

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO
VALDIZÁN FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
CARRERA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



RELACION ENTRE LA ANEMIA, ADOLESCENCIA E INFECCION DEL TRACTO URINARIO CON EL PARTO PRETERMINO EN PACIENTES PUERPERAS DEL HOSPITAL CARLOS SHOWING FERRARI-HUÁNUCO, 2019.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

CIENCIAS DE LA SALUD

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

TESISTAS:

SANTIAGO BERRIOS, EDWIN

RAYMUNDO GOMEZ, JOSE LUIS

ASESOR:

DRA. VIOLETA ALVA DIAZ

HUÁNUCO – PERÚ

2023

DEDICATORIA

A Dios y a nuestros padres por su apoyo incondicional y su incansable esfuerzo para forjarnos un mejor futuro.

AGRADECIMIENTO

A nuestra familia y a nuestros docentes que gracias a sus enseñanzas hizo posible la realización de este trabajo.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre la anemia, adolescencia e infección Del tracto urinario con el parto pretérmino en pacientes Puérperas del Hospital Carlos Showing Ferrari-Huánuco, 2019. **Métodos:** Estudio Observacional, analítico de tipo caso-control, retrospectivo y transversal. La población lo conformaron 1319 pacientespuérperas atendidas en el Servicio de gineco-obstetricia del Hospital Carlos ShowingFerrari - Huánuco en el año 2019, de las cuales se tomó una muestra de 198 pacientespuérperas para conformar dos grupos: un grupo de casos (conformado por 99puérperas con parto pretérmino) y un grupo control (conformado por 99 puérperas conparto a término). Se utilizó como instrumento una ficha de recolección de datos la cual fue validado por juicio de expertos. Para el análisis de datos se usó el programa stata 14.0 y en el análisis bivariado se utilizó la prueba estadística Chi Cuadrado. **Resultados.** Dentro de las características socio – demográficas se encontró que la mayoría de las pacientes tenían un grado de Instrucción primaria (43.43%) y Ocupación ama de casa (62.63%), en el análisis bivariado se encontró que la anemia con un OR 1.926 (1.094 – 3.393) p: 0.0326; la adolescencia OR 1.971 (1.107 – 3.508)p: 0.0298 y la infección del tracto urinario OR 2.004 (1.138 – 3.529) p: 0.0228 tuvieron una relación significativa con el parto pretérmino. **Conclusiones.** Se concluye que la anemia es un factor de riesgo relacionado significativamente al desarrollo de parto pretérmino en pacientes puérperas atendidas en el Hospital Carlos Showing Ferrari-Huánuco, 2019. Así mismo se encontró relación significativa entre la adolescencia y el desarrollo de parto pretérmino. Del mismo modo se encontró que la Infección del Tracto Urinario materno aumenta el riesgo de parto prematuro en 2.004 veces. **Palabras claves:** Parto pretérmino, anemia, adolescencia e infección del tracto urinario

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between anemia, adolescence and urinary tract infection with preterm birth in Postpartum patients at Hospital Carlos Showing Ferrari-Huánuco, 2019. **Methods:** Observational, analytical, case-control, retrospective and cross-sectional study. The population was made up of 1,319 puerperal patients treated in the gynecological-obstetric service of the Carlos ShowingFerrari Hospital - Huánuco in 2019, from which a sample of 198 puerperal patients was taken to form two groups: a group of cases (made up of 99 puerperal women with preterm birth) and a control group (made up of 99 puerperal women with term birth). A data collection sheet was used as an instrument, which was validated by expert judgment. For the data analysis, the stata 14.0 program was used and the Chi Square statistical test was used for the bivariate analysis. **Results.** Within the socio-demographic characteristics, it was found that most of the patients had a degree of Primary Education (43.43%) and Housewife Occupation (62.63%), in the bivariate analysis it was found that anemia with an OR 1,926 (1,094 - 3.393) p: 0.0326; adolescence OR 1.971 (1.107 - 3.508) p: 0.0298 and urinary tract infection OR 2.004 (1.138 - 3.529) p: 0.0228 had a relationship association with preterm birth. **Conclusions.** It is concluded that anemia is a risk factor significantly related with the development of preterm birth in pregnant women attended at the Hospital Carlos Showing Ferrari-Huánuco, 2019. Likewise, a significant relationship was found between adolescence and the development of preterm birth. Similarly, it was found that maternal urinary tract infection increases the risk of preterm birth by 2,004 times.

Keywords: Preterm labor, anemia, adolescence and urinary tract infection.

INDICE

	pg.
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INDICE	VI
<i>INTRODUCCIÓN</i>	8
I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
1.1. FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	9
1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION GENERAL Y ESPECIFICOS	10
1.3. FORMULACION DE OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS.....	10
1.4. JUSTIFICACIÓN	10
1.5. LIMITACIONES	11
1.6. FORMULACION DE HIPOTESIS GENERAL Y ESPECÍFICAS	11
1.7. VARIABLES.....	12
1.8 DEFINICION TEORICA Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	12
II. MARCO TEÓRICO	10
2.1 ANTECEDENTES	15
2.1.1. Antecedentes Internacional.....	15
2.1.2. Antecedentes Nacional.	16
2.1.3. Antecedentes Regional	16
2.2. Bases teóricas.	17
2.2.1 Parto Pretérmino... ..	17
III. METODOLOGIA	30
3.1 AMBITO	30
3.2 POBLACION.....	30
3.3. MUESTRA.....	31
3.4 NIVEL Y TIPO DE ESTUDIO.....	31
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	31
3.6 METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS	31
3.7 VALIDACION Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.....	31

3.8 PROCEDIMIENTO	32
3.9 CONSIDERACIONES ETICAS	32
IV. RESULTADOS	33
V.DISCUSION.....	36
VI. CONCLUSIONES	37
VII. RECOMENDACIONES.....	38
VIII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	39
IX. ANEXOS.....	45

INTRODUCCION

El parto pretérmino constituye actualmente un problema fundamental en la salud materno neonatal. La organización mundial de la salud define como parto pretérmino aquel que se produce antes de las 37 semanas de gestación (1). Los nacimientos prematuros tienen un mayor riesgo de mortalidad y desarrollar complicaciones, como déficit sensorial, discapacidades de aprendizaje y enfermedades respiratorias (2). Así mismo una de las primeras complicaciones maternas derivadas de un parto prematuro es el traumatismo psicológico que consiste en ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático (3). La prematuridad representa un grave problema de salud pública por la gran morbilidad y mortalidad que genera.

Los casos de partos pretérminos en el mundo muestran una incidencia significativa. A nivel global se estima que la tasa de nacimientos prematuros es alrededor del 11,1 % (4). La incidencia varía entre el 5% en algunos países de Europa y el 18% en algunos países de África (5). En Latinoamérica, para el año 2010, la tasa de prematuridad alcanzó el 8,4% del total de partos, lo que equivalió a 853 000 partos pretérminos (2). En el mundo la tasa de prematuridad no ha mostrado una disminución significativa.

En el Perú la prevalencia de nacimientos prematuros se mantiene constante. De acuerdo al Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) la tasa de partos pretérminos en el Perú permanece entre el 8 y 10 % en los últimos 8 años (2010 – 2018) (5). En el 2019, según el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), los departamentos de Piura, La Libertad, Lambayeque, Junín, Arequipa y Pasco presentaron una tasa de prematuridad de 6 a 8 % (6). En la región Huánuco, durante el periodo 2015, se registró 13830 nacidos vivos y una incidencia del 4,8 % de partos prematuros (7). La tasa de partos pretérminos en el Perú mantiene valores importantes en los últimos años.

En la actualidad se ha encontrado diversos factores de riesgos asociados al parto pretérmino. Uno de los factores de riesgo fuertemente correlacionado con el parto pretérmino es un parto pretérmino previo (8). La longitud funcional del cuello uterino corto, identificado por ecografía transvaginal, también se ha asociado con mayor riesgo de parto pretérmino (9). Otros factores de riesgo fuertemente asociados son ruptura prematura de membranas, aborto tardío, preeclampsia, embarazo gemelar y edad materna mayor (4). Los distintos factores de riesgo relacionados al parto pretérmino indican un origen multifactorial.

En cuanto a soluciones, existen distintas medidas realizadas con el fin de disminuir la incidencia de parto pretérmino. Actualmente, de acuerdo a diversos estudios, se conoce que un buen tamizaje y una intervención oportuna permiten prevenir hasta un 44% de

los partos pretérminos (5). Dentro de las intervenciones, el uso del cerclaje en el cuello uterino menor a 25 mm, antes de las 24 semanas, reduce significativamente entre el 30 % y 44% de los partos prematuros (4). Las estrategias destinadas a disminuir la prematuridad son acciones importantes para reducir la tasa de partos pretérminos.

Actualmente, a pesar de conocerse los múltiples factores asociados, aún se desconoce la causa exacta de los partos pretérminos. La asociación causal entre la mayor parte de esos factores y los nacimientos pretérmino ha sido difícil de probar (10). En la región de Huánuco, no hay suficientes estudios que ayude a establecer asociación entre los distintos factores de riesgo conocidos con el parto pretérmino. El objetivo de este estudio es determinar la asociación entre la anemia, adolescencia, e infección del tracto urinario con el parto pretérmino en pacientes puérperas del Hospital Carlos Showing Ferrari – Huánuco, en el año 2019.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

El parto pretérmino representa un problema obstétrico y de salud pública. Contribuye hasta en un 70% a la mortalidad perinatal mundial, con alta morbilidad neonatal tanto inmediata como a largo plazo, manifestada esta última por secuelas (sobre todo neurológicas) que generan un gran costo para las instituciones, la sociedad, los gobiernos y sobre todo para las familias. (11)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el parto pretérmino es aquel que se presenta antes de la semana 37 de gestación (12). Clásicamente, el parto pretérmino se refiere al producido entre las 20 y 37 semanas de gestación; sin embargo, este rango ha sido cuestionado en los últimos años. (13)

De acuerdo con la OMS, OPS y CLAP, se define el aborto como la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas y, por otro lado, la Fundación de Medicina Fetal de Londres ha propuesto considerar el parto pretérmino desde las 22 hasta las 34 semanas y no a las 36.6 (13). Los prematuros presentan mayor riesgo de muerte durante los primeros 5 años de vida y según estadísticas mundiales estas cifras crecen cada día. (14)

Si en países subdesarrollados el 12 % nacen antes del tiempo previsto y en los países desarrollados solo el 9 % nacen antes de las 37 semanas, entonces podríamos pensar que nuestro país, por ser un país en vías de desarrollo, está dentro de estos datos estadísticos. (14)

El trabajo de parto prematuro no solo inflige angustia financiera y emocional a la familia, sino que también puede conducir a una discapacidad permanente (daños físicos o neuronales) en los recién nacidos. (15)

Aproximadamente un tercio de los sobrevivientes presentan discapacidades neurológicas graves a largo plazo, como parálisis cerebral o retraso mental. Además, los recién nacidos prematuros conllevan un mayor riesgo de una variedad de discapacidades del desarrollo neurológico, incluidos problemas de conducta, dificultades de aprendizaje escolar, enfermedad pulmonar crónica, retinopatía del prematuro, discapacidad auditiva y menor logro de crecimiento. (15)

Es considerado un problema obstétrico dada su prevalencia: 1 de cada 10 nacidos vivos a nivel mundial según la OMS y en Colombia 7-12% con tasas de morbilidad del 80%. (12) Según la OMS, en el 2005 se registraron 12,9 millones de partos prematuros, lo que representa el 9,6 % de todos los nacimientos a nivel mundial y en el 2016 se informa que cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a

término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. India, China y Nigeria ocupan los tres primeros lugares dentro de los 10 países con mayor número de nacimientos prematuros. Más del 60 % de los nacimientos prematuros se presentan en África y Asia meridional, significando un problema mundial. (16)

Se estima que en el año 2010 el 11,1% de los partos a nivel mundial fueron pretérmino, lo que se tradujo en 14,9 millones (intervalo de confianza al 95% [IC 95%]: 12,3 - 18,1 millones), la mayoría de ellos -12,5 millones- ocurrió después de las 32 semanas (17). La incidencia en América Latina es del 9 %, en E.E.U.U. de 7,4 % en Japón 4 % y Bangladesh 50 %. (16)

El aumento de su tasa de 10 % a 20 % en los últimos años, incluso en países desarrollados, se explica por el aumento en el uso de la fertilización *in vitro*, de la edad materna, la primiparidad y el parto electivo antes de término. (16)

En Latinoamérica, para el año 2010, la tasa de PPT llegó al 8,4% del total de partos, lo que equivalió a 853 000 (IC 95%: 696 000 – 1 164 000) partos pretérminos. En el Perú, para julio del 2017, el 25,43% de las defunciones neonatales fueron por causas relacionadas al PPT. (17)

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la relación entre la anemia, adolescencia e infección del tracto urinario con el parto pretérmino en pacientes puérperas del Hospital Carlos Showing Ferrari-Huánuco, 2019?

1.2.1. Problemas Específicos

1. ¿Cuál es la relación entre la anemia y el parto pretérmino en pacientes puérperas del Hospital Carlos Showing Ferrari-Huánuco, 2019?
2. ¿Cuál es la relación entre la adolescencia y el parto pretérmino en pacientes puérperas del Hospital Carlos Showing Ferrari-Huánuco, 2019?
3. ¿Cuál es la relación entre la infección del tracto urinario y el parto pretérmino en pacientes puérperas del Hospital Carlos Showing Ferrari-Huánuco, 2019?

1.3 FORMULACION DE OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

Determinar la relación entre la anemia, adolescencia e infección del tracto urinario con el parto pretérmino en pacientes puérperas del Hospital Carlos Showing Ferrari- Huánuco, 2019.

1.3.2. Objetivos Específicos

1. Determinar la relación entre la anemia y el parto pretérmino en pacientes puérperas del hospital Carlos Showing Ferrari- Huánuco, 2019.
2. Determinar la relación entre la adolescencia y el parto pretérmino en pacientes puérperas del hospital Carlos Showing Ferrari- Huánuco, 2019.
3. Determinar la relación entre la infección del tracto urinario y el parto pretérmino en pacientes puérperas del hospital Carlos Showing Ferrari- Huánuco, 2019.

1.4 JUSTIFICACION

1.4.1. TEORICO

Este estudio se justifica debido a que genera aportes, contribuciones y aclaraciones sobre la relación que existe entre la anemia, la adolescencia e infección del trato urinario con el parto pretérmino, así mismo se podrá utilizar para futuras investigaciones como antecedentes a realizarse. También nos brinda mayor conocimiento en la actualidad de este problema que es de importancia para la comunidad científica.

1.4.2. PRÁCTICO

Desde la vista práctico esta investigación pretende promover y acrecentar el nivel de información y conocimiento que tiene los profesionales de salud de hoy, acerca de esta problemática, y poder ayudar a establecer estrategias de salud, políticas regionales, gubernamentales para contribuir en su solución.

1.4.3. SOCIAL

Contribuye a disminuir los riesgos de partos pretérminos al identificar su asociación con factores de riesgo como la anemia, adolescencia e infección del tracto urinario y así prevenir la morbilidad neonatal.

1.4.4. METODOLOGICO

Este estudio se justifica metodológicamente debido a que se investigara utilizando instrumentos de medición confiable y validados, con lo cual se analizara el problema en estudio. De igual manera servirán de apoyo y consulta para otros estudios.

1.5 LIMITACIONES

Se presentó una demora en la autorización para el acceso de las historias clínicas de las pacientes en el hospital donde se realizó el estudio. Así mismo la investigación estuvo limitada por haber tenido como base una única institución. En cuanto al instrumento utilizado no evaluó la intensidad de algunas variables de estudio.

1.6 FORMULACION DE HIPOTESIS GENERAL Y ESPECÍFICAS

1.6.1 Hipótesis General

Ha: La anemia, adolescencia e infección del tracto urinario están relacionados significativamente con el parto pretérmino en pacientes puérperas del Hospital Carlos Showing Ferrari-Huánuco, 2019.

Ho: La anemia, adolescencia e infección del tracto urinario no están relacionados significativamente con el parto pretérmino en pacientes puérperas del Hospital Carlos Showing Ferrari- Huánuco, 2019.

1.6.2 Hipótesis Específicas

Ha1: La anemia está relacionado significativamente con el parto pretérmino en pacientes puérperas del Hospital Carlos Showing Ferrari- Huánuco, 2019.

Ho1: La anemia no está relacionado significativamente con el parto pretérmino en pacientes puérperas del Hospital Carlos Showing Ferrari- Huánuco, 2019.

Ha2: La adolescencia está relacionado significativamente con el parto pretérmino en pacientes puérperas del Hospital Carlos Showing Ferrari- Huánuco, 2019.

Ho2: La adolescencia no está relacionado significativamente con el parto pretérmino en pacientes puérperas del Hospital Carlos Showing Ferrari- Huánuco, 2019.

Ha3: La infección del tracto urinario está relacionado significativamente con el parto pretérmino en pacientes puérperas del Hospital Carlos Showing Ferrari- Huánuco, 2019.

Ho3: La infección del tracto urinario no está relacionado significativamente con el parto pretérmino en pacientes puérperas del Hospital Carlos Showing Ferrari- Huánuco, 2019.

1.7 VARIABLES

Variable Dependiente

- Parto Pretérmino

Variable Independiente

- Anemia
- Adolescencia
- Infección del tracto Urinario

Variable Interviniente

- Atenciones Prenatales
- Preeclampsia
- Ruptura Prematura de Membrana

1.8 DEFINICION TEORICA Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

- **Parto pretérmino:** Parto ocurrido antes de 37 semanas de gestación, en oposición a la mayoría de los embarazos que duran más de 37 semanas, contadas desde el primer día de la última menstruación (16).
- **Factor de riesgo:** Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud (30).
- **Edad gestacional:** Es el tiempo transcurrido desde la última menstruación y se expresa en semanas (31).
- **Anemia:** se define como una disminución en el número de glóbulos rojos (o hematíes) en la sangre o en los niveles de hemoglobina respecto a los valores normales (34).
- **Adolescencia:** es el periodo comprendido entre 10 y 19 años, es una etapa compleja de la vida, marca la transición de la infancia al estado adulto, con ella se producen cambios físicos, psicológicos, biológicos, intelectuales y sociales. (35)
- **Infección del tracto urinario:** se definen como la colonización y la multiplicación de un microorganismo, habitualmente bacterias, en el aparato urinario (37).

Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIAS	INDICADOR	INDICE	INSTRUMENTO	FUENTE	ITEM/PREGUNTAS
VARIABLE DEPENDIENTE											
PARTO PRETERMINO	Parto que se produce antes de las 37 semanas de gestación	Analítica	Se definirá según lo expresado en la historia clínica basado en la edad gestacional por F.U.R.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	SI NO	Edad gestacional: < 37 semanas		Ficha De Recolección De Datos	Historia Clínica	1. Fecha de parto: __/__/__ 2. Edad Gestacional: _____ 3. Tipo de Parto:
VARIABLE INDEPENDIENTE											
ANEMIA	Disminución en los niveles de hemoglobina durante la gestación	Clínica	Se definirá según lo expresado en la historia clínica basado en los valores de hemoglobina presente en sangre de la gestante en su tercer trimestre de gestación.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	SI NO	Hemoglobina : < 11 g/ml		Ficha De Recolección De Datos	Historia Clínica	2. Nivel de hemoglobina en el embarazo: _____ 3. Fecha: __/__/__ 4. EG: _____
ADOLESCENCIA	periodo de desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta	Clínica	Se definirá según lo expresado en la historia clínica basado en tiempo transcurrido desde el nacimiento de la gestante hasta el momento del estudio.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	SI NO	Edad < 20 años		Ficha De Recolección De Datos	Historia Clínica	1. Fecha de nacimiento: __/__/__ 2. Edad: _____

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO	proceso infeccioso que resulta de la invasión y el desarrollo de bacterias en el tracto urinario que puede traer consigo complicaciones maternas y fetales	Clínica	Se definirá según lo expresado en la historia clínica basado en la cuantificación de leucocitos en orina y en presencia de síntomas en el periodo de gestación actual.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	SI NO	Leucocitos: > 5 por campo		Ficha De Recolección De Datos	Historia Clínica	1. Leucocito en orina _____
VARIABLES INTERVINIENTES											
ATENCIÓNES PRENATALES	Es una serie de visitas programadas de la embarazada con el personal de salud, donde se brindan cuidados óptimos, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo.	Analítica	Se definirá como gestante CONTROLADA aquella que tenga más de 6 controles y como MAL CONTROLADA aquella que tenga menor de 6.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Controlada Mal Controlada	Número De Controles: < 6 ó ≥6		Ficha De Recolección De Datos	Historia Clínica	1. Números De Controles: _____
PREECLAMPSIA	Estado patológico de la mujer en el embarazo que se caracteriza por hipertensión arterial.	CLÍNICA	Se definirá según lo expresado en la historia clínica basado en la Presión arterial durante la gestación.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	SI NO	PA: ≥140/90		Ficha De Recolección De Datos	Historia Clínica	Preeclampsia: SI () NO ()
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	Se define como la ruptura de membranas que ocurre espontáneamente antes del inicio del trabajo de parto.	Clínica	Se definirá según lo expresado en la historia clínica: SI: historia positiva de RPM. NO: sin historia de RPM.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	SI NO	Perdida De Líquido Amniótico		Ficha De Recolección De Datos	Historia Clínica	1. RPM: SI () NO ()

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 Nivel Internacional

Quezada Carpio Gabriela Estefanía, González Santillán Leticia Coralia, Fariño Villacrés Ángela Dayanara y Bedoya Acosta July María (Ecuador, 2019). A través de la investigación sobre: *Características Epidemiológicas Y Factores De Riesgo Relacionados Con El Parto Pretérmino*. (18) A través de un estudio observacional, transversal, retrospectivo y analítico evaluó todos los trabajos de parto pretérmino durante el mes de enero a diciembre del 2015, en el hospital gineco-obstetra Enrique Sotomayor de Guayaquil, Ecuador. El estudio concluyó en que las relaciones sexuales durante la semana anterior al parto pretérmino, multiparidad, periodo intergenésico corto, preeclampsia, anomalía fetal, ruptura de membranas, hipertensión y fuga de líquido amniótico, fueron factores de riesgo para el parto prematuro.

Mónica Cristina Luna, Ángela M Cubides Munevar, Carlos Felipe Ruiz Melo, Sandra Viviana Alonso, Elisa María Pinzón, Leonel Gullozo (Colombia, 2019). En la investigación titulada: *Asociación entre bajo peso al nacer y parto pretérmino en gestantes con signos de enfermedad periodontal atendidas en una institución del nivel primario de salud del valle del cauca-Colombia* (19). Se realizó un estudio de casos y controles en gestantes que asistieron al programa de control prenatal en un Hospital Público del Departamento del Valle del Cauca, Colombia, durante el periodo 2013-2015. El estudio concluyó en que la prevalencia encontrada de enfermedad periodontal evidencia mayor ocurrencia de estos signos en los casos, es decir, gestantes que tuvieron RN con PPT y BPN que en las madres cuyos RN presentaron parto atérmino y peso mayor a 2.500 gramos.

María Mora-Vallejo, Dena Peñaloza, Carlos Pullupaxi, Jorge Díaz-Rodríguez (Ecuador, 2019). A través de la investigación sobre: *Infecciones del tracto urinario como factor de riesgo para parto prematuro en adolescentes embarazadas* (20). La investigación realizada es de tipo transversal y descriptivo ya que se expresa los factores que inciden en las adolescentes embarazadas entre 15 y 19 años que acuden al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Milagro (IESS). El estudio concluyó en que la mayoría las adolescentes embarazadas han presentado síntomas de los dos tipos de infecciones de vías urinarias asintomáticas y sintomáticas y no han tomado mucha atención a estas, asumiendo que no es un riesgo para su embarazo y luego se han complicado en sus síntomas.

Barrera Sánchez, L.F.; Manrique Abril, F.G. & Ospina Díaz, J.M (Colombia, 2016). Realizaron el estudio titulado: *Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá*. (17) Empleando un estudio de corte transversal, observacional analítico, La muestra obtenida fue de 494 registros de partos atendidos en el Hospital San Rafael de Tunja, durante el año 2010. El estudio concluyó que del total de partos agenciados en 2010, 494 correspondieron a mujeres con edad igual o menor a 20 años. De ellos, 30 se dieron antes de completarse la semana 37 de la gestación; en consecuencia, la proporción de PP en adolescentes gestantes para el año 2010, en el Hospital San Rafael de Tunja, fue de 6.07 % (IC 95 % 3,866-8,280).

2.1.2 Nivel Nacional

Reyes Florian (Trujillo, 2019). En la tesis titulada: *Edad materna, infección urinaria y hemorragia de segunda mitad del embarazo asociado al parto pretérmino del servicio de Gineco – obstetricia del Hospital Belén de Trujillo* (21). Empleando un estudio retrospectivo, Observacional, Analítico, de casos y controles. El estudio concluyó en que la edad materna mayor a 35 años es factor de riesgo para parto pretérmino con un Odds ratio de 6.56, la edad materna menor a 20 años es factor de riesgo para parto pretérmino con un Odds ratio de 5.46, la infección de tracto urinario es factor de riesgo para parto pretérmino con un Odds ratio de 4.26 y la hemorragia de segunda mitad del embarazo es factor de riesgo para parto pretérmino con un Odds ratio de 4.21.

Jiménez Thalia (Lima, 2019). En la tesis titulada: *“Anemia Y Amenaza De Parto Pretérmino En Gestantes Del Hospital Sergio Enrique Bernales En El Periodo 2018-2019*. (22) Se realizó un estudio observacional, retrospectivo analítico de caso y control, no experimental y con una muestra de dos grupos: Grupo casos conformado por 164 puérperas de parto pretérmino y el grupo control conformado por 328 puérperas de parto a término. El estudio concluyó en que la anemia no es un factor de riesgo asociado a amenaza de parto pretérmino, así mismo se concluyó que la presencia de anemia tiene 2,3 veces mayor probabilidad de presentar amenaza de parto pretérmino al estar asociado a infección del tracto urinario y ruptura prematura de membranas.

2.1.3 Nivel Regional

Alba Isabel (Huánuco, 2018). En la tesis titulada: *“Desencadenantes Del Trabajo De Parto Pretérmino, Centro De Salud Carlos Showing Ferrari Huánuco De Junio-noviembre 2015”*. (23) Realizó un estudio nivel descriptivo explicativo, analítico. La población correspondió a 82 gestantes atendidas por amenaza de parto pre término en el servicio de Gineco Obstetricia del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari durante el año 2015. El estudio concluyó en que se ha determinado como principal factor causal asociado a la amenaza de parto pre término las infecciones a nivel de tracto urinario en un 85.2% de la muestra con hallazgo de laboratorio

positivo, así mismo se identificó que la edad de la madre para la ocurrencia de amenaza de parto pre término expresó una casuística en gestantes adolescentes, gestantes en edad promedio, así como en gestaciones añosas.

Sánchez Yesica (Huánuco, 2016). En la tesis titulada: *“Factores De Riesgo Maternos Que Influyen Al Parto Pretérmino En Gestantes Adolescentes En El Hospital Hermilio Valdizan Medrano- Huánuco octubre 2015- marzo Del 2016”*. (24) La investigación que se realizó es de tipo descriptivo, transversal- prospectivo, Se tomaron 60 adolescentes embarazadas de 20a 36 semanas de gestación con factores de riesgo maternos que fueron atendidas en el servicio de materno perinatal en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco. El estudio concluyó en que el grupo de edad donde los factores de riesgo que influyen al Parto Pretérmino el más frecuente es de 16 a 19 años de edad con un 68% de los casos.

2.2 BASES TEORICAS

2.2.1 Parto Pretérmino

2.2.1.1 Definición

El término pretérmino debe aplicarse a recién nacidos cuyo peso esté comprendido entre 1000-2 500 g con edad gestacional inferior a 37 semanas y que el término bajo peso a término debe aplicarse a todo recién nacido con edad gestacional de 37 semanas o más y peso inferior a 2 500 g (25).

El parto pretérmino continúa siendo uno de los problemas clínicos más importantes de la obstetricia moderna, asociado con mortalidad perinatal, morbilidad neonatal severa y con discapacidad infantil de moderada a severa (16).

Es la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatal a nivel mundial, responsable del 70 %de las muertes neonatales y del 50 % de las secuelas neurológicas en los nacidos con menos de 32 semanas de gestación, sin que esto haya cambiado en las últimas décadas (16)

Usando criterios adicionales, los neonatos de bajo peso podrían subdividirse en los grupos siguientes (25):

- Recién nacidos de corto término, pretérmino o inmaduros propios.
- Neonatos con crecimiento retardado- pequeños para la edad gestacional-, mala nutrición fetal, seudoparto pretérmino, dismadurez y distrés fetal crónico.
- Combinación de los grupos anteriores.
- Recién nacidos no clasificados adecuadamente por información incompleta.

2.2.1.2 Epidemiología

Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Aproximadamente un millón de niños prematuros mueren

cada año debido a complicaciones en el parto (26).

Si bien más del 60% de los nacimientos prematuros se producen en África y Asia meridional, se trata de un verdadero problema mundial. En los países de ingresos bajos, una media del 12% de los niños nace antes de tiempo, frente al 9% en los países de ingresos más altos. Dentro de un mismo país, las familias más pobres corren un mayor riesgo de parto prematuro (26).

Según la OMS, en el 2005 se registraron 12,9 millones de partos prematuros, lo que representa el 9,6 % de todos los nacimientos a nivel mundial y en el 2016 se informa que cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. India, China y Nigeria ocupan los tres primeros lugares dentro de los 10 países con mayor número de nacimientos prematuros. Más del 60 % de los nacimientos prematuros se presentan en África y Asia meridional, significando un problema mundial. La incidencia en América Latina es del 9 %, en E.E.U.U. de 7,4 % en Japón 4 % y Bangladesh 50 % (16).

2.2.1.3 Etiología

Actualmente se considera al parto pretérmino (PPT) como un síndrome y no una patología en sí. Por tanto, se postula tenga un origen multifactorial. No existe consenso acerca de las causas que puedan originar un parto pretérmino (27). Cuatro causas directas para los partos pretérmino en Estados Unidos incluyen:

- 1) trabajo de parto espontáneo inexplicado con las membranas intactas
- 2) ruptura prematura de las membranas pretérmino idiopático (PPROM, preterm premature rupture of membranes),
- 3) parto por indicaciones materna o fetal
- 4) gemelos y nacimientos múltiples de alto orden. De todos los nacimientos pretérmino, de 30 a 35% son indicados, de 40 a 45% son debido a trabajo de parto espontáneo, de 30 a 35% sigue a la ruptura de las membranas pretérmino (24).

Algunos autores subdividen al parto pretérmino en 2 grandes grupos (27):

- **Parto pretérmino espontáneo:** responsable de las 2/3 partes de PPT. En este grupo solo 15% de las pacientes tienen antecedente de PPT y 85% son primigestas o han tenido embarazos a término.
- **Parto pretérmino iatrogénico:** aquel que se produce por indicación médica ante la aparición de una complicación del embarazo que impide continuar con la gestación al poner en grave riesgo la vida de la madre, el feto o ambos.

El estudio de las causas de parto pretérmino se restringe al parto pretérmino espontáneo.

La evidencia actual sugiere dos grandes grupos de causas (18):

a) Intrínsecas, que comprenden:

- Activaciones hormonales
- Activaciones neurales.

b) Extrínsecas, entre las que se encuentran:

- Sobredistensión uterina
- Infecciones maternas
- Isquemia uteroplacentaria
- Malformaciones uterinas
- Enfermedades cervicales
- Estrés.

2.2.1.4 Clasificación

De acuerdo a la edad gestacional de nacimiento, se clasifica en (14):

- Prematuros extremos: menos de 28 semanas.
- Muy prematuros: 28 a 31,6 semanas.
- Prematuros moderados: 32 a 33,6 semanas.

2.2.1.5 Factores Predisponentes Y Desencadenantes

Los factores predisponentes son los que pueden explicarnos la aparición del parto pretérmino, y si bien no siempre se observan durante la gestación, son causa de este.

Dentro de estos, habrá un grupo de factores sintomáticos que podrán detectarse en la madre, por alteraciones en su organismo (ejemplo, preeclampsia); sin embargo, otras veces no se observan síntomas, por tanto, existen factores asintomáticos (ejemplo, el bajo nivel social).

Los factores desencadenantes son los que constantemente provocan el parto pretérmino. La suma de los factores desencadenantes y predisponentes sintomáticos no llega al 40 % de todos los partos pretérmino en la casuística con lo cual nos demuestra lo difícil que es descubrir la causa en algunas ocasiones. Baird, en 8 080 casos, encontró 738 partos pretérmino, para una incidencia de 8,3 %. (25)

2.2.1.5.1. Factores De Riesgo

Existen cuatro tipos de pacientes en riesgo de parto pretérmino. El primer grupo lo constituyen las pacientes con el antecedente de un pretérmino anterior. Un segundo grupo estaría constituido por pacientes que presentan contracciones uterinas dolorosas y frecuentes secundarias a una condición subyacente, como infección urinaria, corioamnionitis, malformaciones uterinas, miomas. El tercer grupo de pacientes está

constituido por la rotura prematura de las membranas corioamnióticas antes de las 34 semanas. Y, el cuarto, por las pacientes con incompetencia cervical (13).

Al parecer, las causas del parto pretérmino varían de acuerdo con la edad gestacional y, probablemente, incluyen la infección sistémica e intrauterina, la isquemia uteroplacentaria, la sobre distensión uterina, diferentes enfermedades y endocrinopatías, además de una respuesta inmunitaria anormal del feto y la madre, o de uno de ellos (25).

- Bajo nivel socioeconómico.
- Hábito de fumar.
- Edad materna avanzada.
- Edad materna menor de 20 años.
- Pobre estado nutricional.
- Abortos inducidos previos (dos o más abortos del primer trimestre o un aborto del segundotrimestre).
- Parto pretérmino anterior.
- Hemorragias.
- Placenta previa.
- Desprendimiento prematuro de la placenta normo inserta (DPPNI).
- Corioamnionitis.
- Rotura prematura de membranas pretérmino.
- Gestación múltiple.
- Anomalías congénitas.
- Muerte fetal.
- Polihidramnios.
- Anomalías y tumores uterinos.
- Cirugía previa del cérvix.
- Exposición intraútero al dietilestilbestrol (DEEB).
- Infección urinaria.
- Cervicitis.
- Infección sistémica.

2.2.1.6 Diagnóstico Del Trabajo De Parto Pretérmino

En el diagnóstico del trabajo de parto pretérmino hay que tener en consideración los componentes siguientes (25):

- Identificación de la gestante de riesgo.
- Detección de los signos tempranos de alarma.

- Diagnóstico del trabajo de parto establecido.

2.2.1.6.1 Identificación De Las Gestantes De Riesgo

Es indudable que el mejor predictor del trabajo de parto pretérmino es una pobre historia reproductiva. Sin embargo, esto no permite identificar a las nulíparas de riesgo, lo que resulta desalentador, dado que el 40 % de los partos pretérmino se presenta en nulíparas.

Para la identificación de las gestantes de riesgo se han establecido distintos sistemas de puntuación, con las desventajas que intrínsecamente tienen estos, lo que se debe tener en consideración si se aplican en una población determinada (25).

2.2.1.6.2 Detección De Los Signos Tempranos De Alarma

La mayoría de las gestantes desarrollan síntomas días o semanas antes de iniciar el trabajo de parto pretérmino. Estos síntomas son, a veces, sutiles, y la gestante con frecuencia ignora su importancia. Por eso debe ser orientada sobre los elementos siguientes (25):

- Importancia de la actividad uterina excesiva y de otros signos de alarma.
- No deben usarse nombres para designar las contracciones (por ejemplo, Braxton Hicks por falso trabajo de parto), porque pueden dar una falsa seguridad.
- Atribuir un dolor pélvico o abdominal a otros órganos que no sea el útero.
- Necesidad de informar lo más pronto posible al obstetra sobre los signos antes mencionados.

2.2.1.6.2.1 Modificaciones Cervicales

El examen pélvico puede realizarse ante la presencia de los síntomas de alerta. El valor del examen pélvico para predecir el parto pretérmino es ampliamente discutido por diferentes autores, y los resultados son contradictorios.

Las principales características del cérvix entre las 20-34 semanas son (25): Nulíparas:

- Posterior.
- Cerrado.
- Longitud mayor que 2 cm.
- Variados grados de borramiento
- Dilatación

2.2.1.6.2.2 Exámenes Ultrasonográficos

La valoración del cuello uterino resulta de vital importancia en la prevención del parto

pretérmino. Se puede realizar mediante el examen con espéculo, el tacto bimanual y, sobre todo, por el examen ultrasonográfico mediante la técnica transabdominal y la transvaginal que resulta la preferida por las ventajas que conlleva la evaluación del cérvix.

Se considera que la medición del cérvix por ultrasonografía puede ser una técnica más sensible y fácilmente reproducible para detectar modificaciones cervicales prematuras. Sin embargo, por su sensibilidad y valor predictivo positivos bajos, no se considera útil para programas de pesquisa en la selección de gestantes con riesgo de parto pretérmino.

Para gestantes de bajo riesgo puede tener algún valor la ultrasonografía. En estos casos, un examen entre las 24-26 semanas, si se considera normal una longitud cervical que supere los 25 mm, puede proporcionar igual información que los exámenes seriados.

En la gestante de riesgo el primer examen debe realizarse 2 semanas antes del evento desfavorable y repetirlo cada 2 semanas; al menos hasta la semana 36.

Esta frecuencia será determinada por los hallazgos del examen y las condiciones del riesgo de la gestante (25).

2.2.1.6.2.3 Control De La Actividad Uterina

Según Bell, la presencia de contracciones uterinas de 15 mm Hg o más entre las 20-28 semanas en mujeres con historia de partos pretérmino es un buen predictor de este. Después de las 30 semanas existe un incremento en el número de contracciones por hora y por semana en mujeres que tuvieron un parto pretérmino, y la presencia de 3 contracciones/h se asoció con un 28 % de parto pretérmino. Lams y colaboradores hallaron que los síntomas y signos indicativos de un trabajo de parto pretérmino, incluidas las contracciones uterinas, solo aparecían 24 h antes del trabajo de parto pretérmino (25).

2.2.1.6.3 Diagnóstico Del Trabajo Del Parto Pretérmino Establecido

- Presencia de contracciones uterinas regulares, frecuentes y rítmicas.
- Modificaciones cervicales progresivas.

3.2.1.7 Niveles De Prevención

2.2.1.7.1 Nivel Primario: se refiere a todas aquellas acciones que se realicen a fin de eliminar o disminuir los factores de riesgo en la población general sin antecedentes de nacimiento pretérmino.

Las intervenciones se desarrollan en etapa preconcepcional o en el embarazo (14):

- **Fertilización asistida:** toda mujer/pareja que opte por tratamientos de fertilidad debe recibir asesoramiento en cuanto a que estas técnicas constituyen un factor de riesgo para

nacimientos pretérminos, especialmente en gestaciones múltiples, pero también en únicas.

- **Suplementos nutricionales:** Las mujeres en edad reproductiva, especialmente las que planean un embarazo, deben recibir una dieta equilibrada calórica/proteica y aunque no impacte directamente en la prevención de la prematurez, se debe mencionar que este período es, además, una oportunidad para indicar la suplementación vitamínica con ácido fólico para la reducción de los defectos congénitos y continuar durante el 1° trimestre, una vez logrado el embarazo.

- **Cuidado odontológico:** El riesgo de parto pretérmino se asocia con la gravedad de la enfermedad periodontal y aumenta cuando esta progresa durante el embarazo.

- **Estilo y hábitos de vida:** Deberá fomentarse el abandono de adicciones tales como tabaco, alcohol y drogas ilícitas. Hay evidencia de la asociación del tabaquismo en el embarazo y el nacimiento pretérmino, así como también con el bajo peso al nacer, el desprendimiento prematuro de placenta y la mortalidad infantil.

- **Pesquisa de infecciones urinarias y bacteriuria asintomática:** Durante el primer control de toda embarazada se debe solicitar un urocultivo, el que idealmente debería realizarse alrededor de las 12 semanas de gestación, para detectar y tratar precozmente estas infecciones, sean sintomáticas o asintomáticas, pues se ha establecido una fuerte asociación entre infecciones urinarias y PP. Ante resultado de urocultivo positivo a *Estreptococo del grupo B (EGB)*, las embarazadas deben ser tratadas e identificadas como portadoras; deben recibir profilaxis intraparto (tanto en el pretérmino como en el término) para prevención de la sepsis neonatal por este germen.

- **Examen digital:** Los hallazgos actuales sugieren que el examen digital vaginal no es efectivo como predictor de PP en mujeres asintomáticas y que no presentan factores de riesgo.

- **Medición del cuello uterino:** El resultado del análisis de numerosos trabajos que evaluaron la medición de longitud cervical mediante el uso de la ecografía transvaginal, aplicado a población general de embarazadas, indica resultados poco satisfactorios en poblaciones de bajo riesgo, con un valor predictivo positivo bajo. La escasa evidencia hallada recomendaría sólo una evaluación entre las 20 y 24 semanas.

2.2.1.7.2 Nivel Secundario: Son acciones de diagnóstico y prevención tempranas de enfermedades recurrentes en personas con riesgo demostrado. Es decir, aquellas pacientes que ya presentaron un embarazo con un NP o que presentan otros factores de riesgo (14).

- **Estilo de vida y reposo:** Se recomienda a aquellas embarazadas con factores de riesgo

dePP evitar las jornadas laborales prolongadas y aumentar las horas de descanso nocturno.

- **Suplementos nutricionales:** Se recomienda una alimentación completa y balanceada en proteínas, vitaminas y minerales, incluyendo ácidos grasos omega-3.
- **Examen digital:** No hay evidencia de que el tacto vaginal rutinario en mujeres con factores de riesgo, pero asintomáticas, resulte beneficioso.

- **Progesterona en prevención secundaria del parto pretérmino**

La progesterona en el embarazo normal es considerada la hormona clave para el mantenimiento del embarazo, por su acción sobre el miometrio.

Se ha postulado que un descenso de sus niveles o una modificación de su acción tienen un rol preponderante en el desencadenamiento del parto a término. Si esto ocurre anticipadamente, en el segundo trimestre podría asociarse con acortamiento del cérvix y predisponer a un parto pretérmino.

- **Ecografía transvaginal (eco-TV):** Mediante la evaluación seriada del cérvix uterino por medio de la ultrasonografía transvaginal entre las 16 y 20 semanas de gestación es posible predecir el PP antes de las 34 semanas en mujeres de alto riesgo.

Un cuello uterino corto detectado por ecografía transvaginal es un importante predictor de parto pretérmino. Cuanto mayor sea el acortamiento, mayor es el riesgo de parto pretérmino espontáneo.

- **Cerclaje cervical:** Luego de la implementación de la ecografía TV, se ha logrado una mejor comprensión de la fisiología cervical y una evaluación más objetiva de las características del cérvix, lo que ha posibilitado identificar a un grupo seleccionado de mujeres que podrían beneficiarse con un cerclaje.

3.2.1.7.3 Nivel Terciario: son las acciones destinadas a reducir la morbilidad y la mortalidad después de que se ha producido el daño. Es decir, una vez que se ha desencadenado una amenaza de PP o un trabajo de PP (29).

- **Test de fibronectina:** La fibronectina fetal (FNF) se encuentra en las secreciones cervicovaginales. Permanece elevada durante las primeras 22 semanas de gestación, pero disminuye entre las 22 y 34 semanas en los embarazos normales. Los niveles superiores o iguales a 50 ng/ml a partir de las 22 semanas han sido asociados a un mayor riesgo de parto pretérmino.
- **Amenaza de PP:** Es la presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 cada 10 minutos, de 25-30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos, con borramiento del cuello uterino del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm, entre las 22 y 36,6 semanas de gestación.

Se realizará:

- Anamnesis e historia clínica.
 - Examen clínico y obstétrico al ingreso.
 - Estudios complementarios.
 - Evaluación de salud fetal.
 - Notificación al Servicio de Neonatología.
 - Comunicación con la mujer y su familia.
 - Reposo en cama.
- **Uso de glucocorticoides para la maduración pulmonar fetal:** Estudios aleatorizados, controlados con placebo y metaanálisis han confirmado los efectos beneficiosos de los corticoides antenatales ya que reducen la morbimortalidad neonatal por síndrome de distrés respiratorio (SDR), hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, ductus arterioso patente, displasia broncopulmonar y muerte neonatal.
- Se debe ofrecer un ciclo único de corticosteroides antenatales entre las 24 y 34 semanas de gestación para las mujeres que están en riesgo de parto pretérmino.
- **Dosis y vía de administración de los glucocorticoides:** Se recomienda, como droga de 1a elección: betametasona: ampolla de 12 mg (6 mg fosfato y 6 mg acetato) i.m. c/24 h dos dosis (total: 24 mg).
- Como esquema alternativo, es posible usar dexametasona, 6 mg (vía i.m.) cada 12 horas, por 4 dosis.
- **Terapia tocolítica:** La principal indicación del tratamiento tocolítico para las mujeres que están en amenaza de PP es posponer el nacimiento, por lo menos, en 48 horas, para permitir el efecto óptimo de los glucocorticoides antenatales que disminuyen la morbilidad y mortalidad de los recién nacidos prematuros.
- De ser necesario, también se facilitará el traslado de la embarazada a un hospital, que cuente con Unidad de Cuidados Neonatales con el nivel de complejidad adecuado.
- Los tocolíticos de primera línea son: los agentes betamiméticos y el antagonista selectivo del receptor de oxitocina: atosibán. Dentro de los agentes betamiméticos, se prefiere la hexoprenalina, por tener acción preponderante sobre receptores β_2 , a diferencia de los otros fármacos de este grupo, como la isoxuprina, con mayor efecto β_1 .
- En caso de no lograrse la inhibición de la contractilidad, se recomienda considerar como droga de segunda elección la indometacina, teniendo en cuenta sus contraindicaciones basadas en la edad gestacional.

- **Neuroprotección fetal: sulfato de magnesio antenatal:** La PC (Parálisis Cerebral) tiene una prevalencia de 2 a 2,5 casos en mil nacidos vivos. Es la causa más frecuente de discapacidad motora grave en la niñez, por lo que cualquier tratamiento que reduzca su prevalencia tendrá un efecto significativo sobre las deficiencias neurológicas y discapacidades en los prematuros sobrevivientes.

La incidencia de PC decrece a medida que aumenta la edad gestacional. La evidencia actual confirma que la administración antenatal de sulfato de Mg (SM) en mujeres en riesgo inminente de PP resulta una intervención segura y de costo-beneficio. El número necesario atratar (NNT) para prevenir un caso de muerte o PC en los niños es de 50 embarazadas.

El SM se ha asociado con varias acciones beneficiosas, una de las más importantes es la de proteger al cerebro en desarrollo del daño a las neuronas, causado por los efectos de toxicidad excitatoria del glutamato, el principal aminoácido neurotransmisor excitatorio.

Se ha establecido que el SM administrado a mujeres embarazadas poco antes del parto reduce el riesgo de PC y protege la función motora gruesa en los niños nacidos prematuramente. Además, los efectos de su utilización pueden ser mayores a menor edad gestacional y no se observaron asociaciones con resultados desfavorables a largo plazo maternos o fetales.

- **Profilaxis para infección por Estreptococo β -hemolítico grupo B (EGB):** Entre el 12% y el 14% de la población de embarazadas en la Argentina es portadora del Estreptococo del grupo B (*Streptococcus agalactiae*) en el tracto genital o gastrointestinal inferior. La sepsis neonatal por EGB es una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad en RN de término y pretérmino. Su elevada mortalidad (10%-20%) ha impulsado a organismos de salud pública a proponer diversas estrategias de prevención. La más reciente sugiere que debe administrarse profilaxis antibiótica con penicilina o ampicilina intravenosa en las siguientes circunstancias:

- Trabajo de PP.
- Fiebre (temp. axilar >38 °C) durante el trabajo de parto.
- Rotura prematura de membranas de igual o mayor a 18 horas.
- Bacteriuria positiva para EGB en el embarazo en curso.

3.2.2 Anemia

3.2.2.1 Definición

La OMS define la anemia como el descenso del nivel de hemoglobina dos desviaciones estándar por debajo de lo normal para la edad y el sexo (38).

La anemia es un trastorno en el que el número y tamaño de los eritrocitos, o bien la concentración de hemoglobina, caen por debajo de un determinado valor de corte

disminuyendo así la capacidad de la sangre para el transporte de oxígeno en el organismo (39).

En términos prácticos podemos adoptar las cifras de 13 gr/dl en el hombre, 12 gr/dl en las mujeres y 11 en la embarazada. En los niños de 6 meses a 6 años 11/gr/dl y de 6 años a 14 años, 12 gr/dl. Estos criterios están basados en estudios de población que no incluyen a personas mayores de 65 años por lo que tal vez no se pueda aplicar a los ancianos (38).

La anemia es un indicador de mal estado de nutrición y de salud (39).

3.2.2.2 Clasificación de las anemias

3.2.2.2.1 Clasificación morfológica

Esta se basa en los valores de los índices eritrocitarios, entre los que se incluyen: el volumen corpuscular medio (VCM), la hemoglobina corpuscular media (HCM) y la concentración de hemoglobina corpuscular media (CHCM).

Se reconocen tres categorías generales: anemia microcítica, macrocítica y normocítica (36).

- **Anemia microcítica hipocrómica (VCM <70 fl).** En este grupo se encuentran la anemia por deficiencia de hierro, las talasemias y las que acompañan a las infecciones crónicas.

- **Anemia macrocítica normocrómica (VCM >100 fl).** Incluye a la anemia megaloblástica, ya sea secundaria a deficiencia de ácido fólico o vitamina B12.

- **Anemia normocítica normocrómica.** Una causa característica es la anemia secundaria a hemorragia aguda. En estos casos, los tres índices eritrocitarios mencionados se encuentran dentro de los valores normales.

- Según el tamaño hablamos de anemias normocíticas, microcíticas y macrocíticas y según el contenido en Hb (HCM) hablamos de anemias normocrómicas, hipocrómicas e hiperocrómicas.

3.2.2.2.2 Clasificación fisiopatológica

Desde este punto de vista, las anemias pueden clasificarse según la respuesta reticulocitaria: anemias regenerativas y arregenerativas (40).

- En las **anemias regenerativas** se observa una respuesta reticulocitaria elevada, lo cual indica incremento de la regeneración medular, como sucede en las anemias hemolíticas y en las anemias por hemorragia.

- Las **anemias no regenerativas** son aquellas que cursan con respuesta reticulocitaria baja y traducen la existencia de una medula o sea hipo/inactiva.

3.2.2.3 Cambios de parámetros hematológicos con el embarazo

La anemia es un estado final de la deficiencia de hierro. Los pasos iniciales de la deficiencia de hierro resultan en disminución de los niveles de ferritina sérica y aumento en los niveles del receptor soluble de transferrina (RsTf). Cuando la deficiencia de hierro persiste, se afecta

la eritropoyesis.

El hallazgo en una cantidad de estudios de que la anemia leve no afecta negativamente la salud materna ni del neonato sugiere que la deficiencia de hierro sin anemia no estaría produciendo daño a la madre ni al feto.

El ancho de distribución del eritrocito (RDW) es más alto en gestantes con preeclampsia que en normales, y es mayor en la preeclampsia severa que en la preeclampsia leve (41).

3.2.2.4 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Dado que las determinaciones de laboratorio carecen de sensibilidad y especificidad del 100%, cuando la sospecha diagnóstica es alta se deberán realizar varias pruebas a fin de cumplimentar los criterios mínimos para establecer la etiología de la anemia (42).

El diagnóstico de la anemia se realiza a través de la historia médica, la exploración física y el análisis de sangre.

El hemograma (fig. 1) mide, entre otros parámetros, el número de hematíes y el nivel de hemoglobina en la sangre. La observación al microscopio del tamaño, la forma y el color de los hematíes completa el diagnóstico (fig. 2). En la anemia ferropénica y por déficit de vitamina C, los hematíes son más pequeños y de color más pálido de lo normal. En la anemia por deficiencia de vitamina B12 y folato, los hematíes son de mayor tamaño y están en menor número.

Para identificar la causa precisa de la anemia puede ser necesario someterse a otras pruebas. Por ejemplo, en la anemia ferropénica se investigará la existencia de una hemorragia crónica por una úlcera, un pólipo, un cáncer de colon o tumores de riñón. En ocasiones se precisan exploraciones complementarias más complejas, como el estudio de la medula ósea (43).

3.2.2.5 TRATAMIENTO

3.2.2.5.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

1. El tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro debe dirigirse de manera esencial al manejo de la causa que la originó.
2. El tratamiento específico de la deficiencia de hierro es ofrecer al paciente suplementos con hierro.
3. No se recomienda prescribir preparados que contengan ácido fólico, vitamina B12 o algún otro compuesto vitamínico adicionado al hierro.
4. Es recomendable ofrecer siempre que sea posible la administración de sulfato ferroso por vía oral, la dosis con base al hierro elemental es:
 - Niños: 3 a 6 mg/kg/día dividido en una o tres dosis
 - Adultos: 180 mg/día dividido en tres dosis

5. Idealmente los pacientes no deben recibir suplemento de hierro dentro de las dos primeras horas después de haber ingerido alimentos o antiácidos; se sugiere tomarlo de 15 a 30 minutos antes de los alimentos y no acompañarlo con lácteos.
6. El tiempo de prescripción del hierro es variable: una vez obtenido el valor normal de hemoglobina y hematocrito debe continuarse con su administración, a igual dosis, durante un tiempo similar al que fue necesario para alcanzar la normalización de la hemoglobina.
7. La decisión de ofrecer hierro por vía parenteral deberá tomarla el hematólogo, ésta vía de administración se recomienda en los siguientes casos:
 - Intolerancia digestiva grave al hierro oral
 - Patología digestiva que contraindique la vía oral (44).

3.2.2.5.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

1. La indicación de transfusión de eritrocitos no puede estar regida solamente por el valor de la hemoglobina, debe basarse en la evaluación completa del paciente incluyendo estado hemodinámico, perfusión tisular y comorbilidad.
2. Las indicaciones precisas para transfundir a un paciente con anemia por deficiencia de hierro son:
 - a) Descompensación hemodinámica
 - b) Procedimiento quirúrgico de urgencia
 - c) Comorbilidad asociada a hipoxia tisular (44).

3.2.3 ADOLESCENCIA

3.2.3.1 Definición

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años (45).

Adolescencia procede de la palabra latina "*adolescere*", del verbo *adolecer* y en castellano tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y también crecimiento y maduración. Es el periodo de tránsito entre la infancia y la edad adulta. Se acompaña de intensos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales; se inicia con la pubertad (aspecto puramente orgánico), terminando alrededor de la segunda década de la vida, cuando se completa el crecimiento y desarrollo físico y la maduración psicosocial (46).

3.2.3.2 Fases y tareas de la adolescencia

El desarrollo psicosocial en la adolescencia presenta en general características comunes y un patrón progresivo de 3 fases.

1. Adolescencia temprana: desde los 10 a los 13-14 años.

2. Adolescencia media: desde los 14-15 a los 16-17 años.
3. Adolescencia tardía: desde los 17-18 años en adelante (47).

3.2.3.3 Exámenes de salud en la adolescencia

Los Exámenes de Salud (ES) son actividades destinadas a detectar algún problema o variante de la normalidad, en los distintos aspectos biopsicosociales, siendo además una importante oportunidad para realizar actividades preventivas.

Estos incluyen: anamnesis, exploración, técnicas de cribado, evaluación, consejos o procedimientos preventivos.

Actualmente, no existe un consenso sobre cuál deben ser la frecuencia de realización de los ES. El Comité de Medicina Práctica y Ambulatoria de la AAP en el año 2000, recomendaba realizar: historia, examen físico con peso, talla y tensión arterial, evaluación del desarrollo y comportamiento, consejos preventivos y guías anticipatorias anuales. Además, cribaje auditivo y de la visión de forma subjetiva anualmente y de forma objetiva a los 12, 15 y 18 años (48).

3.2.4 INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO

3.2.4.1 Definición

Las infecciones del tracto urinario (ITU) se definen como la colonización y la multiplicación de un microorganismo, habitualmente bacterias, en el aparato urinario (49).

3.2.4.2 Etiología

Conocido por un grupo de microorganismos, como "uropatógenos", que son capaces de superar o minimizar los mecanismos de defensa del huésped (46).

En más del 95% de los casos, un único microorganismo es el responsable de la ITU. El agente etiológico más frecuente de ITU en ambos sexos es la *Escherichia coli*, responsable del 75% a 80% de casos; el 20% a 25% restante incluye microorganismos como: *Staphylococcus saprophyticus*, *Proteus mirabilis*, *Proteus vulgaris*, *Klebsiella sp.*, *Streptococcus faecalis*, *Pseudomonas aeruginosa*(51). Clasificación

Las ITU son clasificadas de diversas formas: alta o baja, aguda o crónica, no complicada o complicada, sintomática o asintomática, nueva o recurrente y comunitaria o relacionada con la asistencia sanitaria-nosocomial. Aunque clásicamente sigue utilizándose la distinción entre ITU baja y alta, haciendo referencia la primera a la ITU limitada a la mucosa de vejiga y uretra y que cursa con un síndrome miccional y la alta a la ITU que compromete órganos sólidos como riñones-pelvis renal o próstata y que suelen cursar con un síndrome infeccioso, actualmente es de mayor utilidad clínica hablar de ITU complicada (ITUc) o ITU no complicada (ITUu)(52).

Según su división anatómica

- *ITU bajas*. Cistitis, uretritis no gonocócicas y prostatitis agudas.
- *ITU altas*. Pielonefritis, piodonefritis (absceso renal).

En función de la existencia o no de complicaciones

- *Complicadas*. Cuando aparecen en niños, varones, embarazadas, portadores de sonda urinaria, ITU recurrentes y pacientes con alteraciones obstructivas, funcionales o estructurales del tracto urinario.
- *No complicadas*. No aparece ningún criterio anterior(49).

3.2.4.3 Diagnóstico

Frente a un cuadro clínico compatible, el diagnóstico se realiza con un examen de orina y un urocultivo. Piuria es la presencia de más de 5 leucocitos por campo en el sedimento o más de 10 leucocitos por mm³ de orina. El examen con la cinta reactiva(dipstick) positivo para la presencia de esterasa leucocitaria o de nitritos es consistente con ITU. Sin embargo, el análisis de orina es sólo presuntivo de ITU. La llamada piuria estéril, o piuria con urocultivo negativo, puede deberse a inflamación no infecciosa (nefritis intersticial aguda), a uretritis aguda por enfermedades de transmisión sexual, o a tuberculosis del sistema urinario (53).

Un cultivo de orina es otra prueba que se realiza para buscar bacterias específicas. Se obtiene si el diagnóstico de una infección del tracto urinario no está claro debido a los síntomas solos o con la prueba de AO (54).

3.2.4.4 Tratamiento

El tratamiento de la ITU depende de si es complicada o no complicada y siempre se debe tener en cuenta a los factores de riesgo (51).

En una ITU no complicada, se puede usar el tratamiento empírico de dosis única o de 3 días la cual es considerada de corta duración, existe evidencias que recomiendan el tratamiento empírico de corta duración

Con una de las siguientes opciones puede realizar el tratamiento empírico corto (3 días) (50):

- o Norfloxacino: 400 mg/12h
- o Ciprofloxacino: 500 mg/12h
- o Ofloxacino 200mg/12h

Con una de las siguientes opciones puede realizar el tratamiento empírico dosis única: (5 comprimidos).

En los pacientes incapaces de tolerar la medicación oral o que requieren ser hospitalizados debido a una ITU complicada, la terapia empírica inicial debe incluir la administración

parenteral de alguna de los siguientes antibióticos con acción antipseudomonas como, ciprofloxacina, ceftazidima, cefoperazona, cefepima, aztreonam, imipenem-cilastatina o la combinación de una penicilina antipseudomonal, como ticarcilina, mezlocilina o piperacilina, con un aminoglicósido (51).

CAPITULO III METODOLOGIA

3.1 AMBITO

El presente estudio se llevó a cabo en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Carlos Showing Ferrari, que se encuentra ubicado en el distrito de Amarilis, provincia de Huánuco y departamento de Huánuco en el año 2019.

3.2 POBLACION

La población estuvo conformada por 1319 pacientes puérperas que se atendieron en el hospital Carlos Showing Ferrari.

Población Diana

Pacientes puérperas que se atendieron en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Carlos Showing Ferrari durante el año 2019.

Población Accesible

Pacientes puérperas inmediatas, que se atendieron en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Carlos Showing Ferrari en el año 2019.

Población Elegible

Pacientes puérperas inmediatas, que se atendieron en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Carlos Showing Ferrari en el año 2019 que cumplieron los criterios de inclusión.

Unidad de Análisis

Una paciente puérpera atendida en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Carlos Showing Ferrari en el año 2019.

CASOS

Criterios de Inclusión

- Paciente puérpera con parto pretérmino
- Historia clínica completa

Criterios de exclusión

- Paciente con gestación múltiple
- Historia clínica incompleta

CONTROLES

Criterios de Inclusión

- Paciente puérpera con parto a término
- Historia clínica completa

Criterios de exclusión

- Paciente con gestación múltiple
- Historia clínica incompleta

3.3 MUESTRA

El tamaño de la muestra estuvo conformado por 99 casos (Partos Pretérmino) y 99 controles (partos a término), así mismo la muestra fue elegida utilizando un muestreo probabilístico aleatorio simple.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó el Programa para análisis estadístico y epidemiológico de datos (EPIDAT).

Proporción de casos expuestos:	9.000%
Proporción de controles expuestos:	25.000%
OR esperado:	0.297
Controles por caso:	1
Nivel de confianza:	95.0%

Tamaño de muestra

Potencia (%)	Ji-cuadrado	Casos	Controles
80.0	Sin corrección	86	86
	Corrección de Yates	99	99

3.4 NIVEL Y TIPO DE ESTUDIO

El nivel de investigación es de tipo correlacional, debido a que se estableció la asociación entre las variables de estudio.

El tipo de investigación es observacional, puesto que en el estudio realizado no se manipulo las variables y solo se observaron los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos; retrospectivo debido a que los datos se recogieron de los registros existentes en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Carlos Showing Ferrari en el periodo de enero a diciembre del 2019 y transversal ya que se recolecto los datos en un solo tiempo.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El presente estudio es no experimental, analítico de tipo casos y controles.

3.6 METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS

Los datos de las variables para el estudio se obtuvieron de fuentes secundarias, las cuales fueron las historias clínicas de las pacientes puérperas.

La técnica que se utilizó fue el análisis documental de las fuentes de recolección de datos mencionados.

El instrumento fue una ficha de recolección de datos que fue elaborado por los investigadores, donde se plasmó toda la información necesaria para el desarrollo del análisis de los datos.

3,7 VALIDACION Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El instrumento fue evaluado mediante un juicio de expertos, en la cual intervinieron 5 profesionales de la salud, 4 médicos ginecólogos y 1 obstetra que laboran en los hospitales y centros de salud de la región Huánuco. El promedio de la valoración del instrumento fue de 84, teniendo puntajes de 90, 85, 85, 75 Y 80. (Anexo 04).

3.8 PROCEDIMIENTO

Para la recolección de datos se procedió primero a solicitar un permiso en la dirección del Hospital Carlos Showing Ferrari para el acceso a las historias clínicas de las pacientes puérperas del año 2019. Una vez aceptado la solicitud se procedió a recoger información en el centro de estadística del Hospital. Así se nos facilitó las Historias clínicas del hospital.

Luego se procedió a la revisión de la información aplicando la ficha de recolección de datos a toda la muestra de estudio. Se codificó y tabuló los datos obtenidos en una hoja de cálculo del aplicativo Microsoft Office Excel; para el análisis estadístico se exportó la base de datos del Excel al programa "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS).

3.9 TABULACION Y ANALISIS DE DATOS

Se tabuló los datos usando el programa Microsoft Excel versión 2016, posteriormente se trasladó al programa estadístico SPSS versión 26 mediante el cual se realizó el análisis estadístico. Se realizó el análisis univariado, donde se calculó las proporciones. Para el análisis bivariado, se utilizó la prueba estadística χ^2 para comparar las variables

categorías. Para determinar la asociación entre las variables independientes y el parto pretérmino, se calculó el Odds Ratio (OR) con un intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Se consideró un valor de $p < 0,05$ como nivel de significancia estadística.

3.10 CONSIDERACIONES ETICAS

El estudio que se llevó a cabo, no ocasiono eventos adversos, la información que se nos brindo fue estrictamente confidencial. Solo tuvieron acceso a la información los investigadores responsables. Los instrumentos de investigación, así como los resultados fueron plasmados en la dirección de investigación de la universidad patrocinadora en el lapso requerido.

Así mismo para fines de la investigación se consideró los principios éticos en materia de investigación que son las siguientes:

- **LA BENEFICENCIA:** Esta investigación contribuyo al sistema de salud de Huánuco ya que conociendo los resultados de la presente investigación permitirá a establecer estrategias de salud, políticas regionales y gubernamentales para contribuir en su solución.
- **LA NO MALEFICENCIA:** Respecto a este principio, no se puso en riesgo la dignidad, ni los derechos de las participantes, y la información obtenida de los participantes mediante el instrumento de recolección de datos fueron confidenciales.
- **LA AUTONOMÍA:** Respecto a este principio no se ejerció ninguna influencia en las personas que participaron del estudio.
- **LA JUSTICA:** El trabajo se realizó equitativamente con igualdad de trato a todos los participantes.

CAPITULO IV RESULTADOS

En el presente estudio se consideró una muestra final de 198 pacientes puérperas inmediatas, entre las cuales 99 correspondieron a los casos y 99 a los controles.

En la Tabla 1 se muestra las características demográficas de las participantes. Se encontró una mayor frecuencia en el Grado de Instrucción primaria, Ocupación ama de casa, Estado Civil Conviviente y Religión Católica.

Tabla 1. Características Demográficas de las Pacientes Puérperas del Hospital Carlos Showing Ferrari - Huánuco (n=198)

Característica	Frecuencia	Porcentaje (%)
Grado de Instrucción		
Primaria	86	43.43
Secundaria	75	37.88
Superior	37	18.69
Ocupación		
Ama de Casa	124	62.63
Comerciante	38	19.19
Estudiante	25	12.63
Profesional	11	5.56
Estado Civil		
Soltero	27	13.64
Conviviente	104	52.53
Casado	67	33.84
Religión		
Católico	116	58.59
Otros	82	41.41

En la Tabla 2 se presenta las características clínicas de las participantes, encontrándose una mayor frecuencia de puérperas sin anemia, mayores de 20 años y sin infección del tracto urinario; así mismo dentro de los factores de riesgo se encontró que la mayoría tenían atenciones prenatales controladas, no presentaron preeclampsia y tampoco ruptura prematura de membrana.

Tabla 2. Características Clínicas de las Pacientes Puérperas del Hospital Carlos Showing Ferrari - Huánuco, 2019 (n= 198)

Característica	Frecuencia	Porcentaje (%)
Tipo de Parto		
Pretérmino	99	50.00
A Término	99	50.00
Anemia		
< 11 g/dL	92	46.46
≥ 11 g/dL	106	53.54
Adolescencia		
< 20 Años	80	40.40
≥ 20 Años	118	59.60
Infección del Tracto Urinario		
> 5 Leucocitos XC	103	52.02
≤ 5 Leucocitos XC	95	47.98
Atenciones Prenatales		
Mal Controlada	25	12.63
Controlada	173	87.37
Preeclampsia		
Si	32	16.16
No	166	83.84
Ruptura Prematura de Membranas		
Si	21	10.61
No	177	89.39

En la Tabla 3 se muestra el análisis bivariado, en las cuales se puede observar que la relación encontrada entre las variables anemia, adolescencia e infección del tracto urinario con el partopretérmino si son significativa. Indicando que existe asociación.

Tabla 3. Análisis Bivariado de las variables independiente e intervinientes con el parto pretérmino en pacientes puérperas del Hospital Carlos Showing Ferrari - Huánuco, 2019 (n= 198)

Característica	Tipo de Parto				p	OR	IC	
	Parto Pretérmino		Parto A Término				Inf	Sup
	n	%	n	%				
Anemia								
< 11 g/dL	54	58.70	38	41.30	0.0326*	1.926	1.094	3.393
≥ 11 g/dL	45	42.45	61	57.55				
0.05								
Adolescencia								
< 20 años	48	60.00	32	40.00	0.0298*	1.971	1.107	3.508
≥ 20 años	51	43.22	67	56.78				
0.05								
Infección Del Tracto Urinario								
> 5 Leucocitos XC	60	58.25	43	41.75	0.0228*	2.004	1.138	3.529
≤ 5 Leucocitos XC	39	41.05	56	58.95				
0.05								
Atenciones Prenatales								
Mal Controlado	14	56.00	11	44.00	0.6687*	1.318	0.567	3.065
Controlado	85	49.13	88	50.87				
Preeclampsia								
Si	17	53.13	15	46.88	0.8469*	1.161	0.544	2.478
No	82	49.40	84	50.60				
Rotura Prematura de Membranas								
Si	9	42.86	12	57	0.6444*	0.725	0.291	1.807
No	90	50.85	87	49				

CAPITULO V

DISCUSION

La presente investigación muestra los resultados obtenidos de pacientes puérperas del Hospital Carlos Showing Ferrari en Huánuco, región ubicada en la sierra central del Perú.

Dentro de los resultados se obtuvo que la anemia tuvo relación con el parto pretérmino. Esto podría deberse a la falta de suplemento de hierro que se les debe prescribir a las gestantes para controlar el nivel de hemoglobina durante el embarazo. El resultado de nuestro estudio coincide con estudio realizado por Flores que encontró que la hemoglobina debajo del rango normal aumenta el riesgo del parto pretérmino en primigestas (58). Así mismo, Carnero encontró que la proporción de gestantes anémicas frente a las no anémicas en el tercer trimestre de embarazo, tiene mayor riesgo a desarrollar parto pretérmino, siendo esto considerado de morbilidad materna de mediana frecuencia (59). Un estudio en Huancavelica realizado por Baños, encontró que las gestantes con anemia moderada – grave y con niveles de hemoglobina menor a 9.5 mg/dl a las 12 semanas de gestación tienen un mayor riesgo de parto pretermo (60). Contrariamente a los estudios obtenidos por Guadalupe, quien encontró que la anemia constituye un factor protector para el parto pretérmino (55). Otro estudio en Lima realizado por Ortiz, encontró que la anemia no constituye un factor de riesgo para el parto pretérmino (56). Taipei, no encontró relación entre niveles bajos de hemoglobina y parto pretérmino (57). Estas diferencias en los estudios pueden estar relacionadas por las características propias de cada población perteneciente a diferentes centros de salud y las diferencia en grupos de edad y en nivel socioeconómico de cada participante.

En cuanto a la adolescencia se encontró una relación con el parto pretérmino. Esto se podría explicar por la falta de desarrollo físico para el embarazo en edades tempranas que conlleva un importante factor de riesgos para un parto antes de las 37 semanas de gestación. El resultado de nuestro estudio coincide con los obtenidos por Lozada, quien encontró una alta incidencia de un mayor riesgo de presentar un parto antes de las 37 semanas de gestación en mujeres adolescentes (61). Contrariamente, Chira encontró que la mayoría de pacientes que presentaron parto pretérmino tenían un rango de edad de 20 y 34 años, provenientes del sector urbano (62). Estas diferencias pueden estar relacionadas con el tamaño de la muestra de cada investigación, las diferencias socioculturales y las complicaciones que se presentaron en el transcurso de la gestación.

Respecto a la infección del tracto urinario se encontró una relación con el parto pretérmino.

Este resultado coincide con lo obtenido por Abanto, quien encontró que la distribución de gestantes con parto pre término y que presento infección del tracto urinario es del 48.5% concluyendo que la frecuencia de ITU es mayor en los partos prematuros (63). Montenegro, en su estudio realizado en Trujillo encontró que el 11,2% de gestantes tuvo ITU, concluyendo que existe relación entre las infecciones de tracto urinario y el embarazo con parto pretérmino (64). Contrariamente, Primo en su estudio encontró que solo un 6,7% de las gestantes presentaron infección urinaria y parto pretermino, no encontrando relación entre el ITU y el parto prematuro(65).

VI. CONCLUSIONES

- a. La anemia es un factor de riesgo asociado significativamente ($p=0.0326$) al desarrollo de parto pretérmino en pacientes puérperas atendidas en el Hospital Carlos Showing Ferrari-Huánuco.

- b. La Adolescencia es un factor de riesgo asociado significativamente ($p=0.0298$) al desarrollo de parto pretérmino en pacientes puérperas atendidas en el Hospital Carlos Showing Ferrari-Huánuco.

- c. La Infección del tracto urinario es un factor de riesgo asociado significativamente ($p=0.0228$) al desarrollo de parto pretérmino en pacientes puérperas atendidas en el Hospital Carlos Showing Ferrari-Huánuco.

VII. RECOMENDACIONES

1. Diseñar estrategias y medidas de intervención para la reducción de la morbilidad materna y neonatal, buscando una intervención oportuna y así disminuir la incidencia y futuras complicaciones.
2. Realizar estudios posteriores que abarquen otros factores de riesgo asociados al parto pretérmino.
3. Replicar este estudio en otros hospitales y emplear otros tipos de diseños para futuras investigaciones.
4. Brindar una atención integral y de calidad, en la Atención Prenatal Refocada durante los embarazos; poniendo énfasis en los distintos factores de riesgo.

VIII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Nacimientos prematuros [Internet]. [citado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. Yanque-Robles O, Zafra-Tanaka JH, Taype-Rondan A, Arroyo-Campuzano JE, Rosales-Cerrillo CH, Mucha J, et al. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del parto pretérmino en el Seguro Social del Perú (EsSalud), 2018. ACTA MEDICA Peru [Internet]. 31 de marzo de 2019 [citado 9 de octubre de 2020];36(1). Disponible en: <http://amp.cmp.org.pe/index.php/AMP/article/view/627>
3. Pacheco-Romero J. ¿Qué se conoce sobre el futuro de la madre y el niño en el parto prematuro? Rev Peru Ginecol Obstet. julio de 2018;64(3):423-32.
4. Pacheco-Romero J. Parto pretérmino, avances y retos: A manera de prólogo. Rev Peru Ginecol Obstet. julio de 2018;64(3):393-8.
5. Huertas Tacchino E. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. Rev Peru Ginecol Obstet. julio de 2018;64(3):399-404.
6. 46.pdf [Internet]. [citado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/46.pdf>
7. Boletin_CNV_16.pdf.
8. Ramírez Murillo K. Prevención de parto pretérmino. Med Leg Costa Rica. marzo de 2018;35(1):115-26.
9. Aristondo FM, Moyano AB, Álvarez PP. SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD. :25.
10. GPC2015_12.pdf [Internet]. [citado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: http://www.comego.org.mx/formatos/Guias/GPC2015_12.pdf
11. Yanque-Robles O, Zafra-Tanaka JH, Taype-Rondan A, Arroyo-Campuzano JE, Rosales-Cerrillo CH, Mucha J, et al. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del parto pretérmino en el Seguro Social del Perú (EsSalud), 2018. Acta Médica Peru. enero de 2019;36(1):46-56.
12. OMS. Centro de prensa de la OMS: Nacimientos prematuros. [Online];2014 [Citado el de 30 abril del 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>.
13. Riva N. Factores de Riesgo para Parto Pretermino Espontaneo gestantes adolescentes del Hospital de Apoyo N° 2 V – Pucallpa. 2009 julio. Tesis para optar el grado de especialista en Gineco-Obstetricia.
14. Utama D, Crowther C. Tratamiento con Corticosteroides transplacentarias versus corticosteroides fetales directos para acelerar la maduración pulmonar fetal cuando hay riesgo de parto prematuro. Cochrane Database of Systematic. 2011 junio; 9(1).
15. Vásquez G, Ramírez J, Villar A. Epidemiología del parto pretermino en el Hospital San Bartolomé de Lima. In XXIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. 2010; Lima. p. 20.

16. Valladares E, Gómez C. Medición ecográfica transvaginal del cuello uterino en la predicción del parto pretermino espontaneo en el Instituto Materno Perinatal durante el año 2008. Tesis para optar el título de especialista en Gineco-Obstet.
17. Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja.pdf.
18. Carpio GEQ, Santillán LCG, Villacrés ÁDF, Acosta JMB. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL PARTO PRETÉRMINO. Univ Cienc Tecnol. 22 de octubre de 2019;1(1):6-6.
19. Luna MC, Cubides Munevar AM, Ruiz Melo CF, Alonso SV, Pinzón EM, Gullozo L. Asociación entre bajo peso al nacer y parto pretermino en gestantes con signos de enfermedad periodontal atendidas en una institución del nivel primario de salud del valle del cauca-colombia. RevChil Obstet Ginecol. 2019;84(2):103-11.
20. Mora-Vallejo M, Peñaloza D, Pullupaxi C, Díaz-Rodríguez J. Infecciones del tracto urinario como factor de riesgo para parto prematuro en adolescentes embarazadas. FACSALUD-UNEMI. 12 de junio de 2019;3(4):26-35.
21. Florian R, Cesar J. Edad materna, infección urinaria y hemorragia de segunda mitad del embarazo asociado al parto pretérmino. Univ Priv Antenor Orrego [Internet]. 2020 [citado 12 de mayo de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/6024>
22. Maraza Jimenez T. Anemia y amenaza de parto pretérmino en gestantes del Hospital Sergio Enrique Bernaldes en el periodo 2018-2019. Univ Ricardo Palma [Internet]. 2020 [citado 12 de mayo de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/2971>
23. Alva O, Isabel T. ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO DESENCADENANTES DEL TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO, CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI HUANUCO DE JUNIO – NOVIEMBRE 2015. Univ Huánuco [Internet]. 2018 [citado 11 de mayo de 2020]; Disponible en: <http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/1398>.
24. Tucto Sánchez Y. FACTORES DE RIESGO MATERNOS QUE INFLUYEN AL PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO- HUANUCO OCTUBRE 2015- MARZO DEL 2016. Univ Huánuco [Internet]. 2016 [citado 11 de mayo de 2020]; Disponible en: <http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/124>.
25. Santisteban R. Obstetricia y Ginecología. Tercera Edición. La Habana, Cuba: Ciencias Médicas; 2014. 462 p.
26. Nacimientos prematuros [Internet]. [citado 14 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
27. Huertas Tacchino E. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. Rev Peru Ginecol Obstet. julio de 2018;64(3):399-404.
28. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL. Williams Obstetricia. 25 Edición. Ciudad de México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.; 2018. 1328 p.

29. clasificación de parto pretérmino - Buscar con Google [Internet]. [citado 17 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.google.com/search?client=firefox-bd&ei=czBXR64IMeU5OUP9MSRuA8&q=clasificacion+de+parto+pret%C3%A9rmino&oq=clasificacion+de+parto+pret%C3%A9rmino&gs_lcp=CqZwc3ktYWIQAziGCAAQChAeOgQIABBHULiHAlI4hwJgIYoCaABwAXgAgAGWAYgBlgGSAQMwLjGYAQcGqAQGqAQdnd3Mtd2l6&scient=psy-ab&ved=0ahUKEwj-qp7RirzpAhVHCrkGHXRiBPcQ4dUDCAs&uact=5.
30. Factor de riesgo. En: Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. 2020 [citado 17 de mayo de 2020]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Factor_de_riesgo&oldid=1243_25328.
31. Edad gestacional - Pediatría [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 17 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/edad-gestacional>.
32. Amenaza de parto prematuro [Internet]. [citado 17 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://aprendeonlinea.udea.edu.co/lms/moodle/mod/forum/view.php?id=56779>.
33. default - Stanford Children's Health [Internet]. [citado 17 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=preterm-labor-90-P05607>.
34. Anemia: tipos, síntomas, causas y tratamientos. Clínica Universidad de Navarra [Internet]. [citado 18 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/anemia>.
35. Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad [Internet]. [citado 18 de mayo de 2020]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100002.
36. Significado de Aborto [Internet]. Significados. [citado 18 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.significados.com/aborto/>.
37. Lozano JA. Infecciones del tracto urinario. Offarm. 1 de diciembre de 2003;22(11):96-100.
38. Guzmán Llanos MJ, Guzmán Zamudio JL, Llanos de los Reyes-García M. Significado de la anemia en las diferentes etapas de la vida. Enferm Glob. 30 de junio de 2016;15(3):407.
39. Bagla P. Reducir un 50% la anemia en las mujeres en edad fecunda.
40. Merino AH. Anemias en la infancia y adolescencia. Clasificación y diagnóstico.
41. Gonzales GF, Olavegoya P. Fisiopatología de la anemia durante el embarazo: ¿anemia o hemodilución? Rev Peru Ginecol Obstet. octubre de 2019;65(4):489-502.
42. Aixalá D, Basack D, Deana D, Depaula D, Donato D, Eberle BE, et al. Dr. Chiappe, Gustavo Quim. Crisp, René. :78.
43. Anemias [Internet]. [citado 18 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-13061904>.

44. GRR_IMSS_415_10.pdf [Internet]. [citado 18 de julio de 2020]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/415_I_MSS_10_Anemia_def_hierro_May2a/GRR_IMSS_415_10.pdf.
45. OMS | Desarrollo en la adolescencia [Internet]. [citado 18 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.
46. 07-22 Pubertad y adolescencia.pdf [Internet]. [citado 18 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol_5num1-2017/07-22%20Pubertad%20y%20adolescencia.pdf.
47. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev Chil Pediatría. diciembre de 2015;86(6):436-43.
48. Farras DFP. Junta Directiva de la SEPEAP. :90.
49. Lozano JA. Infecciones del tracto urinario. Offarm. 1 de diciembre de 2003;22(11):96-100.
50. Ampudia MKM. Infección del tracto urinario no complicada. Rev Medica Sinerg. 1 de marzo de 2020;5(3):e382-e382.
51. Echevarría-Zarate J, Sarmiento Aguilar E, Osoreo-Plenge F. Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. Acta Médica Peru. enero de 2006;23(1):26-31.
52. Yuste Ara JR, del Pozo JL, Carmona-Torre F. Infecciones del tracto urinario. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado. 1 de marzo de 2018;12(51):3020-30.
53. Andrés Wurgaft K. Infecciones del tracto urinario. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 de julio de 2010;21(4):629-33.
54. Alam P. Infecciones del Tracto Urinario. :7.
55. 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. 14 de junio de 2017;17(1):32-42.
56. Ortiz P, Esteffany P. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en madres atendidas en el Hospital San José del Callao 2017. Repos ACADÉMICO USMP [Internet]. 2019 [citado 3 de diciembre de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/4952>.
57. Taipe Huaman A. Factores de riesgo asociado a parto pretermino en gestantes del servicio gineco- obstetricia del hospital regional de Ayacucho enero - junio 2018. Univ Nac Altiplano [Internet]. 13 de noviembre de 2018 [citado 3 de diciembre de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/8997>.
58. Flores E, Nieves J. Anemia en el tercer trimestre como factor de riesgo de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, junio-diciembre 2015. Repos Tesis - UNMSM [Internet]. 2016 [citado 3 de diciembre de 2020]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/5016>.

59. Carnero C, Xiomara Y. Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el periodo enero – junio del 2015. Repos Tesis - UNMSM [Internet]. 2016 [citado 3 de diciembre de 2020]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4712>.
60. Baños Medina R. FACTORES OBSTETRICOS ASOCIADOS AL PARTO PRETERMINO EN PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL EL CARMEN, HUANCAVELICA 2018. Repos Inst - UNH [Internet]. 10 de junio de 2019 [citado 3 de diciembre de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/2652>
61. Lozada A, Ayssa H. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita - 2017. Univ Nac Piura UNP [Internet]. 2018 [citado 3 de diciembre de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1187>
62. Chira JL, Sosa JL. FACTORES DE RIESGO PARA PARTO PRETERMINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN DE LAMBAYEQUE. Salud Vida Sipanense. 15 de noviembre de 2015;2(2):7-18.
63. 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. julio de 2020;20(3):419-24.
64. Montenegro N, Anabel C. Las infecciones del tracto urinario durante el embarazo y su relación con el parto pretérmino. Repos Inst - UCV [Internet]. 2019 [citado 3 de diciembre de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/40441>.
65. Primo I, Smith Y. RELACIÓN ENTRE LA INFECCIÓN URINARIA EN GESTANTES Y EL PARTO PRETERMINO DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, 2017. Univ Huánuco [Internet]. 2019 [citado 3 de diciembre de 2020]; Disponible en: <http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/207>

IX. ANEXOS

ANEXO 01. Matriz de Consistencia

TITULO	PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	POBLACION	DISEÑO	TAMAÑO DE LA MUESTRA	VARIABLES
<p>RELACION ENTRE LA ANEMIA, ADOLESCENCIA E INFECCION DEL TRACTO URINARIO CON EL PARTO PRETERMINO EN PACIENTES PUERPERAS DEL HOSPITAL CARLOS SHOWING FERRARI-HUANUCO, 2019.</p>	<p>¿CUÁL ES LA RELACIÓN ENTRE LA ANEMIA, ADOLESCENCIA E INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO CON EL PARTO PRETERMINO EN PACIENTES PUERPERAS DEL HOSPITAL CARLOS SHOWING FERRARI— HCO, 2019?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar la relación entre la anemia, adolescencia e infección del tracto urinario con el parto pretérmino en pacientes puérperas del Hospital Carlos Showing Ferrari-Hco, 2019.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar la relación entre la anemia y el parto pretérmino en pacientes puérperas del hospital Carlos Showing Ferrari-Hco, 2019. 2. Evaluar la relación entre la adolescencia y el parto pretérmino en pacientes puérperas del hospital Carlos Showing Ferrari-Hco, 2019. 3. Analizar la relación entre la infección del tracto urinario y el parto pretérmino en pacientes puérperas del hospital Carlos Showing Ferrari-Hco, 2019. 	<p>HIPOTESIS GENERAL Ha: La anemia, adolescencia e infección del tracto urinario están relacionados significativamente con el parto pretérmino en pacientes puérperas del hospital Carlos Showing Ferrari-HCO, 2019 Ho: La anemia, adolescencia e infección del tracto urinario están relacionados significativamente con el parto pretérmino en pacientes puérperas del hospital Carlos Showing Ferrari-HCO, 2019</p> <p>HIPOTESIS ESPECÍFICA Hipótesis específica 1 Ha1: La anemia está relacionado significativamente con el parto pretérmino en pacientes puérperas del hospital Carlos Showing Ferrari-HCO. Enero-diciembre 2019. Ho1: La anemia no está relacionado significativamente con el parto pretérmino en pacientes puérperas del hospital Carlos Showing Ferrari-HCO, 2019. Hipótesis específica 2 Ha2: La adolescencia está relacionado significativamente con el parto pretérmino en pacientes puérperas del hospital Carlos Showing Ferrari-HCO. Enero-diciembre 2019. Ho2: La adolescencia no está relacionado significativamente con el parto pretérmino en pacientes puérperas del hospital Carlos Showing Ferrari-HCO, 2019. Hipótesis específica 3 Ha3: La infección del tracto urinario está relacionado significativamente con el parto pretérmino en pacientes puérperas del hospital Carlos Showing Ferrari-HCO, 2019. Ho3: La infección del tracto urinario no está relacionado significativamente con el parto pretérmino en pacientes puérperas del hospital Carlos Showing Ferrari-HCO, 2019.</p>	<p>POBLACION DIANA Pacientes puérperas que se atendieron en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Carlos Showing Ferrari de enero a diciembre del 2019.</p> <p>POBLACION DE ESTUDIO Pacientes puérperas inmediatas, que se atendieron en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Carlos Showing Ferrari de enero a diciembre del 2019.</p>	<p>Diseño observacion analítico de tipo casos y controles.</p>	<p>El tamaño de la muestra será:</p> <p>CASOS (Parto pretérmino): 99 pacientes.</p> <p>CONTROLES (Parto A término): 99 pacientes.</p>	<p>Variable Independiente: anemia, adolescencia e infección del tracto urinario</p> <p>Variable Dependiente: Parto pretérmino</p> <p>Variable intervinientes: Atenciones prenatales , Preeclampsia y Ruptura prematura de membrana</p>

ANEXO 02. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: _____

FICHA N°: _____

TÍTULO DEL ESTUDIO:

“RELACION ENTRE LA ANEMIA, ADOLESCENCIA E INFECCION DEL TRACTO URINARIO CON EL PARTO PRETERMINO EN PACIENTES PUERPERAS DEL HOSPITAL CARLOS SHOWING FERRARI – HUANUCO, 2019.”

LUGAR: HOSPITAL CARLOS SHOWING FERRARI

Condiciones del Participante:

He sido invitado a participar en una investigación que será realizada por los alumnos de sexto año de la facultad de Medicina de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán Medrano. La información que se recoja a través de mi historia clínica, será utilizada única y exclusivamente con fines científicos y académicos.

Objetivo del Estudio:

Tengo conocimiento que esta recolección de datos formará parte de un estudio cuyo objetivo principal será determinar si existe asociación entre la anemia, adolescencia e infección del tracto urinario con el parto pretérmino en pacientes púerperas del Hospital Carlos Showing Ferrari- Huánuco, 2019

Tipo de Datos:

Entiendo que se recogerá datos de mi historia clínica en una ficha de recolección de datos que consta de datos sociodemográficos, características obstétricas y datos del puerperio.

Naturaleza del Compromiso:

Estoy informado que la investigación tiene un tiempo de duración de 9 meses, desde el 4 de mayo del 2020 al 15 de diciembre del 2020; pero que solo se recogerá mi información una sola vez a través de una ficha de recolección de datos.

Patrocinio:

Entiendo también que el presente estudio es un requisito indispensable para obtener el título de médico cirujano de los investigadores principales.

Selección de los Participantes:

Este estudio trabajará con las pacientes púerperas atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital Carlos Showing Ferrari en el año 2019.

Procedimiento:

Al firmar este documento doy mi consentimiento para que se utilice la información obtenida de mi historia clínica y recogida en una ficha de recolección de datos por los alumnos de sexto año de la facultad de Medicina de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la universidad nacional Hermilio Valdizán Medrano.

Beneficios Potenciales:

No recibiré ninguna compensación económica por estar en este estudio. Ya que participar en este estudio brinda un beneficio directo a la sociedad, así como al sistema de salud al conocer los factores de riesgo asociados al parto pretermino.

Garantía de Confidencialidad:

Se me ha comunicado que mis datos no serán revelados y que no se me identificará en el informe final del estudio.

Consentimiento Voluntario y Derecho a retirarse o rehusarse:

Por lo expuesto, he accedido libremente a este estudio y se me ha notificado que mi participación es completamente voluntaria y que tengo derecho a rehusarme a participar pudiendo retirarme en cualquier momento y no ser afectado por mi actitud.

Alternativas:

Estoy informado de que no recibiré tratamientos ni se me practicará procedimientos alternativos y que mi participación solo brindará información a través de recolección de datos.

Información para el Establecimiento de Contactos:

NOMBRE	CARGO EN EL PROYECTO	INSTITUCION
SANTIAGO BERRIOS EDWIN	INVESTIGADOR PRINCIPAL	UNHEVAL
RAYMUNDO GOMEZ JOSE LUIS	INVESTIGADOR PRINCIPAL	UNHEVAL

ANEXO 03. Instrumento



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



INSTRUMENTO DE MEDICION:

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TEMA: “RELACION ENTRE ANEMIA, ADOLESCENCIA E INFECCION DEL TRACTO URINARIO CON EL PARTO PRETERMINO EN PACIENTES GESTANTES DEL HOSPITAL CARLOS SHOWING FERRARI-HUANUCO, EN EL AÑO 2019”

FECHA: ____/____/____ **HCL:** ____ **FICHA N°**

INTRODUCCIÓN:

El presente instrumento de recolección de datos es anónima, realizado en el marco de nuestro estudio titulado: ASOCIACION ENTRE ANEMIA, ADOLESCENCIA E INFECCION DEL TRACTO URINARIO CON EL PARTO PRETERMINO.

NÚMERO ASIGNADO:

I. Características socio-demográficas:

1. Cuanto es la edad de la gestante:

- 1) Adolescente (11 a 19 años) 2) Adulta (20 años a mas)

2. Grado de Instrucción

- 1) Primaria 2) Secundaria
3) Técnica 4) Universitario

3. Estado civil:

- 1) Soltera 2) Casada 3) Conviviente

4. Ocupación:

- 1) Ama de casa 2) Estudiante 3) Profesional 4) Comerciante

5. Religión:

- 1) Católica 2) Otros

II. Características obstétricas:

1. GESTAS:

2. FUR:..... Primera Ecografía:.....

3. Edad Gestacional:.....

4. Número de Psicoprofilaxis.....

5. Nivel de hemoglobina

Trimestre del embarazo:

Fecha: ____/____/____ EG:

Valor de la Hemoglobina:

6. En el parto:

1. Fecha de parto: ___/___/ ___

2. Tipo de Parto:

Parto pretérminoSemana:

Parto a término.....Semana:

Parto postérmino.....Semana:

7. Atenciones Prenatales

Controlada.....

Mal Controlada.....

Número de atenciones recibidas

8. Factores de riesgo Gineco-obstétricos asociados al parto pretérmino:

- | | | |
|---|--------|--------|
| 1. Hábitos nocivos (cigarrillos, alcohol o droga) | SI () | NO () |
| 3. Ruptura Prematura de membranas | SI () | NO () |
| 4. Preeclampsia | SI () | NO () |
| 5. Amenaza de aborto en el 1er trimestre | SI () | NO () |

IX. INFECCION DEL TRACTO URINARIO:

SI: NO:

Examen de orina

1. Leucocitos:

Los datos serán recopilados
única y exclusivamente de las

ANEXO 04. CONSTANCIA DE SIMILITUD DE TESIS



UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
FACULTAD DE MEDICINA
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN



CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe:

Mg. Joel Tucto Berríos

HACE CONSTAR que:

La Tesis titulada **RELACIÓN ENTRE LA ANEMIA, ADOLESCENCIA E INFECCION DEL TRACTO URINARIO CON EL PARTO PRETERMINO EN PACIENTES PUERPERAS DEL HOSPITAL CARLOS SHOWING FERRARI-HUÁNUCO, 2019.** realizada por los Bachilleres en Medicina Humana:

- SANTIAGO BERRIOS, Edwin
- RAYMUNDO GÓMEZ, José Luis

Cuenta con un **índice de similitud del 23%** verificable en el Reporte de Originalidad del software antiplagio **Turnitin**. Luego del análisis se concluye que, cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio, por lo expuesto la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias, además de presentar un índice de similitud menor al 35% establecido en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán.

Huánuco, 8 de mayo del 2023



Mg. Joel TUCTO BERRÍOS

DIRECTOR

ANEXO 05. ACTA DE DEFENSA DE TESIS

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN DE
HUÁNUCO
FACULTAD DE MEDICINA



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

En la ciudad de Huánuco, a los 23 días del mes de mayo del año dos mil veintitrés, siendo las 16 horas con 05 minutos, y de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL modificado, aprobado mediante Resolución de Consejo Universitario N° 3412-UNHEVAL, de fecha 24.OCT.2022; se reunieron en el auditorio de la Facultad de Medicina los miembros del Jurado de Tesis, nombrado con la Resolución N°066-2022-UNHEVAL-FM-D, de fecha 29.MAR..2022, para proceder con la Evaluación de la Tesis Titulada "RELACION ENTRE LA ANEMIA, ADOLESCENCIA E INFECCION DEL TRACTO URINARIO CON EL PARTO PRETERMINO EN PACIENTES PUERPERAS DEL HOSPITAL CARLOS SHOWING FERRARI-HUÁNUCO, 2019", elaborado por las Bachilleres en Medicina Humana SANTIAGO BERRIOS, Edwin y RAYMUNDO GÓMEZ, José Luis, para obtener el TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO, estando conformado el jurado por los siguientes docentes:

- | | |
|---------------------------------------|--------------------|
| ✦ Dr. ALVARADO CALIXTO, Niltón Ovidio | PRESIDENTE |
| ✦ Mg. GONZÁLEZ SÁNCHEZ, José Ernesto | SECRETARIO |
| ✦ Dr. BAUER ORMAECHEA, Erwin Joel | VOCAL |
| ✦ MC. PAREDES ROJAS, Jorge Luis | ACCESITARIO |

Habiendo finalizado el acto de sustentación de Tesis, el Presidente del Jurado Evaluador indica a las sustentantes y a los presentes retirarse de la sala de sustentación para la calificación final, quedando las sustentantes *aprobados* con la nota de 16 equivalente a *bueno* con lo cual se da por concluido el proceso de sustentación a *17* horas con *03* minutos, en fe de lo cual firmamos.

Dr. ALVARADO CALIXTO, Niltón Ovidio
PRESIDENTE

Méd. PAREDES ROJAS, Jorge Luis
SECRETARIO

Dr. BAUER ORMAECHEA, Erwin Joel
VOCAL

Observaciones:

-Excelente (19 y 20)
-Muy Bueno (17,18)
-Bueno (14,15 y 16)

Elab. Sec. EBT

ANEXO 06. NOTA BIOGRAFICA

SANTIAGO BERRIOS EDWIN

Nació el 12 de octubre de 1993 en la ciudad de Huánuco, en el departamento de Huánuco. Cursó su primaria y secundaria en la I.E Hermilio Valdizán. Inició sus estudios de medicina en la Universidad Nacional Hermilio Valdizán en el 2011. Realizó el internado médico en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco en el 2022. Recibió el grado de Bachiller en Medicina Humana en abril del 2023.

RAYMUNDO GOMEZ JOSE LUIS

Nació el 17 de setiembre de 1989 en la ciudad de Huánuco, en el departamento de Huánuco. Cursó su primaria en la I.E. Pedro Sánchez Gavidia en Huánuco. Inició sus estudios de medicina en la Universidad Nacional Hermilio Valdizán en el 2010. Realizó el internado médico en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales de Lima en el 2022. Recibió el grado de Bachiller en Medicina Humana en abril del 2023.

ANEXO 07. AUTORIZACION DE PUBLICACIÓN DIGITAL



AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DIGITAL Y DECLARACIÓN JURADA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR UN GRADO ACADÉMICO O TÍTULO PROFESIONAL

1. Autorización de Publicación: *(Marque con una "X")*

Pregrado	x	Segunda Especialidad		Posgrado:	Maestría		Doctorado	
<i>Pregrado (tal y como está registrado en SUNEDU)</i>								
Facultad	Medicina							
Escuela Profesional	Medicina Humana							
Carrera Profesional	Medicina Humana							
Grado que otorga								
Título que otorga	Médico Cirujano							
<i>Segunda especialidad (tal y como está registrado en SUNEDU)</i>								
Facultad								
Nombre del programa								
Título que Otorga								
<i>Posgrado (tal y como está registrado en SUNEDU)</i>								
Nombre del Programa de estudio								
Grado que otorga								

2. Datos del Autor(es): *(Ingrese todos los datos requeridos completos)*

Apellidos y Nombres:		Santiago Berrios Edwin						
Tipo de Documento:	DNI	X	Pasaporte		C.E.		Nro. de Celular:	953160658
Nro. de Documento:	73992423					Correo Electrónico:	esanber1012@gmail.com	
Apellidos y Nombres:		Raymundo Gómez José Luis						
Tipo de Documento:	DNI	X	Pasaporte		C.E.		Nro. de Celular:	910961585
Nro. de Documento:	46022193					Correo Electrónico:	raymundogomezjl@gmail.com	
Apellidos y Nombres:								
Tipo de Documento:	DNI		Pasaporte		C.E.		Nro. de Celular:	
Nro. de Documento:						Correo Electrónico:		

3. Datos del Asesor: *(Ingrese todos los datos requeridos completos según DNI, no es necesario indicar el Grado Académico del Asesor)*

¿El Trabajo de Investigación cuenta con un Asesor?: <i>(marque con una "X" en el recuadro del costado, según corresponda)</i>								SI	X	NO	
Apellidos y Nombres:		Alva Díaz, Violeta					ORCID ID:	0000-0002-4106-652X			
Tipo de Documento:	DNI	X	Pasaporte		C.E.		Nro. de documento:	07633017			

4. Datos del Jurado calificador: *(Ingrese solamente los Apellidos y Nombres completos según DNI, no es necesario indicar el Grado Académico del Jurado)*

Presidente:	Alvarado Calixto Nilton Ovidio
Secretario:	González Sánchez José Ernesto
Vocal:	Bauer Ormaechea Erwin Joel
Vocal:	
Vocal:	
Accesitario	Paredes Rojas Jorge Luis



5. Declaración Jurada: *(Ingrese todos los datos requeridos completos)*

a) Soy Autor (a) (es) del Trabajo de Investigación Titulado: *(Ingrese el título tal y como está registrado en el Acta de Sustentación)*
 RELACION ENTRE LA ANEMIA, ADOLESCENCIA E INFECCION DEL TRACTO URINARIO CON EL PARTO PRETERMINO EN PACIENTES PUERPERAS DEL HOSPITAL CARLOS SHOWING FERRARI – HUÁNUCO, 2019

b) El Trabajo de Investigación fue sustentado para optar el Grado Académico ó Título Profesional de: *(tal y como está registrado en SUNEDU)*
 TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

c) El Trabajo de investigación no contiene plagio (ninguna frase completa o párrafo del documento corresponde a otro autor sin haber sido citado previamente), ni total ni parcial, para lo cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias.

d) El trabajo de investigación presentado no atenta contra derechos de terceros.

e) El trabajo de investigación no ha sido publicado, ni presentado anteriormente para obtener algún Grado Académico o Título profesional.

f) Los datos presentados en los resultados (tablas, gráficos, textos) no han sido falsificados, ni presentados sin citar la fuente.

g) Los archivos digitales que entrego contienen la versión final del documento sustentado y aprobado por el jurado.

h) Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a la Universidad Nacional Hermilio Valdizán (en adelante LA UNIVERSIDAD), cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido del Trabajo de Investigación, así como por los derechos de la obra y/o invención presentada. En consecuencia, me hago responsable frente a LA UNIVERSIDAD y frente a terceros de cualquier daño que pudiera ocasionar a LA UNIVERSIDAD o a terceros, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar causas en la tesis presentada, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello. Asimismo, por la presente me comprometo a asumir además todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse para LA UNIVERSIDAD en favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido del trabajo de investigación. De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán.

6. Datos del Documento Digital a Publicar: *(Ingrese todos los datos requeridos completos)*

Ingrese solo el año en el que sustentó su Trabajo de Investigación: <i>(Verifique la Información en el Acta de Sustentación)</i>			2023
Modalidad de obtención del Grado Académico o Título Profesional: <i>(Marque con X según Ley Universitaria con la que inició sus estudios)</i>	Tesis	<input checked="" type="checkbox"/>	Tesis Formato Artículo
	Trabajo de Investigación	<input type="checkbox"/>	Trabajo de Suficiencia Profesional
	Trabajo Académico	<input type="checkbox"/>	Otros <i>(especifique modalidad)</i>

Palabras Clave: <i>(solo se requieren 3 palabras)</i>	Anemia	Adolescencia	Parto Pretérmino
---	--------	--------------	------------------

Tipo de Acceso: <i>(Marque con X según corresponda)</i>	Acceso Abierto	<input checked="" type="checkbox"/>	Condición Cerrada (*)	<input type="checkbox"/>
	Con Periodo de Embargo (*)	<input type="checkbox"/>	Fecha de Fin de Embargo:	<input type="text"/>

¿El Trabajo de Investigación, fue realizado en el marco de una Agencia Patrocinadora? <i>(ya sea por financiamientos de proyectos, esquema financiero, beca, subvención u otras; marcar con una "X" en el recuadro del costado según corresponda):</i>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
--	----	--------------------------	----	-------------------------------------

Información de la Agencia Patrocinadora:

El trabajo de investigación en digital y físico tienen los mismos registros del presente documento como son: Denominación del programa Académico, Denominación del Grado Académico o Título profesional, Nombres y Apellidos del autor, Asesor y Jurado calificador tal y como figura en el Documento de Identidad, Título completo del Trabajo de Investigación y Modalidad de Obtención del Grado Académico o Título Profesional según la Ley Universitaria con la que se inició los estudios.

7. Autorización de Publicación Digital:

A través de la presente. Autorizo de manera gratuita a la Universidad Nacional Hermilio Valdizán a publicar la versión electrónica de este Trabajo de Investigación en su Biblioteca Virtual, Portal Web, Repositorio Institucional y Base de Datos académica, por plazo indefinido, consintiendo que con dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente. Se autoriza cambiar el contenido de forma, más no de fondo, para propósitos de estandarización de formatos, como también establecer los metadatos correspondientes.

		
Firma:		
Apellidos y Nombres:	Santiago Berrios Edwin	Huella Digital
DNI:	73992423	
		
Firma:		
Apellidos y Nombres:	Raymundo Gómez José Luis	Huella Digital
DNI:	46022193	
		
Firma:		
Apellidos y Nombres:		Huella Digital
DNI:		
Fecha: 30/05/2023		

Nota:

- ✓ No modificar los textos preestablecidos, conservar la estructura del documento.
- ✓ Marque con una X en el recuadro que corresponde.
- ✓ Llenar este formato de forma digital, con tipo de letra **calibri**, **tamaño de fuente 09**, manteniendo la alineación del texto que observa en el modelo, sin errores gramaticales (*recuerde las mayúsculas también se tildan si corresponde*).
- ✓ La información que escriba en este formato debe coincidir con la información registrada en los demás archivos y/o formatos que presente, tales como: DNI, Acta de Sustentación, Trabajo de Investigación (PDF) y Declaración Jurada.
- ✓ Cada uno de los datos requeridos en este formato, es de carácter obligatorio según corresponda.

ANEXO 08. Validación del Instrumento

NUMERO	INSTITUCION DONDE LABORA	ESPECIALIDAD	EXPERTO EN EL ESTUDIO	PROMEDIO
1	Hospital II EsSalud Huánuco	Ginecólogo	Dr. Jose Gutarra Vara	90
2	Hospital II EsSalud Huánuco	Ginecólogo	Dr. Arnulfo Espinoza Rojas	85
3	Consultorio Particular	Ginecólogo	Dr. Nilton Alvarado Calixto	85
4	Hospital Regional Hermilio Valdizan	Ginecólogo	Dr. Jaime Flores Lavado	75
5	C.S. Aparicio Pomares	Obstetra	Obst. Penelope Alvarado Chavez	80