los pacientes según ocupación

Interpretación:

Con relación a la distribución de los pacientes según ocupación, del total de datos observados, el mayor porcentaje se encontró pacientes con dedicación a su casa (85 %), y estudiante 15,0 %.

Tabla N° 5 Distribución de los pacientes según procedencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Huánuco	28	20,0	20,0
Amarilis	19	13,6	13,6
Panao	16	11,4	11,4
Jacas Chico	7	5,0	5,0
Pillcomarca	15	10,7	10,7
Ambo	6	4,3	4,3
Churubamba	11	7,9	7,9
Pasco	11	7,9	7,9
San Rafael	17	12,1	12,1
santo Rosa	10	7,1	7,1
Total	140	100,0	100,0

Fuente: Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco

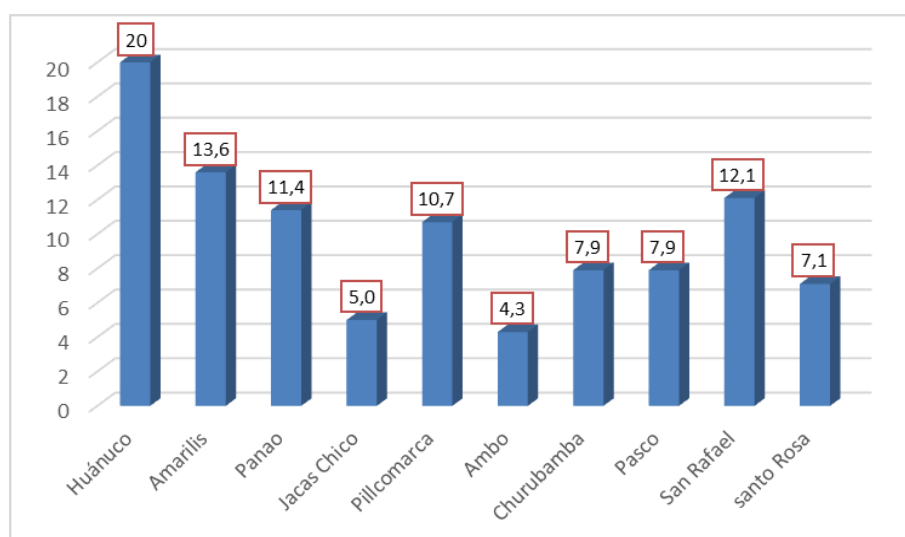


Gráfico N° 5 Distribución de los pacientes según procedencia

Interpretación:

Con relación a la distribución de los pacientes según procedencia, del total de datos observados, el mayor porcentaje de pacientes fueron de procedencia de Huánuco (20 %), seguido de Amarilis 13,6 %, San Rafael 12,1%, Panao 11,4 % alrededor de 7 % Churubamba, Pasco y Santa Rosa y finalmente Jacas Chico 5 % y Ambo 4,3 %.

Tabla N° 6 Parto según edad gestacional e infecciones del tracto urinario

Infecciones del Tracto Urinario	Nacimientos prematuros		Total	p	OR
	Si	No			
Sí	36 51,4%	34 48,6%	70 100,0%	0,00	3,05
No	0 0,0%	70 100,0%	70 100,0%		
Total	36 25,7%	104 74,3%	140 100,0%		

Fuente: Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco
OR = Odds Ratio

Interpretación:

Con referente a la tabla 6 se observa parto según edad gestacional e infecciones del tracto urinario, la presencia de infecciones del tracto urinario prevaleció en las pacientes con parto pretérmino de 51,4 %. Al aplicar la prueba no paramétrica chi-cuadrado se encontró diferencias significativas entre la presencia de infección del tracto urinario con los nacimientos prematuros siendo el valor de $p < 0,05$ ($p = 0,00$). Según el índice Odds ratio (3,05) la paciente con infección del tracto urinario tiene 3 veces más riesgo de desencadenar nacimientos prematuros.

Tabla N° 7 Parto según edad gestacional y preeclampsia

Preeclampsia	Nacimientos prematuros		Total	p	OR
	Si	No			
Sí	14 100,0%	0 0,0%	14 100,0%	0,00	2,25
No	56 44,4%	70 55,6%	126 100,0%		
Total	70 50,0%	70 50,0%	140 100,0%		

Fuente: Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco

OR = Odds Ratio

Interpretación:

Con referente a la tabla 7 se observa parto según edad gestacional y preeclampsia, la presencia de preeclampsia predominó en las pacientes con parto pretérmino con 14 casos. Al aplicar la prueba no paramétrica chi-cuadrado se encontró diferencias significativas entre la presencia de preeclampsia con los nacimientos prematuros siendo el valor de $p < 0,05$ ($p = 0,00$). Según el índice Odds ratio (2,25) las pacientes con preeclampsia tienen 2 veces más riesgo de desencadenar nacimientos prematuros.

Tabla N° 8 Parto según edad gestacional y diabetes mellitus

Diabetes mellitus	Nacimientos prematuros		Total	p
	Si	No		
Sí	3 60,0%	2 40,0%	5 100,0%	0,649
No	67 49,6%	68 50,4%	135 100,0%	
Total	70 50,0%	70 50,0%	140 100,0%	

Fuente: Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco
OR = Odds Ratio

Interpretación:

Con referente a la tabla 8 se observa parto según edad gestacional y diabetes mellitus, la presencia de diabetes mellitus predominó en las pacientes con parto pretérmino con 3 casos. Al aplicar la prueba no paramétrica chi-cuadrado no se encontró diferencias significativas entre la presencia de la patología con los nacimientos prematuros siendo el valor de $p > 0,05$ ($p = 0,649$).

Tabla N° 9 Parto según edad gestacional y enfermedad periodontal

Enfermedad Periodontal	Nacimientos prematuros		Total	p	OR
	Si	No			
Sí	8 100,0%	0 0,0%	8 100,0%	0,004	2,129
No	62 47,0%	70 53,0%	132 100,0%		
Total	70 50,0%	70 50,0%	140 100,0%		

Fuente: Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco
OR = Odds Ratio

Interpretación:

Con referente a la tabla 9 se observa parto según edad gestacional y enfermedad periodontal, la presencia de enfermedad periodontal predominó en las pacientes con parto pretérmino con 8 casos. Al aplicar la prueba no paramétrica chi-cuadrado se encontró diferencias significativas entre la presencia de la patología con los nacimientos prematuros siendo el valor de $p < 0,05$ ($p = 0,004$). Según el índice Odds ratio (2,129) las pacientes con enfermedad periodontal tienen 2 veces más riesgo de desencadenar nacimientos prematuros.

Tabla N° 10 Parto según edad gestacional y enfermedades virales

Enfermedades Virales	Nacimientos prematuros		Total	p
	Si	No		
Sí	5 55,6%	4 44,4%	9 100,0%	0,730
No	65 49,6%	66 50,4%	131 100,0%	
Total	70 50,0%	70 50,0%	140 100,0%	

Fuente: Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco
OR = Odds Ratio

Interpretación:

Con referente a la tabla 10 se observa parto según edad gestacional y enfermedades virales, la presencia de enfermedades viral predominó en las pacientes con parto pretérmino con 5 casos. Al aplicar la prueba no paramétrica chi-cuadrado no se encontró diferencias significativas entre la presencia de las patologías virales con los nacimientos prematuros siendo el valor de $p > 0,05$ ($p = 0,730$).

Tabla N° 11 Parto según edad gestacional y desprendimiento prematuro de membranas

Desprendimiento Prematura de Membranas	Nacimientos prematuros		Total	p	OR
	Si	No			
Sí	11 100,0%	0 0,0%	11 100,0%	0,001	2,186
No	59 45,7%	70 54,3%	129 100,0%		
Total	70 50,0%	70 50,0%	140 100,0%		

Fuente: Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco
OR = Odds Ratio

Interpretación:

Con referente a la tabla 11 se observa parto según edad gestacional y desprendimiento prematuro de membranas, la presencia de DPM predominó en las pacientes con parto pretérmino con 11 casos. Al aplicar la prueba no paramétrica chi-cuadrado se encontró diferencias significativas entre la DPM con los nacimientos prematuros siendo el valor de $p < 0,05$ ($p = 0,001$). Según el índice Odds ratio (2,186) las pacientes con DPM tienen 2 veces más riesgo de desencadenar nacimientos prematuros.

Tabla N° 12 Parto según edad gestacional y Placenta previa

Placenta Previa	Nacimientos prematuros		Total	p
	Si	No		
Sí	6 75,0%	2 25,0%	8 100,0%	0,145
No	64 48,5%	68 51,5%	132 100,0%	
Total	70 50,0%	70 50,0%	140 100,0%	

Fuente: Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco
OR = Odds Ratio

Interpretación:

Con referente a la tabla 12 se observa parto según edad gestacional y placenta previa, la presencia de placenta previa predominó en las pacientes con parto pretérmino con 6 casos. Al aplicar la prueba no paramétrica chi-cuadrado no se encontró diferencias significativas entre la presencia de la placenta previa con los nacimientos prematuros siendo el valor de $p > 0,05$ ($p=0,145$).

Tabla N° 13 Parto según edad gestacional y patologías del cordón umbilical

Patologías del Cordón Umbilical	Nacimientos prematuros		Total
	Si	No	
No	70	70	140
	50,0%	50,0%	100,0%
Total	70	70	140
	50,0%	50,0%	100,0%

Fuente: Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco

Interpretación:

Con referente a la tabla 13 se observa parto según edad gestacional y patologías del cordón umbilical, no se presentaron casos de estas patologías tanto en nacimiento pretérmino y a término.

Tabla N° 14 Parto según edad gestacional y consumo de drogas

Consumo de drogas	Nacimientos prematuros		Total
	Si	No	
No	70	70	140
	50,0%	50,0%	100,0%
Total	70	70	140
	50,0%	50,0%	100,0%

Fuente: Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco

Interpretación:

Con referente a la tabla 13 se observa parto según edad gestacional y consumo de drogas, no se hallaron casos de pacientes con consumo de drogas tanto en nacimiento pretérmino y a término.

CAPÍTULO V:

5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. Contrastación de los resultados del trabajo de investigación

Este estudio tiene como fortalezas el tipo de diseño retrospectivo e incomparable de casos y controles con un análisis estadístico apropiado. Además, muestra una muestra representativa de la población del estudio, ya que se utilizó un censo en el grupo de casos, mientras que en el grupo control se utilizó un muestreo aleatorio simple. Pero también se encontró debilidades debido a que se encontró registro en las historias clínicas estudiadas. Los hallazgos más importantes de este estudio fueron: los factores de riesgo para los nacimientos prematuros fueron las infecciones del tracto urinario, la preeclampsia, enfermedad periodontal y desprendimiento prematuro de membranas.

Entre los factores investigados en este estudio, la presencia de Preeclampsia predominó en las pacientes con parto pretérmino con 14 casos, con una diferencia significativa $p < 0,05$ ($p = 0,00$). OR (2,25), siendo un factor de riesgo para los nacimientos prematuros. Según el estudio de Ovalle A, et al. Chile, 2012. La preeclampsia es el factor más común asociado con mayor frecuencia a los pacientes médicamente indicados para partos prematuros. De manera similar, el estudio de Guadalupe S. Lima Perú, 2016. Informaron que la preeclampsia, tienen valor estadísticamente significativo ($p < 0.5$) además de ser factores de riesgo para parto pretérmino (OR:2.579). Escobar B. México, 2016. Respecto a la preeclampsia: presenta Razón de Momios RM = 6.38 ($p = 0.00$).

De igual manera la presencia de infecciones del Tracto Urinario prevaleció en las pacientes con parto pretérmino con 36 casos, con una diferencia significativa $p < 0,05$ ($p = 0,00$). OR (3,05), considerado un factor de riesgo para los nacimientos prematuros. Resultados que coinciden con los de Guadalupe S. Lima Perú, 2016. Halló que la infección del

tracto urinario tiene valor estadísticamente significativo ($p < 0.5$) y puede ser uno de los factores de riesgo para parto pretérmino (OR:2.579).

Así como también Ornetá G. Huánuco, 2018. Concluyó que la Infección del tracto urinario es uno de los factores de riesgo para el parto pretérmino. Escobar B. México, 2016. La infección del tracto urinario: RM = 1.5 ($p = 0.010$).

La Enfermedad Periodontal se ha asociado con ciertos resultados adversos del embarazo, siendo un posible indicador de riesgo para los nacimientos prematuros. La presencia de Enfermedad Periodontal predominó en las pacientes con parto pretérmino con 8 casos. $p < 0,05$ ($p = 0,004$). OR (2,129). Las infecciones sistémicas maternas pueden provocar una respuesta inflamatoria que resulta en la inflamación de la unidad materno-fetal-placentaria que incluye el útero, las membranas corioamnióticas, la placenta, el líquido amniótico, los pulmones y la circulación fetal. Estos estímulos inflamatorios inducen la hiperirritabilidad del músculo liso del útero, lo que mejora la contractilidad, el adelgazamiento cervical y la dilatación cervical y, por lo tanto, pueden desencadenar el parto prematuro. (63,64). Por su parte, la enfermedad periodontal materna puede afectar negativamente al embarazo al hacer que las bacterias y los mediadores inflamatorios se propaguen desde la cavidad bucal a la unidad placentaria fetal a través de la sangre (65).

En cuanto al Desprendimiento Prematuro de Membrana predominó en las pacientes con parto pretérmino con 11 casos. $p < 0,05$ ($p = 0,001$). OR (2,186), el cual también indica como factor de riesgo para los partos prematuros. Resultados concuerdan con Rodríguez D. Trujillo Perú, 2013. Encontró que el desprendimiento prematuro de placenta presentó un valor de ($p = 0,0014$; OR= 8,5) considerando que es un factor de riesgo asociado al desarrollo de parto pretérmino.

Por lo tanto, se puede aseverar:

Que la presencia de Preeclampsia, Infección del Tracto Urinario, Enfermedad Periodontal y el Desprendimiento Prematuro de Membranas

son los factores de riesgo con mayor significación estadística con los nacimientos prematuros.

Con relación a las Patologías del Cordón Umbilical y Consumo de Drogas no se halló como factores de riesgo asociado con los nacimientos prematuros al no encontrarse casos.

Con relación a la Diabetes Mellitus, Placenta Previa y Enfermedades Virales no se encontró diferencias significativas con los nacimientos prematuros.

CONCLUSIONES

1. Los factores maternos asociados a los nacimientos prematuros fueron la infección del tracto urinario, preeclampsia y enfermedad periodontal.
2. Los factores ovulares que se relacionan con los nacimientos prematuros son desprendimiento prematuro de membrana.
3. La infección del tracto urinario es un factor de riesgo significativo para el nacimiento prematuro OR: 3 y $p < 0,05$ ($0 = 0,00$).
4. La preeclampsia es un factor de riesgo significativo para el nacimiento prematuro OR: 2 y $p < 0,05$ ($0 = 0,00$).
5. La enfermedad periodontal es un factor de riesgo significativo para el nacimiento prematuro OR: 2 y $p < 0,05$ ($0 = 0,004$).
6. El desprendimiento prematuro de placenta es un factor de riesgo significativo para el nacimiento prematuro OR: 2 y $p < 0,05$ ($0 = 0,001$).
7. La diabetes mellitus no es un factor de riesgo asociado a los nacimientos prematuros $p > 0,05$ ($0 = 0,649$).
8. Las enfermedades virales no es un factor de riesgo asociado a los nacimientos prematuros $p > 0,05$ ($0 = 0,730$).
9. La placenta previa no es un factor de riesgo asociado a los nacimientos prematuros $p > 0,05$ ($0 = 0,145$).
10. Con relación a las patologías del cordón umbilical y consumo de drogas no se encontraron como factores de riesgo asociado con los nacimientos prematuros al no hallarse casos de pacientes tanto en nacimiento pretérmino y a término.

RECOMENDACIONES

1. Según el hallazgo encontrado se recomienda realizar el examen y tratamiento periodontal a las gestantes con enfermedad periodontal preexistente lo que puede reducir el riesgo de partos prematuros.
2. Se recomienda seguir investigando otros factores de riesgo asociado a partos prematuros y con mayor número de muestra.
3. Se recomienda a los Obstetras identificar oportunamente las patologías o alteraciones en el control prenatal para disminuir el riesgo de parto prematuro.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Acosta G. Obstetricia y Ginecología: Manual de Normas. 2a. Edición. Editorial Espriellabé. Barranquilla. 1992.
2. Iffi L, Kaminetzky H. Obstetricia y Perinatología. 2a. Reimpresión. Editorial Panamericana. Bs. Aires. 1990.
3. Cifuentes R. Obstetricia de Alto Riesgo. 4a. Edición. Editorial Aspromédica. Cali. 1994.
4. Altirriba E, et al. Prematuridad (I). Clin. Invest. Ginecol. Obstet. 1991; 18(8).
5. Botero J, Jubiz A, Henao G. Obstetricia y Ginecología. 4a. Edición. Editorial Carvajal. Medellín, 1992.
6. Main D. Epidemiología del Parto Pretérmino. Clínicas Obst. Ginecol. Editorial Interamericana. 1988; 3.
7. Main D. Epidemiología del Parto Pretérmino: Clínicas Obst. Ginecol. Editorial Interamericana 1995; 5.
8. Williams M, Mittendorf R, et al. Cigarettes, Coffe, and Preterm Premature Rupture of the Membrans: Obstetrical and Gynecological Survey. 1993; 48(2): 69-71.
9. Arahara H, Johnston J. Smoking and preterm labor: Effect of cigarette smoke extract on the Secretion of platelet activating factor acetylhydrolase by human decidual macrophages. Am. J. Obstet. Gynecol. 1993; 69(5): 134-136.
10. Kristal A. Nutrición Materna y duración de la gestación: Clínica Obstétrica y Ginecológica. Editorial Interamericana. 1984; 3.
11. Papiernik E. Propuestas para una política programada de prevención del parto pretérmino: Clínicas obstétricas y Ginecológicas. Editorial Interamericana. 1984; 3.
12. Valencia L. Factores de Riesgo del Parto Prematuro en gestantes trabajadoras. Rev. Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 1992; 43(2).

13. Scholl T. Prenatal care adequacy and the outcome of adolescent pregnancy: Effects on weight gain, preterm delivery and birth weight. *Obstet. Gynecol.* 1987; 69(3): 312-316.
14. Acosta G. *Obstetricia y Ginecología: Manual de Normas.* 2a. Edición. Editorial Espriellabé. Barranquilla. 1992.
15. Arias F. *Practica Guide to High Risk Pregnancy and Delivery.* 2a. Edición. Editorial Mosby Year Book. St. Louis. 1993.
16. Parisi V. Incompetencia cervical y trabajo de parto pretérmino: Clínicas Obstétricas y Ginecológicas Editorial Interamericana. 1988; 3.
17. Romero R, Mazar M. Infección y trabajo de parto pretérmino: Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Editorial Interamericana. 1988; 3.
18. Romero M, Quezada S, López B. Efecto del riesgo en el hijo de madre con edad avanzada. *Ginecol Obstet Mex.* 2002; 70: 170 – 4.
19. Morgan F, Cinco A, Douriet F, Báez J, Muñoz J, Osuna I. Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con nacimiento pretérmino. *Ginecol Obstet Mex.* 2010;78(2):103-9.
20. Calderón J, Vega G, Velázquez J, Morales R, Vega A. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. *Rev Med IMSS.* 2005;43(4):339-42.
21. Goldenberg R, Culhane J, Lams J, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet* 2008; 371: 75-84. Review.
22. Ananth C, Vintzileos A. Epidemiology of preterm birth and its clinical subtypes. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2006; 19: 773-82. Review.
23. Jaramillo J, López I, Arango F. Factores asociados con parto pretérmino en el tercer nivel de atención en salud en Manizales. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* 2006;57(2):74-81.
24. Villanueva L, Contreras A, Pichardo M, Rosales J. Perfil epidemiológico del parto prematuro. *Ginecol Obstet Mex.* 2008; 76(9):542-8.

25. Meza J. Factores maternos relacionados con el parto pretérmino y su repercusión en el neonato. Hospital Nacional Hipólito Unanue: 2002-2006. *Rev Per Obst Enf.* 2007; 3(2):115-25.
26. Hasbun J, Hasbun A. Infección y parto prematuro: Enlace epidemiológico y bioquímico. *Rev Chil Infect.* 2000; 17(1):7-17.
27. Oviedo H, Lira J, Ito A, Grosso J. Causas de nacimiento pretérmino entre madres adolescentes. *Ginecol Obstet Mex.* 2007;75:17-23.
28. López L, Palacios F, Coreno M, Obando D, Krug E, Villanueva R, et al. Utilidad de una prueba cualitativa para la detección de fibronectina fetal en secreción cervicovaginal como predictor de parto prematuro. *Perinatol Reprod Hum.* 2015; 29(4):136-142.
29. Pérez R, López C, Rodríguez A. Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de Irapuato. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2013; 70(4):299-303
30. Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet.* 2016; 388(10063):3027-35
31. Martínez G, Díaz J, Romero A. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes. *Salud En Tabasco. México.* 2017; 23(1).
32. Escobar B, Gordillo L, Martínez H. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un Hospital de segundo nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2017; 55(4):424-8.
33. Cornejo K, García M, Huerta S, Cortes C, Castro G, Hernández R. Factores asociados con el parto prematuro en un Hospital de segundo nivel. *Rev Esp Méd Quir. México,* 2014; 19:308-315.
34. Ovalle A, Kakarieka E, Rencoret G, Fuentes A, Del Río M, Morong C, et al. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un Hospital público de Santiago. *Rev Med Chile* 2012; 140: 19-29.

35. García F, Pardo F, Zuniga C. Factores asociados al parto prematuro en el Departamento De Lempira, Honduras. *Rev Med Hondur*; 2012. V.80, No. 4.
36. Guadalupe S. Factores de riesgo asociado a parto pre término en gestantes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora. [Tesis para optar título de Médico Cirujano] Universidad Ricardo Palma. Lima Perú. 2015.
37. Rodríguez D, Morales V, Escudero R, Arévalo D, Cabrera A. Factores De Riesgo Maternos Asociados A Parto Pretérmino: Un Estudio Multicéntrico. Trujillo Metropolitano. *UCV-Scientia*, 2014; 6(2).
38. Ornetá G. Factores de riesgo asociado al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del hospital tingo maría, enero a diciembre del 2016. [Tesis Pregrado]. Universidad de Huánuco, 2016.
39. Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet*. 2016; 388(10063):3027-35.
40. Goldenberg R, Andrews W, Faye O, Cliver S, Goepfert A, Hauth J. The Alabama Preterm Birth Project: placental histology in recurrent spontaneous and indicated preterm birth. *Am J Obstet Gynecol*. 2006; 195: 792-6.
41. Mcparland P, Jones G, Taylor D. Preterm labour and prematurity: *Current Obstetrics & Gynaecology*. 2004; 14: 309-19.
42. Sebire N, Goldin R, Regan L. Histological chorioamnionitis in relation to clinical presentation at 14-40 weeks of gestation. *J Obstet Gynaecol*. 2001; 21: 242-5.
43. Park C, Moon K, Park J, Jun J, Romero R, Yoon B. The Involvement of Human Amnion in Histologic Chorioamnionitis is an Indicator that a Fetal and an Intra-Amniotic Inflammatory Response is More Likely and Severe: Clinical Implications Placenta. 2009; 33:56-65.

44. Arias F, Victoria A, Cho K, Kraus F. Placental histology and clinical characteristics of patients with preterm premature rupture of membranes. *Obstet Gynecol.* 1997; 89: 265-71.
45. Kovo M, Schreiber L, Ben A, Wand S, Golan A, Bar J. Placental vascular lesion differences in pregnancy-induced hypertension and normotensive fetal growth restriction. *Am J Obstet Gynecol.* 2010; 202: 561.e1-5.
46. Redline R. *Placental Pathology: A Systematic Approach with Clinical Correlations.* Placenta 29, Supplement A, Trophoblast Research. 2008. Vol. 22.
47. Mcparland P, Jones G, Taylor D. Preterm labour and prematurity. *Current Obstetrics & Gynaecology.* 2004; 14: 309-19.
48. Pinto S, Dodd S, Walkinshaw S, Siney C, Kakkar P, Mousa H. Substance abuse during pregnancy: effect on pregnancy outcomes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010; 150: 137-41.
49. Cavallasca J, Laborde H, Ruda H, Nasswetter G. Maternal and fetal outcomes of 72 pregnancies in Argentine patients with systemic lupus erythematosus (SLE). *Clin Rheumatol.* 2008; 27: 41-6.
50. Goldenberg R, Culhane J, Lams J, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet.* 2008; 371: 75-84.
51. Al Adnani M, Sebire N. The role of perinatal pathological examination in subclinical infection in obstetrics. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2007; 21: 505-21.
52. Offenbacher S, Boggess K, Murtha A, Jared H, Lieff S, Mckaig R, et al. Progressive periodontal disease and risk of very preterm delivery. *Obstet Gynecol.* 2006; 107: 29-36.
53. Ovalle A, Martínez M, Kakarieka M, Gómez R, Torres J, Fuentes A, et al. Histopatología de la placenta en la rotura prematura de membranas de pretérmino: Relación con la microbiología aislada y con los resultados maternoneonatales. *Rev Med. Chile.* 1998; 126: 930-42.

54. Hecht J, Allred E, Kliman H, Zambrano E, Doss B, Husain A, et al. Elgan Study Investigators: Histological characteristics of singleton placentas delivered before the 28th week of gestation. *Pathology*. 2008; 40: 372-6.
55. Madan I, Romero R, Kusanovic J, Mittal P, Chaiworapongsa T, Dong Z, et al. The frequency and clinical significance of intra-amniotic infection and/or inflammation in women with placenta previa and vaginal bleeding: an unexpected observation. *J Perinat Med*. 2010; 38: 275-9.
56. Terzidou D. Preterm Labour: Current opinion in *Obstetrics and Gynecology* 2007; 14: 105-113.
57. Pérez J, Panduro G, Quezada C. Factores maternos asociados con nacimiento pretérmino espontáneo versus pretérmino nacido por cesárea. *Ginecol Obstet Mex*. 2011; 79 (10): 607-12.
58. Andreu A, Planells I. Grupo Cooperativo Español para el Estudio de la Sensibilidad Antimicrobiana de los Patógenos Urinarios: "Etiología de la infección urinaria baja y resistencia de *Escherichia coli* a los antimicrobianos de primera línea. Estudio nacional multicéntrico". *Med Clin (Barc)* 2008; 130(13): 481-486.
59. Sibai B, Caritis S, Hauth J. Diagnosis, controversies and management of the síndrome of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count. *Obstet Gynecol*. 2004; 103 (5 Pt 1):981-91.
60. Arias F. El proyecto de investigación. 6 ed. Venezuela. Editorial episteme. 2012.
61. Supo J. Como empezar una tesis tu proyecto de investigación en un solo día. *Bioestadística Eirl*. 4ta Perú 2015.
62. Hernández S. Metodología de la Investigación; Ed. Mc Graw Hill Interamericana, 3ªed. México. 2003; 278- 284.
63. Offenbacher S, Lief S, Boggess K, Murtha A, Madianos P, Champagne C, et al. Periodontitis materna y prematuridad. Parte I: Resultado obstétrico de la prematuridad y restricción del crecimiento. *Ann Periodontol*. 2001; 6 (1): 164–174

64. Romero R, Mazor M, Muñoz H, Gómez R, Galasso M, Sherer D. El síndrome del parto prematuro. *Ann NY Acad Sci.* 1994; 734: 414–429.
65. Abati S, Villa A, Cetin I, Dessole S, Luglie PF, Strohmenger L, et al. Falta de asociación entre el estado periodontal materno y los resultados adversos del embarazo: un estudio epidemiológico multicéntrico. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2013; 26 (4): 369–372.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

ANEXO 01

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HPOTESIS	VARIABLES	INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN
<p>Problema General</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo asociado a nacimientos prematuros en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco 2018?</p> <p>Problemas Específicos</p> <p>Pe 01</p> <p>¿Cuáles son los factores maternos asociado a los nacimientos prematuros en gestantes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco 2018?</p> <p>Pe 02</p> <p>¿Cuáles son los factores fetales asociado a los nacimientos prematuros en gestantes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco 2018?</p> <p>Pe 03</p> <p>¿Cuáles son los factores ovulares asociado a los nacimientos prematuros en gestantes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco 2018?</p> <p>Pe 04</p> <p>¿Cuáles son los factores patológicos asociado a los nacimientos prematuros en gestantes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco 2018?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar los factores de riesgo asociado a nacimientos prematuros en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco 2018.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Oe 01</p> <p>Identificar los factores maternos asociado a los nacimientos prematuros en gestantes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco 2018.</p> <p>Oe 02</p> <p>Identificar los factores fetales asociado a los nacimientos prematuros en gestantes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco 2018.</p> <p>Oe 03</p> <p>Identificar los factores ovulares asociado a los nacimientos prematuros en gestantes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco 2018.</p> <p>Oe 04</p> <p>Identificar los factores patológicos asociado a los nacimientos prematuros en gestantes del servicio de gineco - obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco 2018.</p>	<p>Hipótesis Alterna</p> <p>Existen factores de riesgo asociado a nacimientos prematuros en gestantes atendidos en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco 2018.</p> <p>Hipótesis Nula</p> <p>No existen factores de riesgo asociado a nacimientos prematuros en gestantes atendidos en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco 2018.</p> <p>Hipótesis Específicas</p> <p>He 01</p> <p>Los factores maternos asociados a los nacimientos prematuros en gestantes es infección del tracto urinario y patologías vaginales.</p> <p>He 02</p> <p>Los factores fetales asociados a los nacimientos prematuros en gestantes son las anomalías fetales.</p> <p>He 03</p> <p>Los factores ovulares asociados a los nacimientos prematuros en gestantes es desprendimiento prematuro de membranas.</p> <p>He 04</p> <p>Los factores patológicos asociados a los nacimientos prematuros en gestantes son la diabetes y la hipertensión arterial.</p>	<p>V. de Estudio</p> <p>Nacimientos prematuros.</p> <p>V. de Asociación</p> <p>Factores de riesgo.</p>	<p>Ficha de recolección de datos.</p> <p>Ficha de recolección de datos.</p>



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
ESCUELA DE POST GRADO
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

Edad: _____

Distrito de Procedencia: _____

Estado civil: Casada () Conviviente () Soltera () otro ()

Grado de instrucción: Analfabeta () Primaria () Secundaria () Superior ()

Ocupación: _____

II. NACIMIENTO PREMATURO

Sí Sem:

No

III. FACTORES MATERNOS

ITU Sí No

Preeclampsia Sí No

Diabetes Mellitus Sí No

Consumo De Drogas Sí No

Enfermedad periodontal Sí No

Enfermedades virales Sí No

IV. FACTORES FETALES

Anomalías congénitas Sí No

V. FACTORES OVULARES

Desprendimiento prematuro de membranas Sí No

Placenta previa Sí No

Patologías del cordón umbilical Sí No



Dirección Regional de Salud Huánuco
Hospital Regional Hermilio Valdizán Hco.

"Año del diálogo y la Reconciliación Nacional"
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

Huánuco, 23 de Agosto del 2018.

CARTA N° 154 -2018-GRH-DRS-HRHVMH-HCO-DE-UADI.



Señora:

OBSTA. ORTEGA BUITRON, Giovana
Alumna de Post Grado de la Universidad de Huánuco

Presente.-

ASUNTO : **AUTORIZACIÓN** para realizar proyecto de **INVESTIGACIÓN**.

REFERENCIA : Solicitud S/N de fecha 17 de Agosto de 2018.
PROVEÍDO N° 063-2018-HRHVM-UEéI-JE


Es grato dirigirme a Usted, para saludarle cordialmente y en respuesta al documento de la Referencia, en la cual solicita Autorización para realizar su Proyecto de Investigación, y contando con la opinión favorable de la Jefatura de la Unidad de Estadística e Informática, esta Dirección **AUTORIZA** la realización de su Proyecto de **INVESTIGACIÓN**, titulado "**FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A NACIMIENTOS PREMATUROS EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN HUÁNUCO 2018**", para cuyo efecto debe de coordinar con la Jefatura de la Unidad de Estadística e Informática, a fin de que le brinde las facilidades del caso.

Sin embargo es pertinente recomendar que del proceso de la investigación desarrollada, la información obtenida y los resultados alcanzados, deban ser de carácter **RESERVADO Y CONFIDENCIAL**, debiendo ser utilizado solo con fines estrictamente académicas, a responsabilidad única de la investigadora. Por otro lado se le recuerda que debe alcanzar una copia del trabajo desarrollado a la Unidad de Apoyo a la Docencia.

Se remite la presente para su conocimiento y fines pertinentes

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano


Mg. HERIBERTO HIDALGO CARRASCO
CMP. 19596 - RNE 12327
DIRECTOR EJECUTIVO

HTHC/SDCA/sdca.
C.c. UéI.
Archivo

www.hospitalvaldizanhco.gob.pe

Calle San Juan Bosco N° 220
Jancao-La Esperanza
Huánuco.
T(06251) 2400

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del experto: OLTEGA BUITRAN MARCOLO ROSSANA
 Institución donde labora: UNIVERSIDAD DE HUANO
 Instrumento motivo de evaluación: APROBACION FICHP DE OBSERVACION
 Autor del Instrumento: OST. GIOVANNA OLTEGA BUITRAN
 Aspecto de validación: VALIDACION DE CONTENIDO

CRITERIOS		DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA				TP
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguajes apropiado																		X			
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables																			X		
3. ACTUALIZACIÓN	Esta adecuado al avance de la ciencia y tecnología																		/	X		
4. ORGANIZACIÓN	Está organizado en forma lógica																		X			
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos																			X		
6. INTENCIONALIDAD	Es adecuado para valorar la inteligencia emocional																			X		
7. CONSISTENCIA	Está basado en aspectos teóricos científicos																			X		
8. COHERENCIA	Entre las variables indicadores y los ítems																		X			
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación.																			X		
10. PERTINENCIA	El inventario es aplicable																			X		
TOTAL																						


Opinión de Aplicabilidad:

FAVORABLE PARA SU APLICACION

Promedio de Valoración: 93.5

Fecha: 09/07/2018

Grado académico	<u>MAESTRO</u>
Mención	<u>ODONTOESTOMATOLOGIA</u>
DNI	<u>43107651</u>



 Dra. Mariela Rossana Cuzco Buitran
 Cuzco Dentista
 COP 23007

Firma del Experto

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del experto: BASILIO BERNARDO YULITH
 Institución donde labora: UNHEGUAL
 Instrumento motivo de evaluación: APROBACIÓN FICHA DE OBSERVACIÓN
 Autor del Instrumento: OBST. GIOVANNA ORTEGA BUITRON
 Aspecto de validación: VALIDACIÓN DE CONTENIDO

CRITERIOS		DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA				TP
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguajes apropiado																		X			
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables																			X		
3. ACTUALIZACIÓN	Esta adecuado al avance de la ciencia y tecnología																			X		
4. ORGANIZACIÓN	Está organizado en forma lógica																		X			
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos																		X			
6. INTENCIONALIDAD	Es adecuado para valorar la inteligencia emocional																		X			
7. CONSISTENCIA	Está basado en aspectos teóricos científicos																			X		
8. COHERENCIA	Entre las variables indicadores y los ítems																			X		
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.																			X		
10. PERTINENCIA	El inventario es aplicable																			X		
TOTAL																						


Opinión de Aplicabilidad:

Favorable Para Su Aplicación

Promedio de Valoración: 93

Fecha: 08/07/2018

Grado académico	<u>Magister</u>
Mención	<u>Odontoesomatología</u>
DNI	<u>41337112</u>


 Dra. YULITH BASILIO BERNARDO
 CIRUJANA DENTISTA
 C. O. P. 22050
Firma del Experto

**RECOLECCIÓN DE DATOS DE LAS HISTORIAS CLINICAS DEL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILO VALDIZAN**





