

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE ESTUDIO DE MEDICINA



**Tratamiento a embarazadas con amenaza de parto prematuro y
cuidado del neonatal en un hospital público del Distrito de
Chimbote, 2022**

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autor:

George Yoel, Giraldo Bernuy

Asesor

Franco Lizarzaburu, Javier Reynaldo
(Código ORCID: 0000-0002-9558-8059)

Nuevo Chimbote – Perú

2023

INDICE DE CONTENIDOS

INDICE DE TABLAS	ii
PALABRA CLAVE	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT.....	v
INTRODUCCIÓN	1
METODOLOGÍA	18
Tipo y Diseño de investigación	18
Población - Muestra y Muestreo	18
Técnicas e instrumentos de investigación.....	19
Procesamiento y análisis de la información.....	20
RESULTADOS	21
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	27
CONCLUSIONES	30
RECOMENDACIONES.....	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
ANEXOS	34

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	Frecuencia tratamiento de amenaza de parto pretérmino en embarazadas en un hospital público del Distrito de Chimbote, 2022.....	20
Tabla 2	Frecuencia cuidado neonatal de recién nacidos pretérmino de madres con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino en un hospital público del Distrito de Chimbote, 2022.....	21
Tabla 3	Asociación entre el tratamiento en embarazadas con amenaza de parto pretérmino con el cuidado neonatal en el en un hospital público del Distrito de Chimbote, 2022.....	23

1 Palabra clave

Tema	Parto prematuro
Especialidad	Ginecología y Obstetricia

Keywords

Subject	Premature Birth
Speciality	Gynecology and Obstetrics

Línea de investigación

Línea de investigación	Salud materna y perinatal
Área	Ciencias médicas y de la Salud
Subárea	Medicina Clínica
Disciplina	Obstetricia y ginecología

2 Título

Tratamiento a embarazadas con amenaza de parto pretérmino y cuidado del neonatal en un hospital público del Distrito de Chimbote, 2022

3 Resumen

El objetivo de este estudio es establecer la relación entre el tratamiento de la gestante pretérmino y la atención neonatal en el Hospital Público Distrital de Chimbote en el año 2022. Las metodologías utilizadas son estudios básicos, correlacionales, prospectivos, transversales y no experimentales. Muestra: 64 historias clínicas ginecológicas de gestantes pretérmino. Técnicas de Observación Directa y Herramientas de Recolección de Datos Ad Hoc: Los resultados obtenidos indicaron que el tratamiento más común para la amenaza de trabajo de parto prematuro fue la terapia con antibióticos (77.8%) y el cuidado neonatal más común: APGAR a los 6 años fue el primer minuto es más común y sin dolor. , taquipnea, hemorragia, ictericia. Sé que los tratamientos que se dan a las embarazadas pretérmino están asociados con valores de $p \leq 0,50$.

4 Abstract

The objective of this study is to establish the relationship between the treatment of preterm pregnant women and neonatal care at the Chimbote Public District Hospital in the year 2022. The methodologies used are basic, correlational, prospective, cross-sectional and non-experimental studies. Sample: 64 gynecological medical records of preterm pregnant women. Direct Observation Techniques and Ad Hoc Data Collection Tools: The results obtained indicated that the most common treatment for threatened preterm labor was antibiotic therapy (77.8%) and the most common neonatal care: APGAR at 6 years was the first minute is more common and painless. tachypnea, hemorrhage, jaundice. I know that treatments given to preterm pregnant women are associated with p values ≤ 0.50 .

5 Introducción

Antecedentes y fundamentación científica

Antecedentes internacionales

Villalba (2022) realizó un estudio en Ecuador en el año 2021 para analizar el riesgo de parto prematuro y el tratamiento de las pacientes con COVID-19 que acuden al Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital General José María Velasco Ibarra. MÉTODOS: Este es un metanálisis de 2120 mujeres embarazadas. Un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal realizado en el Hospital General José María Velasco Ibarra en el año 2021 confirmó antecedente de aborto espontáneo diagnosticado antes de las 37 semanas. En la muestra compuesta, 177 mujeres embarazadas dieron positivo por el virus y 26 mujeres dieron a luz prematuramente. 61,5% de adultos y 53,8% de gestantes. El 84,6% tenía anticoncepción insuficiente. Las infecciones genitales causaron el 67,8% de las complicaciones durante el parto. El 65,39% de los pacientes nació prematuramente. Entre los pacientes infectados con COVID-19, la cesárea fue del 46,16%. El tamaño del cuello uterino es limitado y el 57,7% son aptos para terapia antitrombótica. CONCLUSIONES: Según lineamientos del Ministerio de Salud, este manejo fue efectivo en posponer el parto después de las 37 semanas de gestación en un 47,4%. También se observó un resultado positivo en el 86,64% de los recién nacidos cuyos puntajes de APGAR estaban dentro del rango normal desde el minuto de vida. Sin embargo, la tasa de cesáreas de estas pacientes fue alta, del 46,16 %.

Wolf et al. (2020) Danish MEDLINE, Embase, Cochrane y ClinicalTrials.gov revisaron estudios en mujeres con riesgo de parto prematuro para evaluar los efectos neuroprotectores del sulfato de magnesio en el feto. Se obtuvieron datos que muestran los riesgos relativos y los intervalos de confianza,

se incluyeron seis estudios elegibles con un total de 5917 mujeres y se encontró que el uso de sulfato de magnesio redujo el riesgo de parálisis cerebral con un riesgo relativo de 0,68 con un 95% de confianza a 0,85. El estudio concluyó que dar sulfato de magnesio a mujeres con riesgo de parto prematuro puede reducir el riesgo de parálisis cerebral en el recién nacido.

Zumpano, et al. (2018) Se realizó un estudio multicéntrico de 1491 mujeres pretérmino derivadas de 20 hospitales en 3 regiones de Brasil para evaluar el uso de tocolíticos en trabajo de parto prematuro en Brasil. Para determinar la asociación de variables sociodemográficas y obstétricas se realizó un análisis bivariado y se calcularon estadísticamente los coeficientes. Resultados: Se reportaron 1491 mujeres con trabajo de parto pretérmino espontáneo que recibieron tratamiento o control con tocolíticos. De los 342 (23%) que recibían tocolíticos en esta proporción, el 61,8% tenían <34 semanas, 1149 (77%) estaban en espera de tratamiento y el 73% tenían >34 semanas. Los fármacos más utilizados son los bloqueadores de los canales de calcio en más del 60% y los análogos beta en más del 30%. Las complicaciones neonatales y maternas fueron más comunes en el grupo de tocolíticos, y se informó el uso de corticosteroides en el grupo de atención expectante. Los tocolíticos a menudo se usan hasta las 34 semanas, las precauciones son comunes en el grupo de prematuros tardíos, los bloqueadores de los canales de calcio se usan a menudo y los tocolíticos son comunes en los bebés. Se concluyó que estaba relacionado con las complicaciones y el feto.

Vera-Loor y Mielles-Oñate (2018) Debido a la imprecisión de estimar la prevalencia de complicaciones neonatales por parto prematuro materno y antecedente de preeclampsia, realizaron un seguimiento transversal de 300 recién nacidos prematuros en una buena clínica ambulatoria en Guayaquil. Se utilizó como inferencia estadística la distribución de frecuencias absolutas y relativas (%). Como resultado, la preeclampsia se asoció con el 36,7 % de los recién nacidos prematuros y se informaron síndrome de dificultad respiratoria (63,6 %) y sepsis neonatal (21,8 %).

Mezzabotta (2018) en Argentina, Coordinadora de Consenso para la prevención del parto prematuro, Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires. La tasa de parto prematuro se estima en 10% a nivel mundial y 8,5% en Argentina. Se estableció una definición de consenso de parto prematuro y riesgo de parto prematuro, y el parto prematuro se definió como el nacimiento entre 22 y 36,6 semanas. semanas de gestación Según el consenso de que el tratamiento antibiótico oportuno reduce en un 64% el parto prematuro, la primera visita prenatal debe incluir un urocultivo y la orden de antibióticos.

Armaulia y Sánchez (2018) en Lima, En el Instituto Nacional Materno Perinatal de Perú, 150 gestantes con riesgo de parto prematuro y 50 gestantes que recibieron sulfato de magnesio como inhibidor de toxina compararon los efectos de la contracción uterina y la prolongación del embarazo. Estudios observacionales, comparativos y transversales. Más de 50 en el grupo de isuracilo. Un tercer grupo usa nifedipina. Los resultados mostraron que el 92% de los tratamientos fueron efectivos prolongando el embarazo en más de 1 semana, término parcial, el 86% de sulfato de magnesio prolongó el embarazo en más de 7 días y el 70% de isopreno prolongado. El embarazo duró hasta 7 días y la nifedipina fue igualmente efectiva en el 52 % de los embarazos. El estudio concluyó que el sulfato de magnesio fue más eficaz que la nifedipina y el isuracilo para prolongar el embarazo.

Ponce (2021) Estudio realizado de julio a noviembre de 2019 en el Hospital Chimbote EsSalud III de Chimbote, Perú, para determinar la relación entre la salud del recién nacido y la atención de las gestantes diagnosticadas con trabajo de parto prematuro y posparto. mes. Se evaluaron los datos clínicos de 48 gestantes y se dividió el tratamiento entre tocolíticos, corticoides, antibioticoterapia y sulfato de magnesio. También evaluamos la historia clínica de 48 recién nacidos y obtuvimos datos sobre la salud neonatal, incluida la edad gestacional, el peso al nacer, el APGAR al minuto y al minuto 5, las complicaciones posparto y la frecuencia del manejo respiratorio. El diseño de este estudio es observacional,

descriptivo, correlacional y retrospectivo para describir la efectividad de la intervención. Los métodos estadísticos utilizados fueron puntaje de Apgar, prueba U de Mann-Whitney y chi-cuadrado ponderado para medidas de edad gestacional, trabajo de parto y nacimiento por variables de bienestar neonatal aplicados para manipular variables independientes obtenidas de escalas nominales. Enfermedad concomitante después del nacimiento. . El programa estadístico utilizado fue el SPSS versión 26. Los resultados de la tabla muestran que el 75,6% usaba antibióticos, el 60,9% usaba corticoides, el 56,1% usaba analgesia tocolítica y el 14,6% usaba sulfato de magnesio. puntuación APGAR menos de 7 minutos - 7,3%, menos de 5 minutos - 2,5%, taquipnea transitoria 26,5%, insuficiencia respiratoria 12,2%; tocar Se concluyó que no existe relación entre el trato recibido y el estado de salud del recién nacido.

La prematuridad se definió como el nacimiento prematuro que ocurre entre las semanas 22 y 36 y los 6 días de gestación (ACOG, 2016; Mezzabotta, 2018). Los países con las tasas de enfermedad más altas siempre han tenido sistemas de salud deficientes, con algunos países africanos que alcanzan el 18 % y viceversa en Europa con el 5 %, mientras que las tasas de nacimientos prematuros varían entre el 8 y el 10 %. (OMS, 2019).

Su aparición es una causa importante de morbilidad y mortalidad perinatal, por lo que la detección temprana es importante para el tratamiento temprano (Nayack, 2018).

Se considera tocólisis al uso de fármacos encaminados a prolongar el embarazo cuando éste comienza a encogerse antes del tiempo especificado, siendo necesario también utilizar un tratamiento que no sea tocolítico, pero que permita la maduración de los pulmones fetales (Simhan et al., 2018).

Los tocolíticos son medicamentos que se usan para reducir las contracciones uterinas para prevenir el parto prematuro y pueden prolongar el embarazo hasta 7

días sin afectar la tasa de partos prematuros (Doret et al., 2019). El uso de tocolíticos para el tratamiento del trabajo de parto prolonga el embarazo, y la administración continua tiene poco beneficio y evita una mayor prolongación del embarazo o un aumento del peso al nacer. (Serra, 2016).

El objetivo principal de los tocolíticos es inhibir las contracciones uterinas para prevenir el parto prematuro. Fármacos utilizados como tocolíticos: nifedipino, isoxano y sulfato de magnesio. El éxito de estos medicamentos depende de qué tan bien funcionen, por lo que la detección temprana es importante. También se ha demostrado que los corticosteroides promueven el desarrollo pulmonar fetal. (Robles Arce et al., 2020).

Según la información proporcionada por la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires, la sedación uterina se define como contracciones uterinas con una frecuencia de 1 vez en 10 minutos durante 30 segundos y no menos de 1 hora con la desaparición del cuello uterino en un 50% y dilatación al menos 3 cm entre las semanas 22 y 36,6 de embarazo (SOGIBA, 2018).

La Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia acepta que la indicación del tratamiento tocolítico de la amenaza de parto prematuro es retrasar el trabajo de parto al menos 48 horas, lo que permite que los corticoides prenatales actuales intenten reducir la morbimortalidad de los prematuros, y permite un tiempo precioso a gastar en trasladar a las mujeres embarazadas a establecimientos de salud más complejos (Voto et al., 2014).

Según el American College of Obstetricians and Gynecologists, los criterios para considerar la terapia tocolítica incluyen más de 6 contracciones en 60 minutos que resulten en cambios cervicales confirmados o sospechados, 50% de derrame cervical o 2 cm o más de dilatación cervical. Si las contracciones ocurren sin signos de cambios cervicales, el tratamiento incluye observación continua o

sueño terapéutico (ACOG, 2016). Se debe ofrecer tratamiento tocolítico siempre que no existan contraindicaciones (Serra, 2016).

La nifedipina es un bloqueador de los canales de calcio que bloquea el flujo transmembrana de iones. Debido a que estas estructuras (canales) se encuentran en el músculo liso arteriovenoso y no vascular, son ampliamente utilizadas en el tratamiento de enfermedades cardiovasculares e hipertensión (Carrasco & Karina, 2017). Uno de los efectos del bloqueo de estos canales es evitar la formación de músculo liso. Por tanto, la capacidad contráctil de la célula interfiere con su capacidad de proteger la cavidad. Se absorbe bien por vía oral, se metaboliza en el hígado independientemente de la dieta y el efecto probiótico dura 30 minutos, hasta 1 hora y, por lo general, 2 horas después de la ingestión (Aggarwal et al., 2018). Los efectos secundarios maternos esperados incluyen hipotensión y taquicardia compensada, náuseas y vómitos, y enrojecimiento facial y faríngeo. No hay evidencia de que pueda dañar al bebé nonato. El tratamiento comenzó con 10-20 mg 3 veces cada 20 minutos, 10 mg cada 4 horas durante las primeras 24 horas, luego por vía oral cada 8 horas durante 6 días. (Tsatsaris et al., 2001).

La nifedipina es un bloqueador de los canales de calcio que bloquea el flujo transmembrana de iones. Debido a que estas estructuras (canales) están ubicadas en el músculo liso arteriovenoso y no vascular, son ampliamente utilizadas en el tratamiento de enfermedades cardiovasculares e hipertensión (Carrasco & Karina, 2017). Uno de los efectos del bloqueo de estos canales es evitar la formación de músculo liso. Por tanto, la capacidad contráctil de la célula interfiere con su capacidad de proteger la cavidad. Se absorbe bien por vía oral, se metaboliza en el hígado independientemente de la dieta y el efecto probiótico dura 30 minutos, hasta 1 hora y, por lo general, 2 horas después de la ingestión (Aggarwal et al., 2018). Los efectos secundarios maternos esperados incluyen hipotensión y taquicardia compensada, náuseas y vómitos, y enrojecimiento facial y faríngeo. No hay evidencia de que pueda dañar al bebé

nonato. El tratamiento comenzó con 10-20 mg 3 veces cada 20 minutos, 10 mg cada 4 horas durante las primeras 24 horas, luego por vía oral cada 8 horas durante 6 días. (Alavi et al., 2015).

El sulfato de magnesio también es un agente tocolítico, como cofactor fisiológico para la bomba de sodio-potasio en la membrana de la célula muscular, inhibe el sistema nervioso central, bloquea la liberación de acetilcolina y, por lo tanto, inhibe la transmisión neuromuscular periférica, lo que hace que el músculo liso relaje el músculo esquelético. y el corazón. Músculos (Shepherd et al., 2019). También es diurético y vasodilatador y ayuda a reponer el potasio intracelular al optimizar la bomba de sodio-potasio (Durlach et al., 2005).

Los niveles de magnesio en sangre oscilan entre 1,5 y 2,2 mEq/l. El efecto del sulfato de magnesio intravenoso es rápido y el mejor efecto ocurre dentro de los 30 minutos. Actúa 1 hora después de la inyección intramuscular y persiste por más de 4 horas; 4-6 g de sulfato de magnesio, correspondiente a una tasa de dilución de 1 g por hora (Crowther et al., 2014). Los efectos secundarios incluyen náuseas y vómitos, presión arterial baja, disminución de los reflejos tendinosos, sedación, parálisis muscular y depresión respiratoria que puede provocar la muerte. La hipoxia neonatal es un efecto secundario. (Shepherd et al., 2019).

Los corticosteroides prenatales se asocian con mejores resultados neonatales (morbilidad y mortalidad reducidas, incidencia reducida del síndrome de dificultad respiratoria y duración de la ventilación mecánica u oxígeno suplementario). Para ser utilizado correctamente, el diagnóstico de trabajo de parto prematuro primero debe confirmarse mediante cervicectomía o confirmación de dilatación durante dos horas, y la edad gestacional debe confirmarse utilizando toda la información disponible (fecha del último período, examen médico primer trimestre, primer trimestre).). ecografía, altura uterina) (OMS, 2017).

Si se cumplen estos criterios, las mujeres embarazadas con riesgo de parto prematuro deben recibir corticoterapia prenatal entre las 24 y 34 semanas de gestación para completar la maduración pulmonar fetal y permitir la supervivencia neonatal. Además, los bebés prematuros pueden recibir corticosteroides según sea necesario. Sin signos de infección. Atención adecuada (reanimación, hipertermia, soporte nutricional, tratamiento de infecciones, uso seguro de oxígeno) (OMS, 2017).

Si no se puede brindar al recién nacido un parto adecuado y atención temprana (incluida la reanimación, la terapia con calor, el apoyo nutricional, el tratamiento de infecciones y el uso seguro de oxígeno), se debe derivar a una madre sustituta a un hospital que pueda brindar la atención adecuada. Si se cumplen todos los criterios para la administración segura de corticosteroides, considere la administración prenatal inicial de corticosteroides antes del transporte además de cuidar a los bebés prematuros (OMS, 2017).

Si se cumplen estas condiciones, la madre debe recibir los siguientes 01 ciclos de corticoides: betametasona 12 mg IM cada 24 horas por 01 dosis por 2 días o dexametasona 6 mg IM cada 12 horas 01 dosis, duración 2 días (OMS, 2017).

La diabetes gestacional requiere el mantenimiento de un control glucémico óptimo. Repita el curso de corticosteroides prenatales si no ha habido un parto prematuro dentro de los 7 días posteriores al tratamiento inicial con corticosteroides y una evaluación clínica adicional indica un mayor riesgo de parto prematuro dentro de los próximos 7 días (WHO 2017; Rellan et al. 2017).

No se deben usar antibióticos profilácticos a menos que haya evidencia clínica de ruptura de membrana o infección. Si se confirma la colonización por estreptococos del grupo B, amoxicilina 500 mg por vía oral cada 8 horas durante 7 días. Si hay signos clínicos de ruptura de membranas o infección, se debe iniciar terapia con antibióticos para reducir el riesgo de corioamnionitis en la madre e infección en el recién nacido (como neumonía, anomalías cerebrales). Eritromicina

250 mg po 10 horas al día (o hasta el parto) cada 6 horas o ampicilina 2 g IV cada 6 horas. El uso concomitante de amoxicilina y ácido clavulánico aumenta el riesgo de enterocolitis necrosante asociada a rotura prematura de membranas y no debe utilizarse (OMS, 2017).

Según la R.A.E., el bienestar (Real Academia de España, 2019), un estado en el que se sensibiliza el funcionamiento normal de las actividades físicas y mentales de una persona, se define como un periodo para evaluar la salud del recién nacido. en consideración. desde la última menstruación. El tiempo medido en semanas desde el inicio del ciclo hasta la fecha actual (MedlinePlus, 2019) determina la madurez del órgano. Los recién nacidos se clasificaron según la edad gestacional. Prematuro si tiene menos de 37 semanas, posnatal si tiene entre 37 y 41 semanas y posnatal si tiene 42 semanas o más (Panta, 2018). Los recién nacidos prematuros se clasificaron como prematuros tardíos (32 a 36 semanas), prematuros moderados (30 a 33 semanas), prematuros extremos (26 a 29 semanas) y prematuros extremos (22 a 25 semanas) según la edad gestacional.

Otra característica a evaluar es el peso al nacer. Es un indicador de supervivencia o riesgo neonatal. Se utiliza en todo el mundo para evaluar el estado nutricional fetal y el éxito de la atención prenatal, monitorear el crecimiento y desarrollo infantil, y reducir la mortalidad infantil y los resultados de salud durante el embarazo y el primer año de vida y la primera infancia (Panta, 2018). Clasificados como macrosomas: >4000 g, peso estándar: 2500 - 3999 g, ligero: 1500 g - 2500 g, ultraligero: <1500 g (México, 2016).

APGAR es un sistema de puntuación para evaluar la frecuencia cardíaca, el esfuerzo respiratorio, el tono, la reactividad y el color. Los resultados se puntúan 1 minuto después del nacimiento, 5 minutos después del nacimiento y cada 5 minutos si la puntuación final es inferior a 7. Los recién nacidos a término con control cardiopulmonar normal deben tener un APGAR de 8-10 al inicio y a los 5 minutos. Si el puntaje está entre 4 y 7, se debe observar de cerca al recién nacido para ver si la

condición está mejorando o si las condiciones anormales presentes al nacer o congénitas contribuyen al puntaje bajo. Los recién nacidos con puntuaciones de APGAR de 0 a 3 se reaniman de inmediato (Panta, 2018).

Las condiciones agudas que se asocian principalmente con los recién nacidos prematuros incluyen: A nivel respiratorio, la disnea por deficiencia de surfactante o enfermedad de la membrana hialina se asocia con morbilidad y mortalidad a esta edad, apnea y displasia broncopulmonar causa importante de enfermedad. A nivel neurológico, la hemorragia intraventricular se presenta en un 50% dentro de las 24 horas y en un 90% dentro de las 72 horas posteriores al nacimiento (López, 2015). El aumento de la permeabilidad de la barrera hematoencefálica puede provocar ictericia a niveles de bilirrubina relativamente bajos (Rellan et al., 2008).

Desde una perspectiva oftalmológica, la retinopatía temprana requiere un seguimiento regular en esta población. Las complicaciones cardiovasculares incluyen el conducto arterioso permeable (López, 2015). La hipotensión arterial temprana puede estar relacionada con la incapacidad del sistema nervioso autónomo para mantener un tono vascular adecuado u otros factores como hipovolemia, sepsis y/o disfunción cardíaca (Rellan et al., 2008).

En las complicaciones gastrointestinales existe una maduración incompleta de la coordinación con la succión y la deglución, que se completa en 32-34 semanas. También existen trastornos de baja capacidad estomacal, reflujo gastroesofágico y de intolerancia con vaciamiento lento. Mala motilidad intestinal y, en general, retraso en el vaciado y distensión abdominal. La gravedad de esta entidad requiere un diagnóstico y tratamiento precoces (Rellan et al., 2008).

A nivel inmunológico, la inmunidad específica indica una reducción de IgG resultante de la infección materna en ausencia de IgA e IgM sustanciales. Las respuestas inmunitarias mediadas por células son relativamente eficientes (Rellan et al., 2008).

La termorregulación se ve afectada por una baja tasa metabólica basal con baja termogénesis, disminución de las reservas de grasa corporal, aumento del área relativa de la superficie de la piel y control vasomotor deficiente, lo que resulta en una mayor propensión a la hipotermia que a la hipertermia. Causa un comportamiento poiquilotérmico (Relan et al., 2008) .

Los procedimientos invasivos son procedimientos que se utilizan en las unidades de cuidados intensivos para lograr el bienestar general de los recién nacidos a través de dispositivos médicos que interfieren química y mecánicamente con el organismo. Cuando se utiliza surfactante, la administración es a través de un tubo endotraqueal, por lo que existe una aplicación temprana de rescate (2 horas antes) y un tratamiento tardío cuando los signos y síntomas del SII ceden en las primeras 6 horas. Existen otros procedimientos, como el soporte respiratorio, cuya función es minimizar la fracción de oxígeno inspirado para optimizar el intercambio gaseoso (López, 2015).

Justificación de la investigación

Personalmente escogí este tema porque he observado numerosos casos de parto prematuro al hacer rondas de obstetricia tanto en hospitales del MINSA como de EsSalud. Según información de mi profesor, estos casos han aumentado en los últimos años. Las madres con riesgo de parto prematuro deben extremar la vigilancia, ya que las complicaciones inherentes a los recién nacidos menores de 36 semanas tienen costos importantes a corto y largo plazo tanto para los países como para las familias, ya que los recién nacidos pueden llegar a morir, lo que impide su desarrollo y mejora el resultado en términos del posterior crecimiento y desarrollo normal del niño con una buena calidad de vida.

A nivel científico se realizó una búsqueda sobre tratamientos para el parto prematuro y el bienestar fetal, y se encontraron en buscadores estudios que abordan

la problemática del parto prematuro por factores de riesgo. Como tal, se limita a un análisis de frecuencia del éxito o fracaso de un método en particular y no presenta datos sobre el resultado de las evaluaciones de salud fetal. Lo que se ha mostrado es uno de los pocos estudios que abordan este tema, y su utilidad radica no solo en la información que se obtiene sobre el parto prematuro y los tratamientos para el bienestar fetal que benefician la salud, sino que nuestra investigación merece la pena. Sin embargo, esta información puede beneficiar a las parejas madre-hijo ya que puede tener un impacto positivo en el manejo óptimo de la tocólisis. Estas diversas intervenciones médicas realizadas en estos casos evitan tanto la mortalidad como la morbilidad en los prematuros.

A nivel institucional, este estudio aporta conocimiento local actualizado sobre la prematuridad y permite a nuestros estudiantes de medicina participar activamente en futuras prácticas profesionales para reducir la morbimortalidad en la prematuridad.

En nuestro país, la tasa de parto prematuro es del 8-10%, y en nuestra región, según una encuesta realizada en el hospital La Caleta, el riesgo de parto prematuro representa el 41,7% de las complicaciones maternas (Castro, 2018).

En Perú, el 24,43% de todas las muertes neonatales se deben a causas relacionadas con la prematuridad, cifra alarmante dado el alto riesgo de morir en el período neonatal. Esto se refiere no solo a la mortalidad, sino también a las complicaciones que afectarán a productos y familias en el futuro, pues muchas veces quedan secuelas como parálisis cerebral, discapacidad sensorial, problemas de aprendizaje y secuelas respiratorias.

La realización del estudio es factible dada la información relevante para su realización, es decir, datos maternos en el momento de la amenaza de parto prematuro, tratamiento tocolítico recibido y datos neonatales, información necesaria para el parto. realizando investigaciones.

Aunque la amenaza del parto prematuro no desaparecerá, este estudio brinda información útil que puede contribuir a mejores enfoques.

Problema de la investigación

¿Cuál es la asociación entre el tratamiento a embarazadas que tuvieron parto prematuro y el cuidado neonatal en un hospital público del Distrito de Chimbote, 2022?

Conceptuación y operacionalización de las variables

Definición conceptual de la variable	Dimensiones (factores)	Indicadores	Tipo de escala de medición
Tratamientos para evitar Partos Prematuros: Uso de tocolíticos para prolongar el embarazo. Estos medicamentos incluyen nifedipina, isoxsuprina, indometacina y sulfato de magnesio. Uso de corticosteroides prenatales dirigido a simular exposiciones endógenas que ocurren en el útero y contribuyen a la maduración de varios órganos y sistemas, incluidos los pulmones y el cerebro, en mujeres embarazadas con riesgo de parto prematuro. Uso de antibióticos para el tratamiento cuando el saco	Nifedipino Isoxuprina Indometacina Sulfato de magnesio Betametasona Dexametasona	Si No	Nominal Dicotómica

amniótico no está intacto y hay signos clínicos de infección.			
cuidado neonatal; condición del feto en la que se le suministra adecuadamente el oxígeno y los nutrientes necesarios para un crecimiento y desarrollo apropiados	Edad gestacional en neonatos prematuros	Parto tardío: 32 – 36 semanas Parto moderado: 30 – 33 semanas Parto extremo: 26 – 29 semanas Parto muy extremo: 22 – 25 semanas	Nominal
	Peso al nacer	Macrosómico: > 4000 g Peso normal: 2500 a 3999 g Bajo peso: 1500 g a 2499 g Muy bajo peso: <1500 g	

		Puntuación APGAR:	
		Depresión severa: 0 – 3 puntos	
	Puntaje APGAR	Depresión moderada: 4 – 6 puntos	
		Excelente condición: 7 – 10 puntos	

Hipótesis

H₁: Existe relación con la terapia recibida en embarazadas con amenaza de parto prematuro y el cuidado neonatal.

H₀: No existe relación con la terapia recibida en embarazadas con amenaza de parto prematuro y el cuidado neonatal.

Objetivos

Objetivo general

Establecer la asociación entre el tratamiento en embarazadas que tuvieron parto prematuro con el cuidado neonatal en el hospital público del Distrito de Chimbote, 2022.

Objetivos específicos

1. En 2022, designar el tratamiento de la amenaza de parto prematuro en mujeres embarazadas en los hospitales públicos del distrito de Chimbote.
2. Informe de atención de recién nacido prematuro a madre diagnosticada de amenaza de prematuridad en un hospital público del distrito de Chimbote, 2022.
3. Calcular si existe asociación entre el tratamiento de gestantes con riesgo de parto prematuro y la atención neonatal en hospitales públicos del distrito de Chimbote en el 2022.

6 Metodología

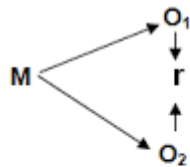
a) Tipo y diseño de investigación

Investigación aplicada. Porque utiliza el conocimiento científico para identificar relaciones específicas entre dos variables y no analiza aspectos fundamentales y por lo tanto no realiza investigación básica (CONCYTEC, 2019). Porque la manipulación de variables no es experimental ni observable. En cuanto a la dirección de la investigación, es transversal. Debido a los hechos relacionados con el inicio del estudio, este podría ser futuro.

Diseño de la investigación

El diseño de investigación está referido a un plan o estrategia que se tiene para conseguir información, lo que se detalla en el esquema (Sierra, 2018).

Estudio correlacional, transversal.



Donde:

M = Muestra

O₁ = Observación de la V.1.

O₂ = Observación de la V.2.

r = Correlación entre dichas variables.

b) Población, muestra y muestreo

La población de gestantes que fueron atendidas en el Hospital La Caleta de septiembre a diciembre de 2022, diagnosticadas con amenaza de parto prematuro que condujo a parto prematuro, y atendidas fueron 62 pacientes.

Criterios de Inclusión

- Embarazadas diagnosticadas de amenaza de parto y pretérmino en urgencias.
- Mujer embarazada diagnosticada en urgencias de parto prematuro inminente de embarazo único.

Criterios de exclusión

- Embarazadas diagnosticadas de amenaza de parto prematuro en urgencias y asintomáticas al alta hospitalaria.
- Mujeres embarazadas con parto prematuro por cesárea electiva.
- Mujeres embarazadas que no han recibido una dosis completa de corticosteroides prenatales.
- mujeres embarazadas diagnosticadas con embarazos gemelares o múltiples;
- Mujeres embarazadas cuyos registros médicos no estaban disponibles en el momento de la recopilación de datos.

Muestra

El tamaño de muestra se obtuvo por fórmula probabilística para estudio transversal fórmula para una población finita cuyo resultado fue 54 fichas clínicas de gestantes.

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

Técnica de muestreo

Muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple.

c) Técnicas e instrumentos de investigación

Técnicas

Esto se observa directamente de las historias clínicas obstétricas. Esto incluye datos sobre pacientes embarazadas hospitalizadas y bebés prematuros que experimentaron un parto prematuro en el Hospital La Caleta.

Instrumentos

Ficha de recogida de datos ad hoc. Esta hoja se utilizó para recopilar información sobre las variables y dimensiones del estudio de las mujeres embarazadas y los recién nacidos.

d) Procesamiento y análisis de la información

El análisis y procesamiento de los datos recopilados se realiza en la primera parte de la hoja de cálculo de Microsoft Excel v. 2019, en el futuro se migrará al programa estadístico R-student. El análisis estadístico descriptivo se realiza en tablas de frecuencias y proporciones. De manera similar, para las estadísticas inferenciales, se construye una tabla de contingencia de las variables de estudio utilizando la prueba Chi-cuadrado de Pearson para determinar si las variables están correlacionadas.

7 Resultados

Tabla 1

Frecuencia tratamiento de amenaza de parto prematuro en embarazadas en un hospital público del Distrito de Chimbote, 2022.

		n	%
Tocolosis	Si	38	70,4
	No	16	29,6
	Total	54	100,0
Corticoides	Si	31	57,4
	No	23	42,6
	Total	54	100,0
Antibioticoterapia	Si	42	77,8
	No	12	22,2
	Total	54	100,0
Sulfato de magnesio	Si	23	42,6
	No	31	57,4
	Total	54	100,0

En la tabla 1 se observa que el tratamiento más frecuente que han recibido las embarazadas de parto prematuro fue antibioticoterapia (77,8%), seguido tocolosis (70,4%), corticoide (57,4%); sulfato de magnesio es el tratamiento que meno se utilizó (42,6%) del total de la muestra en estudio.

Tabla 2

Frecuencia cuidado neonatal de recién nacidos pretérmino de madres con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino en un hospital público del Distrito de Chimbote, 2022.

		n	%
APGAR 1 min.	De 7 a 10 min.	48	88,9
	De 0 a 6 min,	6	11,1
	Total	54	100,0
APGAR 5 min.	De 7 a 10 min.	49	90,7
	De 0 a 6 min,	5	9,3
	Total	54	100,0
Distrés	Si	8	14,8
	No	46	85,2
	Total	54	100,0
Taquipnea	Si	15	27,8
	No	39	72,2
	Total	54	100,0
Hemorragia	Si	00	00,0
	No	54	100,0
Ictericia	Si	22	40,7
	No	32	59,3
	Total	54	100,0

En la tabla 2 se observa las frecuencias de del cuidado del neonato; el AGAR 1 min. que más predomina es de 7 a 10 min. (88,9%), seguido APGAR 5 mim. 7 a 10 min. (90,7%), también podemos mencionar que los neonatos no presentan distrés (85,2%), asimismo, no presentan taquipnea (72,2%), no presentan hemorragia (100,0%) y ictericia (59,3%) del total de la muestra en estudio.

Tabla 3

Asociación entre el tratamiento en embarazadas con amenaza de parto pretérmino con el cuidado neonatal en el en un hospital público del Distrito de Chimbote, 2022.

		Parto prematuro				Total	χ^2	p	
Tratamiento		Al menos una complicación		Sin complicaciones					
		n	%	n	%				
Tocolosis	Si	19	55,9	19	95,0	38	70,4	9,242	0,002
	No	15	44,1	1	5,0	16	29,6		
	Total	34	100,0	20	100,0	54	100,0		
Corticoide	Si	16	47,1	15	75,0	31	57,4	4,021	0,045
	No	18	52,9	5	25,0	23	42,6		
	Total	34	100,0	20	100,0	54	100,0		
Antibioticoterapia	Si	34	100,0	8	40,0	42	77,8	26,229	0,001
	No	0	0,0	12	60,0	12	22,2		
	Total	34	100,0	20	100,0	54	100,0		
Sulfato de magnesio	Si	6	17,6	17	85,0	23	42,6	23,363	0,001
	No	28	82,4	3	15,0	31	57,4		
	Total	34	100,0	20	100,0	54	100,0		

En la tabla 3 se observa el tratamiento con mayor predominante es la antibioticoterapia que se administró a las gestantes que tuvieron al menos unas complicaciones de parto prematuro (100,0%), seguido del tratamiento tocolosis que se administró a las gestantes que no tuvieron complicaciones al parto prematuro (95,0%), el tratamiento con Sulfato de magnesio que se administró a las gestantes sin complicaciones al parto prematuro (85,0%), continuando podemos mencionar que el tratamiento corticoide que se administró a las gestantes sin complicaciones al parto

prematuro (75,0%), el tratamiento con tocolisis que se administró a las gestantes que tuvieron al menos unas complicaciones de parto prematuro (55,9%), asimismo el tratamiento con corticoide que se administró a las gestantes que tuvieron al menos unas complicaciones de parto prematuro (47,1%), el tratamiento con antibioticoterapia a gestantes sin complicaciones de parto prematuro (40,0%), finalmente, el tratamiento que menos se administró sulfato de magnesio en gestantes que tuvieron al menos una complicación al parto prematuro (17,6%). Los tratamientos con tocolisis, antibioticoterapia y sulfato de magnesio están asociados al parto prematuro tuvieron una significancia altamente significativa $p\text{-valor} \leq 0,002$; a diferencia del tratamiento con corticoide que tuvieron un nivel $p\text{-valor} \leq 0,50$.

8 Análisis y discusión

Villalba (2022) realizó un estudio en Ecuador en el año 2021 para analizar el riesgo de parto prematuro y el tratamiento de las pacientes con COVID-19 que acuden al Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital General José María Velasco Ibarra. MÉTODOS: Este es un metanálisis de 2120 mujeres embarazadas. Un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal realizado en el Hospital General José María Velasco Ibarra en el año 2021 confirmó antecedente de aborto espontáneo diagnosticado antes de las 37 semanas. En la muestra compuesta, 177 mujeres embarazadas dieron positivo por el virus y 26 mujeres dieron a luz prematuramente. 61,5% de adultos y 53,8% de gestantes. El 84,6% tenía anticoncepción insuficiente. Las infecciones genitales causaron el 67,8% de las complicaciones durante el parto. El 65,39% de los pacientes nació prematuramente. Entre los pacientes infectados con COVID-19, la cesárea fue del 46,16%. El tamaño del cuello uterino es limitado y el 57,7% son aptos para terapia antitrombótica. Conclusiones: Según lineamientos del Ministerio de Salud, este manejo fue efectivo en posponer el parto después de las 37 semanas de gestación en un 47,4%. También se observó un resultado positivo en el 86,64% de los recién nacidos cuyos puntajes de APGAR estaban dentro del rango normal desde el minuto de vida. Sin embargo, la tasa de cesáreas de estas pacientes fue alta, del 46,16 %, guarda relación con la tabla 2 se observa las frecuencias de del cuidado del neonato; el AGAR 1 min. que más predomina es de 7 a 10 min. (88,9%), seguido APGAR 5 mim. 7 a 10 min. (90,7%), también podemos mencionar que los neonatos no presentan distrés (85,2%), asimismo, no presentan taquipnea (72,2%), no presentan hemorragia (100,0%) e ictericia (59,3%) del total de la muestra en estudio, Zumpano, (2018) en Brasil, Para evaluar el uso de tocolíticos en el parto prematuro, realizamos un estudio multicéntrico de 1491 mujeres pretérmino derivadas de 20 hospitales en tres regiones de Brasil. Se realizaron análisis bivariados para determinar asociaciones con variables sociodemográficas y obstétricas, y se calcularon razones de probabilidad como estadísticos. Entre los resultados se reportaron 1491 mujeres con parto pretérmino espontáneo a quienes se les realizó

tocolítico o seguimiento. El grupo de tocolíticos tuvo más complicaciones neonatales y maternas, y el uso de corticoides fue más común en el grupo de embarazadas, son más propensas a esperar, concluyen que los bloqueadores de los canales de calcio son los más utilizados y los tocolíticos se asocian con más complicaciones maternas y fetales, guarda relación con la tabla 3 se observa el tratamiento con mayor predominante es la antibioticoterapia que se administró a las gestantes que tuvieron al menos unas complicaciones de parto prematuro (100,0%), seguido del tratamiento tocolosis que se administró a las gestantes que no tuvieron complicaciones al parto prematuro (95,0%), el tratamiento con Sulfato de magnesio que se administró a las gestantes sin complicaciones al parto prematuro (85,0%), continuando podemos mencionar que el tratamiento corticoide que se administró a las gestantes sin complicaciones al parto prematuro (75,0%), finalmente, el tratamiento que menos se administró sulfato de magnesio en gestantes que tuvieron al menos una complicación al parto prematuro (17,6%). Los tratamientos con tocolosis, antibioticoterapia y sulfato de magnesio están asociados al parto prematuro tuvieron una significancia altamente significativa $p\text{-valor} \leq 0,002$; a diferencia del tratamiento con corticoide que tuvieron un nivel $p\text{-valor} \leq 0,50$ y por ultimo Ponce (2021) en Chimote Perú Se realizó un estudio entre julio y noviembre de 2019 en el hospital EsSalud-Chimote III Tiene como objetivo identificar la relación entre el tratamiento y el estado de salud neonatal en gestantes diagnosticadas con amenaza de parto pretérmino que posteriormente indujeron el parto pretérmino. Se evaluaron 48 historias clínicas de gestantes y se categorizaron los tratamientos recibidos en tocolíticos, corticoides, antibioticoterapia y sulfato de magnesio. Además, se revisaron las historias clínicas de 48 recién nacidos para determinar los resultados de salud neonatal, incluida la edad gestacional, el peso al nacer, el APGAR al quinto y quinto minuto, las complicaciones posnatales y la incidencia de la terapia respiratoria administrada. El diseño del presente estudio es descriptivo, relacional, retrospectivo y observacional para describir los efectos de la intervención. Los métodos estadísticos utilizados fueron la prueba U de Mann-Whitney y la prueba de chi-cuadrado para edad gestacional, peso al nacer y peso, utilizando medidas nominales correspondientes al bienestar neonatal de las variables dependientes Apgar-dimensionales, se trataron las

variables independientes obtenidas. Se comparan las complicaciones posparto. Como programa estadístico se utilizó SPSS versión 26. Los resultados de la tabla muestran que el 75,6% recibió terapia antibiótica, el 60,9% corticoides, el 56,1% tocolíticos y el 14,6% sulfato de magnesio. Puntuaciones APGAR <7 minutos ocurrieron en el 7,3%, 5 minutos en el 2,5% y taquipnea transitoria en el 26,5%. El 12,2% tenía disnea. Una prueba de chi-cuadrado no reveló asociación entre el tratamiento recibido y la salud neonatal. Similar a la Tabla 1, se concluyó que no hubo asociación entre el tratamiento recibido y el estado de salud neonatal. En la Tabla 1, el tratamiento más común para las embarazadas pretérmino fue la antibioticoterapia (77,8 %), seguido del cáncer de cuello uterino (70,4 %). %), los corticoides (57,4 %); el sulfato de magnesio fue el tratamiento menos utilizado entre todas las muestras estudiadas (42,6 %).

9 Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

1. El tratamiento que se utilizó con más predominio en la amenaza de parto prematuro fue antibioticoterapia (77,8%).
2. El cuidado neonatal con más predominio: el APGAR a 6 es que más predomina en el primer minuto, no presentando distrés, taquipnea, hemorragia y ictericia.
3. Los tratamientos utilizados para las gestantes con parto prematuro se encuentran asociadas con un p-valor $\leq 0,50$.

Recomendaciones

- Compartir la presente investigación en el hospital La caleta de la ciudad de Chimbote.
- Prevenir las infecciones en las gestantes con amenaza de parto pretérmino; la cual el medicamento que más se utilizó en el tratamiento fue la antibioticoterapia.
- Recomendar a los equipos de salud nunca diferir la evaluación de APGAR al minuto, ya que la frecuencia de puntaje menor a 6 se dio con mayor frecuencia en el primer minuto.
- Realizar estudios relacionados a la asociación entre el tratamiento de amenaza de parto prematuro en gestantes y el cuidado del neonato prematuro, según su direccionalidad prospectiva.

10 Referencia Bibliográfica

- Alavi, Azin, Minoos Rajaei, Malihe Amirian, Hamidreza Mahboobi, Keramat Allah Jahanshahi, y Armaghan Faghihi (2015) Effect of Maintenance Therapy with Isoxsuprine in the Prevention of Preterm Labor: Randomized Controlled Trial. *Electronic Physician* 7(4):1144-49. doi: 10.14661/2015.1144-1149.
- Argimón-Pallás, J. M. & Jiménez-Villa J. (2019). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. 4ta ed. Madrid: Elsevier.
- Armaulia Ruiz, J. J. & Sánchez Payano N. K. (2018). Eficacia de los Tocolíticos y Tiempo de prolongación del embarazo en amenaza de parto pretérmino del Instituto Nacional Materno Perinata 2017l. Tesis de bachiller, Universidad Peruana Los Andes, Huancayo, Perú.
- Arrowsmith, Sarah, J. N. & Wray S. (2016). The Combination Tocolytic Effect of Magnesium Sulfate and an Oxytocin Receptor Antagonist in Myometrium from Singleton and Twin Pregnancies». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 215(6): 789.e1-789.e9. doi: 10.1016/j.ajog.2016.08.015.
- Carrasco, Morales, & Karyna D. (2017). Regulación β -adrenérgica sobre las cinéticas de inactivación del canal de calcio tipo L durante el potencial de acción cardíaco». Thesis, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.
- Castro Camero, N. A. (2018). Complicaciones maternas más frecuentes en embarazo gemelar. Hospital La Caleta Chimbote 2013-2017». Tesis de bachiller, Universidad San Pedro, Chimbote, Perú.
- CONCYTEC (2019). Reglamento de Calificación, Clasificación y Registro de los Investigadores Renacyt. Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica. Disponible en https://portal.concytec.gob.pe/images/renacyt/reglamento_renacyt_version_final.pdf
- Crowther, C. A., Julie Brown, C. J. D. McKinlay, & Philippa Middleton (2014). Magnesium Sulphate for Preventing Preterm Birth in Threatened Preterm

- Labour». *The Cochrane Database of Systematic Reviews*(8):CD001060. doi: 10.1002/14651858.CD001060.pub2.
- Doret, M., G. Kayem, & Sentilhes L. (2019). Fármacos tocolíticos». *EMC-Ginecología-Obstetricia* 55(2):1-8. doi: [https://doi.org/10.1016/S1283-081X\(19\)42003-1](https://doi.org/10.1016/S1283-081X(19)42003-1).
- Durlach, J., A. Guet-Bara, N. Pagès, P. Bac, & M. Bara. (2005). Magnesium Chloride or Magnesium Sulfate: A Genuine Question». *Magnesium Research* 18(3):187-92.
- Erkert, R. S., & Macallister C. G. (2002). Isoxsuprine Hydrochloride in the Horse: A Review». *Journal of Veterinary Pharmacology and Therapeutics* 25(2):81-87. doi: 10.1046/j.1365-2885.2002.00386.x.
- Giorgino, F. L., & Colin G. E. (2010). Use of Isoxsuprine Hydrochloride as a Tocolytic Agent in the Treatment of Preterm Labour: A Systematic Review of Previous Literature». *Arzneimittel-Forschung* 60(7):415-20. doi: 10.1055/s-0031-1296305.
- Jaju, P. B. (2019). Effectiveness and Safety of Isoxsuprine Hydrochloride as Tocolytic Agent in Arresting Active/Threatened Preterm Labor and Its Role in Maintenance Tocolysis-A Prospective, Open-Label Study». *American Journal of Perinatology*. doi: 10.1055/s-0039-1696720.
- Matos-Alviso, L. J., K. L. Reyes-Hernández, G. E. López-Navarrete, M. U. Reyes-Hernández, E. S. Aguilar-Figueroa, O. Pérez-Pacheco, U. Reyes-Gómez, G. López-Cruz, B. C. Flores-Morillón, A. Quero-Hernández, & A. Quero-Estrada. (2021). La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad». *Salud Jalisco* 7(3):179-86.
- Medina-Ruiz, Daniella, Berenice Erreguin-Luna, Francisco J. Luna-Vázquez, Antonio Romo-Mancillas, Alejandra Rojas-Molina, y César Ibarra-Alvarado (2019). Vasodilation Elicited by Isoxsuprine, Identified by High-Throughput Virtual Screening of Compound Libraries, Involves Activation of the NO/CGMP and H₂S/KATP Pathways and Blockade of A₁-Adrenoceptors and Calcium Channels». *Molecules (Basel, Switzerland)* 24(5). doi: 10.3390/molecules24050987.

- Medina-Yeckle, C. M. (2014). Estudio retrospectivo en Historias Clínicas de Nifedipino versus Sulfato de Magnesio como agente tocolítico del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz durante el período enero – diciembre 2013». Tesis de bachiller, Universidad de San Martín de Porres, Trujillo, Perú.
- Mezzabotta, L. (2018). Consenso prevención Parto Prematuro SOGIBA2018.
- Nayak, M. (2018). Preterm Labor Management: A Narrative Review». *i-Manager's Journal on Nursing* 8(4):46.
- Ochrem, D., Kaim, I., Majewska, R., Jaworowski, A., Sowa, A., & Jędrychowski, W. (2015). Wpływ stosowania leków zapobiegających porodowi przedwczesnemu w III trymestrze ciąży na wyniki położnicze oraz neonatologiczne [The influence of tocolytic drugs usage in the third trimester of pregnancy on obstetric and neonatal outcomes]. *Przegląd lekarski*, 72(7),343–348.
- OMS (2019). Incidencia mundial de parto prematuro: revisión sistemática de la morbilidad y mortalidad maternas». Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554-ab/es/>.
- OPS/OMS-CLAP (2019). Bebés prematutos: historias de seis madres».
- Ponce Rodriguez, P. Y. (2022). Tratamiento a gestantes con amenaza de parto pretérmino y bienestar neonatal, Hospital EsSalud-III Chimbote, 2019 (Universidad San Pedro). Universidad San Pedro. Disponible en: <http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/20.500.129076/18157>
- Ramírez Delerna, E. A. (2015). Eficacia del uso de la terapia combinada nifedipino/progesterona frente a nifedipino en el tiempo de prolongación del embarazo en gestantes con amenaza de parto pretérmino. Hospital Regional Docente 2010 - 2014. Tesis de bachiller, Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú.
- Robles Arce, V. S. & Rojas Vázquez, M. G. (2020). Actualización en el manejo de labor de parto pre-término. *Revista MédicaSinergia* 5(1):3.
- Serra Zantop, B. (2016). Elección de un tocolítico: revisión de las evidencias

- clínicas». *Obstetricia y Ginecología* 59(4):256.
- Shepherd, E.; Rehana A. S.; Deepak Manhas, A. S.; Philippa Middleton, M. M. & Caroline A. C. (2019). Antenatal Magnesium Sulphate and Adverse Neonatal Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis». *PLoS Medicine* 16(12):e1002988. doi:10.1371/journal.pmed.1002988.
- Sierra, R. (2008). Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios. Madrid: Thompson.
- Simhan, Hyagriv N., Jay D. Iams, y Roberto Romero. 2018. «Preterm labor and birth». P. 203 en *Gabbe's Obstetrics Essentials: Normal & Problem Pregnancies E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Tarrillo Gutiérrez, V. E. (2017). Efectividad de la tocolisis con nifedipino en gestantes con amenaza de parto prematuro en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Docente Cajamarca durante el periodo enero- diciembre del 2016. Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Cajamarca, Cajamarca, Perú.
- Tolentino-Huamán, R. Y. (2017). Uso de nifedipino en gestantes con amenaza de parto pretérmino. Instituto Nacional Materno Perinatal julio- diciembre 2015. Tesis de Especialidad en Obstetra de Emergencias, Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú.
- Troya-Pineda, L. D. (2017). Complicaciones y secuelas mediatas del partopretérmino en neonatos del hospital San Luis de Otavalo período 2016. Tesis de bachiller, Universidad Técnica del Norte, Ibarra, Ecuador.
- Tsatsaris, Vassilis, D. P.; François Goffinet, G. D. & Bruno C. (2001). Tocolysis with nifedipine or beta-adrenergic agonists: a meta-analysis». *Obstetrics & Gynecology* 97(5):840-47.
- Vera-Loor, Melania Lisbeth, y Andrea Gabriela Mieles-Oñate. 2018. «Prematuros con madres con diagnóstico de preeclampsia». Tesis de bachiller, Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador.
- Villalba Correa, M. K. (2022). Título de la tesis: Manejo de la amenaza y parto pretérmino en gestantes con Covid- 19. Hospital General José María Velasco Ibarra, 2021 (Universidad Nacional de Chimborazo). Disponible

en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/9694>

- Vliet, E. O., G. H. Dijkema, E. Schuit, K. Y. Heida, C. Roos, J. a. M. Post, E. C. Parry, L. McCowan, D. J. Lyell, Y. Y. El-Sayed, D. B. Carr, A. L. Clark, Z. A. Mahdy, M. Uma, N. C. Sayin, G. F. Varol, B. W. Mol, & Oudijk M. A. (2016). Nifedipine Maintenance Tocolysis and Perinatal Outcome: An Individual Participant Data Meta-analysis». *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 11(123):1753-60. doi: 10.1111/1471-0528.14249.
- Voto, L. E.; Valenti, I.; Asprea, G. V. & Votta R. (2014). Parto pretérmino, Consenso FASGO. *Consenso FASGO* 13(1):5-10.
- Wolf, H. T.; Huusom, L. D.; Henriksen, T. B.; Hegaard, H. K.; & Pinborg, J. B (2020). Magnesium Sulphate for Fetal Neuroprotection at Imminent Risk for Preterm Delivery: A Systematic Review with Meta-Analysis and Trial Sequential Analysis». *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 127(10):1180-88. doi: 10.1111/1471-0528.16238.
- Zumpano Dias, T. M.; Lacerda Fava, R. P., Cecatti, J. G.; Porto Tedesco R.; Lajos, G. J.; Moretti Rehder P.; Nomura M. L.; Oliveira P. F.; & Costa M. L. (2018). Tocolysis among Women with Preterm Birth: Associated Factors and Outcomes from a Multicenter Study in Brazil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 40(4):171-79. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0038-1642025>.

11 Agradecimiento

Quiero iniciar agradeciendo sobre todo a DIOS, ya que gracias a su infinita misericordia no hubiese sido posible nada de esto.

Quiero agradecer con todo el corazón y el alma a mi mamá Uri Juliana Bernuy Vásquez, porque sin ella no hubiera podido salir adelante, con sus consejos y su guía. Ella es un gran ejemplo para mi hermano y para mí, de esfuerzo y perseverancia.

Gracias a mi hermano Frank Edison Giraldo Bernuy, quien es el más grande ejemplo para mi vida, ya que es un excelente ser humano, un gran hermano, un gran profesional, un gran esposo y un gran padre.

Gracias a mi gran amor Katherine Vanessa Aznarán Bonilla quien fue mi apoyo y mi consejo en mis desanimos, quien estuvo conmigo en mis momentos malos como buenos y gracias a ese pedacito de cielo que me cuida al lado de papito Dios.

Y finalmente gracias a mi asesor Franco Lizarzaburu, Javier Reynaldo por el apoyo brindado durante la elaboración de proyecto de investigación e informe final de tesis.

“Gracias por ser quienes son y por creer en mí”

12 Anexos

Anexo 1

Autorización de la institución donde se va a realizar la recolección de los datos



“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

Chimbote, 20 de enero del 2022

Sr.
Director Ejecutivo del Hospital La Caleta
Presente. -

Reciba el saludo del director del Centro de Investigación, Facultad de Medicina de la Universidad San Pedro, para felicitarle por su exitosa gestión y en esta oportunidad solicitarle el apoyo de su representada para facilitar la ejecución de la investigación titulada Tratamiento a embarazadas con amenaza de parto prematuro y cuidado del neonatal en un hospital público del Distrito de Chimbote, 2022, a cargo del estudiante: Gerorge Yoel Giraldo Bermuy, con código 1116000057 e identificado con DNI 72788971, permitiéndole aplicar los instrumentos de investigación, para obtener información de estricto uso académico.

Agradecemos anticipadamente el apoyo a la investigación científica, brindándoles a los investigadores las facilidades del caso.

Como usted podrá apreciar el estudio no revela la razón social de su representada, cuidados éticos que tomamos muy en cuenta.

Atentamente;



Vladimir Sánchez Chávez-Arroyo
Director (e) del Centro de Investigación
Facultad de Medicina Humana

RECTORADO: Av. Francisco Bolognesi N° 770 casco urbano Chimbote – telf. 043-483320
CIUDAD UNIVERSITARIA: Urb. Los Pinos B s/n Telf.: 043-483325
BOLOGNESI: Av. Francisco Bolognesi N° 421 Telf.: 043-483810
Nuevo Chimbote: Av. Pacífico y Anchoqueta Mz. D1 Lte. 1 II Etapa Telf.: 043-483084
San Luis Nuevo Chimbote - FMH Telf.: 043-483826 – FEYH Telf.: 043-483802
OFICINA CENTRAL DE ADMISION: Esq. Elías Aguirre y Espinar Telf.: 043-483356 www.usanpedro.edu.pe - Facebook/ Universidad San Pedro

Anexo 2

Ficha de recolección de datos (instrumento)

Anexo 2: Ficha de recolección de datos

N° ficha:

N° de historia clínica de la madre: _____ Fecha de observación: _____

Grado de instrucción: _____ Estado civil: _____ Edad: _____ Formula obstétrica: _____

Fecha de ingreso a EMG: _____ Diagnósticos de ingreso a EMG:

Fecha de parto: _____ Fecha de alta hospitalaria: _____

Antecedentes de importancia: _____ Grupo sanguíneo mamá: _____ G. S. hijo _____

Factor de riesgo para parto prematuro: _____ Días de tratamiento: _____

Tiempo de trabajo de parto: _____ Modalidad de parto: _____

Datos del recién nacido: Sexo: _____ Peso: _____

DATOS DE LA MADRE AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE APP					DATOS DEL RECIÉN NACIDO											
E.G (Método)	Tratamiento médico				E.G. (Método)	Peso al nacer			APGAR		Complicaciones post natales				Oxigenoterapia	
	Tocolítics	Corticoide s	ATB	Sulfato de Mg		N	B	M B	1'	5'	SDR I (EMH)	TT RN	HI V	Otras	CPAP	Ventilació n mecánica

Observaciones:

Anexo 3

Matriz de consistencia

Problema	Variables	Objetivos	Hipótesis	Metodología
<p>¿Cuál es la asociación entre el tratamiento a embarazadas que tuvieron parto pretérmino y el cuidado neonatal en un hospital público del Distrito de Chimbote, 2022?</p>	<p>Tratamientos para evitar Partos Prematuros</p>	<p>Establecer la asociación entre el tratamiento en embarazadas que tuvieron parto pretérmino con el cuidado neonatal en el hospital público del Distrito de Chimbote, 2022.</p>	<p>H₁: Existe relación con la terapia recibida en embarazadas con amenaza de parto pretérmino y el cuidado neonatal.</p> <p>H₀: No existe relación con la terapia recibida en embarazadas con amenaza de parto pretérmino y el cuidado neonatal.</p>	<p>Tipo de Investigación: Básica</p> <p>Diseño de Investigación: correlacional prospectivo, transversal y no experimental</p> <p>Población y Muestra: 54 fichas clínicas ginecológicas</p> <p>Técnica e Instrumento de recolección de datos: observación directa y ficha de recolección de datos a <i>ad hoc</i>.</p>
	<p>Cuidado del neonato</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Precisar el tratamiento de amenaza de parto pretérmino en embarazadas en un hospital público del Distrito de Chimbote, 2022. 2. Precisar el cuidado neonatal de recién nacidos pretérmino de madres con diagnóstico de 		

		<p>amenaza de parto pretérmino en un hospital público del Distrito de Chimbote, 2022.</p> <p>3. Calcular si existe asociación entre el tratamiento en embarazadas con amenaza de parto pretérmino con el cuidado neonatal en el en un hospital público del Distrito de Chimbote, 2022.</p>		
--	--	--	--	--

Anexo 5

Cálculo de la muestra (probabilística)

El tamaño de muestra se obtiene por fórmula probabilística para estudio transversal.

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

Donde: Z es el coeficiente para un nivel de confianza del 95% y su valor es de 1,96; N es el número total de la población de fichas clínicas obstétricas de gestantes amenaza de parto prematuro del hospital La Caleta con 62; P es la proporción de gestantes, en este estudio se toma la proporción de un valor de 50% y un error de estimación y su valor es de 0,05.

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,007 (1 - 0,07) \times 62}{(62 - 1) \times 0,05^2 + 1,96^2 \times 0,007}$$

$$n = 54$$

Anexo 6

Base de datos

Tocolosis	corticoides	Antibioticoterapia	Sulfato de magnesio	APGAR 1 min.	APGAR 5 min.	Distrés	Taquipnea	Hemorragia	Ictericia	Parto prematuro
2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1
2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1
2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1
2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1
2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1
2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1
2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1
2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1
2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1
2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1
2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1
2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1
2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1
2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1

1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2
1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2
1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2
1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2
1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2
1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2
1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2
1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2
1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2
1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2
2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2
1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2
1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2
1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2
1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2
1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2
1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2

1

1

1

2

2

2

2

2

2

2

2

Anexo 7

Constancia de similitud emitida por vicerrectorado de investigación