

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA



TESIS

**ANTECEDENTE DE ABORTO Y PARTO PRETÉRMINO EN EL
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2022**

PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

OBSTETRA

PRESENTADO POR LA BACHILLER:

Yessica Lizeth, Briones Medina

Asesora

Obsta. Elena Soledad Ugaz Burga

Cajamarca – Perú

2024

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: **Bachiller Yessica Lizeth Briones Medina**

DNI: 71325599

Escuela Profesional/Unidad UNC: **ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

2. Asesor: **Dra. Elena Soledad Ugaz Burga**

Facultad/Unidad UNC: **FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD - UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**

3. Grado académico o título profesional al que accede:

Bachiller Título profesional Segunda especialidad
Maestro Doctor

4. Tipo de Investigación:

Tesis Trabajo de investigación Trabajo de suficiencia profesional
 Trabajo académico

5. Título del Trabajo de Investigación:

Antecedente de aborto y parto pretérmino en el Hospital Regional docente de Cajamarca, 2022.

6. Fecha de evaluación del Software antiplagio: **8/03/2024 - 11:30 AM GMT - 5**

7. Software antiplagio: **TURNITIN**

8. Porcentaje de Informe de Similitud: **15 %**

9. Código Documento: **oid:3117:338362016**

10. Resultado de la Evaluación de Similitud: **APROBADO**

Cajamarca, 29 de mayo del 2024



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. Martha Vicenta Abanto Villar
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

Copyright © 2023 by
Yessica Lizeth Briones Medina
Todos los derechos reservados



MODALIDAD "A"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

En Cajamarca, siendo las 11.15 del 19 de Marzo del 2024, los integrantes del Jurado Evaluador para la revisión y sustentación de la tesis, designados en Consejo de Facultad a propuesta del Departamento Académico, reunidos en el ambiente G.E. 205 de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de tesis denominada: ANTECEDENTE DE ABORTO Y PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2022

del (a) Bachiller en Obstetricia:

YESSICA LIZETH BRIONES MEDINA

Siendo las 12.15 del mismo día, se da por finalizado el proceso de evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos: MUY BUENO, con el calificativo de 18, con lo cual el (la) Bachiller en Obstetricia se encuentra APTA para la obtención del Título Profesional de: OBSTETRA.

Table with 2 columns: Miembros Jurado Evaluador (Nombres y Apellidos) and Firma. Rows include Presidente (OBSTA. MARIA ELENA ABREGO ORE), Secretario(a) (M.CS. TEODORA MERCEDES MIRANDO RENDON), Vocal (M.CS. ISABEL LOYOLA ZUBILETA), Accesitaria, Asesor (a) (DRA. ELENA SOLEDAD UGAY BURGOS), and Asesor (a).

Términos de Calificación:

EXCELENTE (19-20)

REGULAR (12-13)

MUY BUENO (17-18)

REGULAR BAJO (11)

BUENO (14-16)

DESAPROBADO (10 a menos)

“No importa la lentitud con la que avances, siempre y cuando no te detengas”

Confucio

SE DEDICA A:

Mi familia, en especial a mis amados padres, Gloria y Edilberto por su apoyo incondicional, en mi desarrollo profesional; a mis hermanos, quienes con su ejemplo de perseverancia y constancia me acompañaron en este incesante proceso.

A mi abuelo, en el cielo, quien me cuida y me fortalece a diario.

A la persona que me enseñó a ser fuerte y a no rendirme ante las adversidades, te llevo en mi corazón por siempre (11:11).

Yessica

SE AGRADECE A:

Dios, por proporcionarme vida y bendiciones, que me concedieron llegar a este momento relevante de mi formación profesional.

A mis padres y hermanos por ser mi base fundamental y mi apoyo incondicional.

Agradezco a mi Asesora la Obsta. Elena Soledad Ugaz quien, con su discernimiento, enseñanza y formación me guio en la presente investigación.

Finalmente agradezco a mi querida Universidad Nacional de Cajamarca y a cada uno de los docentes que fueron parte de mi formación para poder concluir con esta excelente etapa. Así mismo agradezco a la institución la cual permitió que fuese posible la presente investigación, el Hospital Regional Docente de Cajamarca

Yessica

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
GLOSARIO DE ABREVIATURAS	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	4
1.1. Definición y delimitación del Problema	4
1.2. Formulación del problema.....	6
1.3. Objetivos.....	6
1.4. Justificación de la investigación.....	7
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	9
2.2. Antecedentes.....	9
2.2. Bases teóricas.....	13
2.2.1. Aborto.....	13
2.2.2. Parto pretérmino.....	19
2.2.3. Aborto y parto pretérmino.....	23
2.3. Hipótesis.....	24
2.4. Variables.....	25
2.4.1. Definición conceptual y operacionalización de variables...	26
CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO	27
3.1. Diseño y tipo de investigación.....	27
3.2. Área de estudio y población.....	28
3.3. Muestra y tamaño de la muestra.....	28
3.4. Unidad de análisis.....	30
3.5. Criterios de inclusión y exclusión.....	30
3.6. Consideraciones éticas.....	30

3.7. Procedimientos para la recolección de datos.....	31
3.8. Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	31
3.9. Procesamiento y análisis de los datos.....	32
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS	33
CONCLUSIONES.....	51
SUGERENCIAS.....	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
ANEXOS.....	59

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Características sociodemográficas de las pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2022.	33
Tabla 2 Características obstétricas de las pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2022	39
Tabla 3 Edad gestacional del parto pretérmino en las pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2022	44
Tabla 4 Antecedente de aborto en pacientes en las pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2022	45
Tabla 5 Características del antecedente de aborto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2022	47
Tabla 6 Antecedente de aborto como factor de riesgo de parto pretérmino en las pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2022	49

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar si el antecedente de aborto es un factor de riesgo para parto pretérmino en el Hospital Regional Docente de Cajamarca. **Material y métodos:** el diseño de la presente investigación es no experimental, cuantitativa, analítico, retrospectivo de casos controles, realizado en una muestra de 96 pacientes con parto pretérmino (casos) y 96 pacientes (controles) con parto a término. **Resultados:** Se llegó a determinar que 68,8% de casos y 63,5% de controles tuvo entre 20 a 34 años, 26% de casos y 24% de controles tuvo primaria incompleta; 74% de casos eran convivientes; 79,2% de casos fueron amas de casa; 72,9% de casos procedían de la zona rural; en relación a la edad gestacional del parto pretérmino 35,4% fueron tardíos (34 - 37ss) y 37,5% fueron tempranos (32 - 33ss), respecto al antecedente de aborto 66,7% de casos y 33,3% de controles lo presentaron; en consideración al número de abortos 44,8% de casos presentaron un aborto; 57,3% tuvieron aborto incompleto, finalmente 66,7% de los casos presentaron antecedente de aborto, por lo que al realizar la prueba estadística de Chi - cuadrado se obtuvo que dicho antecedente aumenta el riesgo a 6,3 veces de presentar parto pretérmino (OR = 6,3 - IC95%: 3,4-11,9 - p=0,000). **Conclusión:** se encontró relación estadísticamente significativa entre las variables en estudio, antecedente de aborto y parto pretérmino.

Palabras clave: antecedente de aborto, parto pretérmino

ABSTRACT

The objective of this investigation was to determine if a history of abortion is a risk factor for preterm birth at the Regional Teaching Hospital of Cajamarca. **Material and methods:** the design of this research is non-experimental, quantitative, analytical, retrospective of case controls, carried out in a sample of 96 patients with preterm birth (cases) and 96 patients (controls) with term birth. **Results:** It was determined that 68.8% of cases and 63.5% of cases were between 20 and 34 years old, 26% of cases and 24% of controls had incomplete primary school; 74% of cases, versus 84.4% of controls, were cohabiting; 79.2% of cases and 70.2% of controls were housewives, 72.9% and 67.7% of cases and controls respectively came from rural areas, in relation to the gestational age of preterm delivery in the group of cases, 35.4% were late (34 - 37ff) and 37.5% were early (32 - 33ff), regarding the history of abortion, 66.7% of cases and 33.3% of controls presented it; Considering the number of abortions, 44.8% of cases and 22.9% of controls had an abortion, 57.3% of cases and 8.3% of controls had an incomplete abortion, finally 66.7% of the cases had a history of abortion, so when performing the Chi - square statistical test it was obtained that said history increases the risk of presenting preterm birth by 6.3 times (OR = 6.3 - 95% CI: 3.4-11.9 - p=0.000). **Conclusion:** a statistically significant relationship was found between the variables in the study, history of abortion and preterm birth

Keywords: history of abortion, preterm birth

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

OMS:	Organización Mundial de la Salud
IMP:	Instituto Materno Perinatal de Lima
ASIS:	Análisis Situacional de Salud
FIGO:	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
FASGO:	Sociedades de Obstetricia y Ginecología
ACOG:	Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos
FIAPREY:	Ficha de Antecedente de Aborto y Parto Pretérmino
OR:	Odds Ration
INE:	Instituto Nacional de Estadística

INTRODUCCIÓN

El parto pretérmino representa una preocupación significativa en la salud pública del Perú, por su aumento constante y asociación con la morbilidad y mortalidad infantil. Este fenómeno contribuye a una carga considerable en los sistemas de salud, generando costos económicos sustanciales, por las consecuencias que este puede causar en el recién nacido, como problemas respiratorios, discapacidades cognitivas, motoras y retrasos en el desarrollo físico. Además, el parto pretérmino está asociado con desigualdades en la salud, afectando desproporcionadamente a comunidades de bajos recursos ocasionando una repercusión negativa para la madre, familia y sociedad.

Existen múltiples factores que pueden ocasionar un parto pretérmino; entre ellos cobra relevancia el antecedente de aborto sobre todo si este fue su primer embarazo, asociándose con un incremento en el riesgo de parto pretérmino, especialmente entre mujeres en edad fértil, no obstante, en la región no existen estudios que establezcan dicha conexión, de allí la relevancia de realizar la presente investigación la cual tuvo como objetivo determinar si el antecedente de aborto es un factor de riesgo para parto pretérmino. en el Hospital Regional Docente de Cajamarca; obteniéndose como resultado que la mayor parte de pacientes en estudio tenía una edad de entre 20 a 34 años, conviviente, procedente de la zona rural, ama de casa. Las pacientes de ambos grupos en su mayoría primíparas, con periodo intergenésico menor a dos años. La mayoría de los casos tuvieron antecedente de aborto por lo que se asocia al parto pretérmino; llegándose a determinar que las pacientes con antecedente de aborto tienen riesgo 6,2 veces más de presentar parto pretérmino (OR = 6,3 - IC95%: 3,4-11,9 – p=0,000).

La presente tesis está sistematizada de la siguiente manera:

CAPITULO I, pertenece al planteamiento del problema, formulación del problema, justificación, objetivos.

CAPÍTULO II, abarca los antecedentes, marco teórico, hipótesis y variables, también la definición conceptual y operacional de las variables.

CAPÍTULO III, se presenta la metodología de la investigación.

CAPITULO IV, se desarrolla el análisis y discusión de los resultados.

Por último, se han tenido en cuenta las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Definición y delimitación del Problema

El parto pretérmino es un problema importante en salud pública en el Perú debido a sus complicaciones graves y su asociación con un incremento en la morbilidad y mortalidad infantil. Existe un debate continuo sobre el impacto del aborto en la salud reproductiva. Diversos estudios han descubierto que las mujeres que han tenido un aborto previo tienen un mayor riesgo de parto pretérmino en embarazos posteriores, aunque aún no se comprenden por completo las causas subyacentes de esta relación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que anualmente nacen 15 millones de recién nacidos pretérmino en el mundo llegando al 60% en Asia meridional y África donde más de un millón fallecen por complicaciones que surgen en su salud a corto y largo plazo. En los países de ingresos bajos tienen una tasa del 12%, en comparación con los países de ingresos más altos que tienen 9%. La prematuridad es la causa fundamental de mortalidad y morbilidad en niños menores de 5 años (1).

En Latinoamérica, se estima anualmente nacen 12 millones de recién nacidos pretérmino y aproximadamente 135,000 niños fallecen debido a complicaciones asociadas a esta patología. Costa Rica se sitúa en la primera posición de países con mayor cantidad de prematuridad y es fundamental destacar que el parto pretérmino puede acarrear consecuencias graves a largo plazo para la salud de los niños, incluyendo discapacidades físicas y mentales, lo cual resalta la necesidad de incrementar la atención y los recursos destinados a la prevención y tratamiento de esta condición (2).

En el Perú en el año 2022, se ha observado un aumento en la incidencia de nacimientos pretérmino, durante los primeros 10 meses de ese año, se registraron 27,383 casos, lo que representa aproximadamente el 6,89% del total de nacidos vivos. Esta cifra muestra un aumento del 0,10% en comparación con el mismo período del año anterior y es considerado un desafío importante para la salud pública, ya que se ha identificado como un factor de riesgo para la mortalidad infantil a nivel global. De otra parte, durante la Semana Epidemiológica 52-2022, se reportaron alrededor de 2,000 muertes neonatales, y el 66% de ellas estuvo asociada con esta complicación (3).

En Cajamarca, la tasa de parto pretérmino va en creciente aumento, según los datos revelados en el Análisis de Situación de Salud (ASIS) - Cajamarca 2019, reportándose un 12% del total de nacimientos; de otra parte, se reportó que se atendieron 687 casos de aborto en la región, lo que equivale a un promedio de dos casos por día (4).

Así mismo existe un número significativo de mujeres que experimenta un aborto en su primer embarazo, es así que entre 2015 y 2019, se registraron relativamente 121 millones de embarazos no planificados, de ellos 61% terminó en aborto, representando alrededor de 73 millones de abortos anuales a nivel mundial. El antecedente de aborto, junto con otros factores, puede aumentar el riesgo de parto pretérmino, especialmente en mujeres de bajo nivel socioeconómico. El mecanismo fisiopatológico no está bien dilucidado, pero se reconoce que puede ocasionar secuelas como, adherencias intrauterinas e infecciones que a largo plazo pueden ocasionar complicaciones en embarazos futuros e incluso infertilidad (5).

Además, el proceso del embarazo involucra cambios en varios sistemas del cuerpo, y la interrupción abrupta del embarazo podría dañar el sistema fisiológico del cuerpo al reducir los niveles endocrinos sin un proceso gradual de adaptación por lo que el riesgo de perjudicar el funcionamiento de los órganos y el agotamiento precoz por dichos procedimientos podría aumentar en mujeres que han tenido dos o más abortos.

A partir de estas premisas y a pesar de la multiplicidad de factores que estarían involucrados para que un embarazo termine en un parto pretérmino en la presente investigación se pretende determinar si el antecedente aborto es factor de riesgo para que ocurra dicha complicación en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2022.

1.2. Formulación del Problema

¿El antecedente de aborto es un factor de riesgo de parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2022?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar si el antecedente de aborto es un factor de riesgo de parto pretérmino en las pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2022.

1.3.2. Objetivos específicos

- a. Establecer las características sociodemográficas y obstétricas en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca
- b. Precisar la edad gestacional de las pacientes con parto pretérmino atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca
- c. Identificar el antecedente de aborto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca
- d. Determinar número de abortos y tipo de aborto en las pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca

1.4. Justificación de la investigación

El Ministerio de Salud del Perú indica que el aborto representa la cuarta causa más común de muerte materna (7%). No obstante, diversos estudios sugieren que muchas muertes relacionadas con abortos podrían estar subregistradas, ya que se incluyen dentro de las estadísticas de hemorragias (60%) e infecciones (13%). Por lo tanto, si se llevara a cabo un registro más preciso de las defunciones maternas, es probable que el aborto ocupara el primer lugar en términos de incidencia (6).

Los resultados de esta acción pueden conducir al fallecimiento de la mujer, así como a dificultades de fertilidad en el porvenir y complicaciones en embarazos posteriores que podrían acarrear serios riesgos tanto para la madre como para el bebé; como en el caso de un parto pretérmino el cual puede generar gastos significativos para la familia, los centros de salud y el gobierno, dado que la mayoría de los bebés prematuros necesitan atención médica especializada para sobrevivir. Siendo múltiples las causas que pueden conllevar a este suceso y una de ellas, aunque no muy bien dilucidada es el aborto, según Flores (10). Es por ello que el presente estudio será importante porque permitirá esclarecer si el antecedente de aborto es un factor de riesgo para el parto pretérmino.

Los resultados constituirán un aporte muy importante para la ciencia porque de corroborarse la hipótesis planteada, servirá para que los profesionales encargados de la salud materna y perinatal tengan en cuenta el antecedente de aborto y definan estrategias de monitoreo permanente a la mujer, así como la realización de exámenes auxiliares para prevenir un parto pretérmino, algo que es beneficioso tanto para la madre, como para la familia en general y el sistema sanitario que verá disminuido sus costos en tratamientos por todo lo que implica el cuidado de un recién nacido prematuro.

Por último, existe gran necesidad de evaluar si el antecedente de aborto influye en embarazos posteriores, ya que actualmente en nuestra región no existen estudios previos sobre esta asociación y de hallar dicha relación se podrían tomar medidas preventivas para gestaciones posteriores a un aborto. Así mismo los resultados obtenidos servirá de fuente confiable para futuras investigaciones.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Situ K. et al. (7), realizaron un estudio en Finlandia, año 2020, con el objetivo de investigar en mujeres con abortos previos inducidos, la edad gestacional en los nacimientos posteriores en madres primerizas. El estudio fue retrospectivo, en una población de 418 690 madres primerizas. Encontraron que 59,7% tenían de 20 – 29 años, 73,6% eran de procedencia urbana, 77,8% eran conviviente y 20,8% eran solteras. Además 11,1% habían tenido un aborto inducido temprano, 1,8% un aborto inducido tardío, determinaron que existe un riesgo más alto para parto extremadamente prematuro (OR 2,28; IC del 95%: 1,53-3,39). Concluyeron que el riesgo de resultados adversos posteriores a un aborto es bajo, sin embargo, el riesgo es mayor con el aumento de la edad gestacional al momento del aborto inducido.

Ahumada J. et al. (8) investigaron, en Bogotá, año 2020; un estudio cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo para parto pretérmino. El estudio fue tipo Cohorte, retrospectivo con una muestra poblacional de 452 pacientes. Encontraron que 48,9% pertenecían a un nivel socioeconómico medio, 26,77% tenían antecedente de aborto, 8,2% antecedente de parto pretérmino, 38,30% eran primigestas, 61,70% multigestas; 39% tenían alguna patología crónica como diabetes y 10.4% diagnóstico de parto pretérmino entre la semana 28 y 31.6 y 8,85% entre la semana 32 y 36.6. Concluyeron que los principales factores de riesgo para parto pretérmino son diagnóstico de preclampsia y antecedente de aborto.

González D. et al. (9) ejecutaron un estudio en Jipijapa-Ecuador, año 2019; con la finalidad de evaluar la relación entre el aborto previo como factor de riesgo para el desarrollo de parto pretérmino. El estudio fue mixto, retrospectivo, descriptivo y transversal en una muestra poblacional de 42 gestantes. Encontraron que 25,0% tenían entre 18 a 30 años, 53,5% eran convivientes, 64,2% tenían procedencia rural y 42,8% nivel de instrucción secundaria. El 100% de la muestra presentó aborto previo, de todas ellas 28,5% tuvo un aborto, 39,2% dos o tres abortos, 32,1% más de tres; respecto a la edad gestacional 53,5% fueron antes de las 12 semanas y 46,3% mayores de 12 semanas; en relación al parto 82,1% fue mayor a las 32 semanas y 17,8% menor de 32. Concluyeron que el aborto previo es un determinante importante para que en una gestación posterior ocurra un parto pretérmino.

Kelkay B. et al. (10) desarrollaron una investigación en el Norte de Etiopía, año 2019; con la finalidad de evaluar la magnitud del parto prematuro único y sus factores asociados en el Hospital General Shire Suhul. El estudio tuvo diseño no experimental, transversal, desarrollado en una muestra de 325 madres puérperas seleccionadas sistemáticamente. Encontraron que 84% tenían una edad menor de 35 años; 94,2% eran casadas, 57,8% eran de procedencia urbana, 61,8% eran amas de casa y 19,7% eran comerciantes; 77% tenían primaria incompleta; 16,5% era primípara, 13,2% multípara y 29,1% gran multípara; 81,1% tenían más de 4 atenciones prenatales; 17,5% tenían antecedente de aborto, 16,9% tuvo un parto pretérmino, y 41,2% tuvo un periodo intergenésico adecuado (1 a 3 años). Concluyeron que las madres que tuvieron antecedente de aborto tienen 2.4 veces más de presentar un parto pretérmino.

Antecedentes nacionales

Díaz B. (11) realizó un estudio en Piura, año 2021; cuyo objetivo fue delimitar si el aborto previo es un factor de riesgo para parto pretérmino. El estudio fue cualitativo de tipo observacional, analítico de casos y controles, con una muestra de 206 historias clínicas de las cuales 103 pertenecieron al grupo de

casos (con parto pretérmino) y 103 al grupo de los controles (sin parto pretérmino). Encontró que 30,1% de las gestantes tenían entre 25 a 30 años, 80,6% procedían de la zona urbana, con respecto al aborto previo se presentó un 60,2% en los casos y solo 23,3% en los controles. De los casos 45,6% tuvo un aborto, 13,6% dos y 2% tres. Concluyó que el aborto previo si es un factor de riesgo importante para parto pretérmino con un OR = 4.76.

Espinoza L. (12) ejecutó una investigación en Trujillo, año 2018 con el objeto de delimitar si el precedente de aborto es determinante para producirse un parto pretérmino en mujeres embarazadas del Hospital Regional. El estudio fue observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles, con una muestra de 150. Encontró que 52,0% tenían menos de 25 años, 78,7% tuvo menos de 6 controles prenatales y 21,2 más de 6 atenciones prenatales. Además 24% tuvo un aborto, 6,7% tuvo 2 y 2,7% tuvo 3; de las pacientes que tuvieron aborto previo 33,3% presentaron parto pretérmino y 66,7% no presentaron. En relación a la estadística, descubrió una correlación entre haber tenido un aborto previo y dar una luz de forma prematura ($p=0,014$), con un odds ratio de 2.625 [1.201-5.738]. Concluyó que tener antecedente de aborto es un determinante altamente significativo para el parto prematuro

Zaga C. (13) efectuó un estudio en Puno, año 2018, con el objeto de identificar la conexión existente entre el antecedente de aborto y parto antes de las 37 semanas en el Hospital Essalud II. El estudio fue descriptivo, correlacional, retrospectivo, de diseño transversal realizado en una muestra poblacional conformada por 129 féminas de parto pretérmino eutócico. Encontró que 50% tenían de 25 a 29 años, 68,8% eran convivientes; 56% trabajo independiente; 84% presentaron antecedente de un aborto, todas con prematuridad leve; 8,0% tuvo 2 abortos quienes también tuvieron parto prematuro leve; mientras 8,0% que tenía 3 abortos terminó en parto prematuro muy extremo. Concluyó que un alto porcentaje de embarazadas que tuvieron un parto prematuro habían tenido un aborto anterior.

Antecedentes locales

Guevara S. (14) elaboró una indagación en Chota, año 2019, con el objeto de examinar la conexión entre los determinantes sociodemográficos y obstétricos y la amenaza de parto antes de las 37 semanas en el Hospital Hernando de Soto. El estudio fue descriptivo correlacional con diseño no experimental de corte transversal, con muestra de 89 gestantes. Encontró que 33,7% tenían 20 a 24 años de edad, 30,3% tuvo secundaria incompleta, 58% fue de procedencia rural, 83,1% eran convivientes y 19% tuvo más de 6 controles prenatales. Además del 33,7% que presentaron antecedente de aborto el 26,7% tuvo un parto muy prematuro y 73,3% un parto prematuro entre leve y moderado. Concluyó que los determinantes de riesgo obstétricos que están asociados significativamente con la amenaza de parto prematuro son el historial de abortos previos.

Quispe R. (15) llevó a cabo una indagación en Cajamarca año 2019, con la finalidad de hallar la frecuencia de parto prematuro y las características maternas vinculadas a la prematuridad en el Hospital Regional. El estudio fue observacional, descriptivo, retrospectivo, con un diseño no experimental, la muestra poblacional estuvo constituida de 1 605 partos. Encontró que 57,5% tenían de 20 a 34 años, 87% eran de procedencia rural, 74,1% eran convivientes, 23,9% tenía secundaria incompleta, 82,6% era ama de casa, 45,6% fue primigesta, 46,3% tuvo menos de 6 atenciones prenatales, 29,3% más de 6 atenciones prenatales; con respecto al periodo intergenesico 39,0% fue corto y 36,2% prolongado. Además 12% tuvo antecedente aborto. Llegó a la conclusión que la prevalencia de parto pretérmino fue de 13,48%; de los cuales una de las principales características maternas fue tener antecedente de aborto.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Aborto

Se define como aquel que ocurre antes de llegar a las 22 semanas y desde el primer día de la última menstruación, así mismo para considerarse como tal, debe tener como mínimo un peso semejante a 500 gramos y una longitud corono-nalga de 25 cm, el Instituto Materno Perinatal de Lima (IMPN) complementa que el aborto puede producirse de manera espontánea o también puede ser inducido por la mujer de manera quirúrgica, medicamentosa o ambas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto como la suspensión de un embarazo después de la anidación del cigoto fecundado en el endometrio, pero antes de que el feto sea viable por sí solo, en un ambiente externo a la matriz, lo que significa que aún no es capaz de sobrevivir (16), (17).

2.2.1.1. Clasificación

Aborto espontaneo

El aborto espontáneo es la complicación más frecuente del embarazo, ocurre en más del 80% en las primeras 12 semanas de gestación. En los abortos del primer trimestre el feto casi siempre muere antes de su expulsión espontánea. La muerte se acompaña por hemorragia en la decidua basal. A continuación, se necrosan los tejidos adyacentes, lo que estimula las contracciones uterinas y la expulsión. El saco gestacional se encuentra íntegro, lleno de líquido y puede contener o no un embrión o feto. Por ello la clave para establecer la causa de un aborto incipiente es determinar la causa de la muerte fetal. Sucede lo contrario en abortos tardíos, en donde el feto no suele morir antes de su expulsión y por lo tanto se debe buscar otras explicaciones del aborto espontáneo (18).

Clasificación clínica del aborto espontáneo

Amenaza de aborto: se sospecha de este diagnóstico ante la presencia de secreción hemática o hemorragia vaginal a través del orificio cervical cerrado durante las primeras 20 semanas de embarazo, casi siempre indoloro o acompañado de un leve dolor en el hipogastrio. Los principales datos clínicos son: amenorrea secundaria, prueba de embarazo positiva (β -hCG cuantitativa), presencia de vitalidad fetal; sangrado uterino de magnitud variable, dolor tipo cólico en hipogástrico de magnitud variable, volumen uterino acorde con amenorrea sin dilatación cervical evidente (18) (19).

Aborto inminente: en este tipo de aborto el sangrado y el dolor aumenta de forma progresiva en intensidad y frecuencia el orificio cervical interno se dilata. Puede visualizarse restos ovulares a través del orificio cervical o en la vagina si la expulsión del producto ya se ha iniciado. (19)

Aborto inevitable: es aquel en el cual existe un aumento progresivo del dolor hipogástrico y/o hemorragia. El cuello uterino se encuentra dilatado y las membranas amnióticas se hallan rotas (18).

Aborto en curso: existe un aumento progresivo del dolor hipogástrico o de la hemorragia vaginal, con modificaciones cervicales (orificio cervical interno y externo), acompañado ruptura de membranas. El producto de la concepción se está eliminando a través de los orificios cervicales dilatados (18).

Aborto incompleto: se caracteriza por presencia de sangrado profuso, con dilatación de ambos orificios cervicales y expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico, por lo que la cavidad uterina permanece parcialmente ocupada; el útero entonces se mantiene blando, grande y sin retraerse totalmente. La cantidad de restos retenidos relaciona directamente con el dolor, pues, cuanta mayor cantidad haya, será mayor el dolor, ya que el útero trata de expulsar el cuerpo extraño. El aborto incompleto, es el más susceptible de ocurrir a partir de la décima semana (18).

Aborto completo: este sucede cuando se produce la expulsión completa del feto y anexos ovulares con cese posterior de la hemorragia y del dolor hipogástrico. Después de sucedida la expulsión es frecuente el cierre de los orificios cervicales. Clínicamente, se puede reconocer el aborto completo cuando luego de la expulsión, el sangrado se hace mínimo, el dolor suprabúbico desaparece y, al examen, el cuello está cerrado y el útero contraído e involucionando, de un tamaño inferior al que le correspondería. Cuando ocurre la interrupción espontánea del embarazo antes de cumplida la décima semana, es factible que el feto y la placenta sean expulsados juntos y completamente (19).

Aborto diferido: se caracteriza por la retención en la cavidad uterina de un embrión o feto muerto (incluyendo el embarazo anembrionado) o la detención de la progresión normal del embarazo, puede acompañarse o no de sangrado variable. El producto muerto de la concepción queda retenido durante varios días semanas o incluso meses dentro del útero con el orificio cervical cerrado. El aborto retenido se puede complicar con trastornos de la coagulación por consumo del fibrinógeno, debido al paso de tromboplastina al torrente circulatorio materno. Este accidente es más frecuente mientras mayor es el período en el que el feto muerto permanece in útero (19).

Aborto séptico: es una infección del útero y/o de los anexos, que se presenta después de un aborto espontáneo, terapéutico o inducido. Cursa con fiebre 38°C o más, acompañado de otros signos como escalofríos, mal estado general, dolor abdominal y sangrado vaginal generalmente de aspecto purulento con mal olor (18).

Aborto recurrente

Se refiere a aquella situación en la que se han producido al menos dos abortos consecutivos o más de dos alternos (excluyendo la gestación extrauterina, embarazo molar y gestaciones bioquímicas). La Sociedad Americana para la Medicina Reproductiva (2020) propone definir aborto recurrente como el

fracaso de dos o más embarazos clínicos confirmados por medio de ecografía o examen histopatológico (19).

Aborto inducido

Es la interrupción deliberada de un embarazo antes de que el feto pueda sobrevivir fuera del útero. Se lleva a cabo por diversas razones, como motivos de salud, violación, incesto, incompatibilidad con la vida o simplemente por decisión de la mujer. Si el aborto es clandestino según la OMS puede ser en condiciones seguras o inseguras (20).

Aborto inducido seguro: Procedimiento médico o quirúrgico llevado a cabo por un profesional capacitado con los medios necesarios y en un ámbito médico adecuado. Implica un riesgo extremadamente bajo para la mujer (20).

Aborto inducido inseguro: procedimiento para poner fin a un embarazo no deseado, que sea realizado por personas que carecen de las aptitudes necesarias o en un ámbito en el que no se cumplen los mínimos criterios médicos, o con la concurrencia de ambas circunstancias (20).

Según su edad gestacional

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), clasifica el aborto según su edad gestacional de la siguiente manera (19).

Aborto temprano: al que ocurre antes de la 12a semana de gestación.

Aborto tardío: al que se presenta entre las 12 y las 20 semanas de gestación

Según su presentación:

Aborto completo: hace referencia a la interrupción total del embarazo, donde todos los productos de la concepción son expulsados del útero (18).

Aborto incompleto: se refiere a una situación en la que parte del tejido o productos de la concepción no se expulsan completamente del útero, quedando restos dentro del útero, lo que puede requerir intervención médica adicional para asegurar la completa evacuación y prevenir posibles complicaciones (18).

2.2.1.2. Causas del aborto

Factores fetales: Estas causas están relacionadas con anomalías genéticas, problemas estructurales en el feto o complicaciones del desarrollo. A continuación, se mencionan las más comunes:

Anomalías genéticas: Los problemas genéticos pueden causar abortos espontáneos en etapas tempranas del embarazo, como aneuploidias (85%) como trisomía autosómica, Monosomía, Triploidía, Tetraploidía, 4.5% y embarazos anembrionicos (18).

Problemas estructurales: Anomalías estructurales en el feto, como defectos cardíacos congénitos, malformaciones cerebrales, anomalías del tubo neural u otras anomalías del desarrollo, pueden llevar a abortos espontáneos (18).

Factores maternos: estas pueden variar y a menudo están relacionadas con problemas de salud de la madre que afectan su capacidad para mantener un embarazo exitoso. A continuación, las causas maternas comunes del aborto:

Anomalías uterinas: malformaciones congénitas del útero, como el útero septado o el útero bicorne, pueden aumentar el riesgo de aborto al interferir con la implantación del embrión o el crecimiento adecuado del feto (18).

Edad materna avanzada: las mujeres mayores tienen un mayor riesgo de aborto espontáneo debido a la disminución de la calidad de los óvulos y la mayor incidencia de problemas de salud relacionados con la edad, como diabetes o hipertensión (18).

Enfermedades crónicas: condiciones médicas crónicas como la diabetes, la hipertensión, la enfermedad tiroidea, el lupus u otras enfermedades autoinmunes pueden aumentar el riesgo de aborto si no están bien controladas durante el embarazo (18).

Infecciones: algunas infecciones maternas, como la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), la infección por citomegalovirus, la listeriosis o la toxoplasmosis, pueden aumentar el riesgo de aborto si no se tratan adecuadamente (20).

Estrés emocional: el estrés emocional extremo o los trastornos psicológicos pueden afectar la salud materna y aumentar el riesgo de aborto espontáneo, por activación del eje hipotálamo hipófisis adrenal (21).

Factores ocupacionales: exposición a toxinas ambientales (benceno), exposición a antineoplásicos citotóxico, exposición a sustancias esterilizadoras, exposición excesiva a rayos X (20).

Entre otras como la eficiencia hormonal, defectos uterinos, desnutrición severa, factores inmunitarios como la trombofilia hereditaria, consumo de alcohol, consumo de tabaco, consumo excesivo de cafeína, traumas (21).

2.2.1.3. Consecuencias del aborto

El aborto representa un determinante significativo para el bienestar de la mujer, no solo por sus efectos psicológicos, sino también por los daños fisiológicos que puede causar. Este procedimiento puede alterar el funcionamiento adecuado de los sistemas corporales, incluyendo el daño en el útero, lo que puede llevar a patologías que complican la gestación, las consecuencias más comunes son las siguientes (18):

Infección: existe riesgo de infección después de un aborto, especialmente si no se realizó en un entorno médico estéril o si no se siguen los cuidados postoperatorios adecuados (19).

Lesiones en el útero o los órganos circundantes: los procedimientos de aborto pueden provocar lesiones en el útero o en otros órganos cercanos (19).

Complicaciones futuras en el embarazo: algunas investigaciones sugieren que los abortos inducidos pueden aumentar el riesgo de complicaciones en embarazos futuros, como parto prematuro, bajo peso al nacer y placenta previa (20).

2.2.2. Parto pretérmino

Se describe parto prematuro como aquel que tiene lugar después de la 22ava semana de gestación, y sin cumplir la semana 37, o también cuando ocurre con menos de 259 días. La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FASGO - 2020) lo define como un síndrome, ya que comprende un conjunto de signos y responde a múltiples causas. El parto pretérmino es un evento que tiene que ser identificado rápidamente para poder disminuirlo o evitarlo con los distintos tratamientos (FASGO - 2020). El inicio de parto prematuro se caracteriza como aquel que sucede antes de las 37 semanas de gestación, según el IMPN Perú - 2018 y la definición de Huertas - 2018, que establece el período entre las 22 y 36 semanas después de 6 días de la última menstruación. A nivel mundial, el resultado de este tipo de parto varía entre el 5% a 18% (27), y en el INMP, que es un nosocomio de alta complejidad en referencia obstétrica, la tasa de parto prematuro ha sido del 8% al 10 % en los últimos 8 años (22).

2.2.2.1. Clasificación de parto pretérmino

Según el protocolo clínico basado en evidencia de las entidades más reconocidas para la obstetricia el parto pretérmino se clasifica (22):

Clasificación según el ACOG:

- Parto pretérmino muy temprano: antes de las 28 semanas de gestación.

- Parto pretérmino moderado: entre las 28 y 31 semanas y 6 días de gestación.
- Parto pretérmino temprano: entre las 32 y 33 semanas y 6 días de gestación.
- Parto pretérmino tardío: entre las 34 y 36 semanas y 6 días de gestación.

Clasificación según la FIGO:

- Parto pretérmino extremadamente temprano (5%): se refiere a un recién nacido con menos de 28 semanas de edad gestacional y que tiene un peso mayor a 500 gramos, para considerarse como tal
- Parto pretérmino muy temprano (10%): se utiliza para describir el nacimiento de un bebé ocurrido entre la semana 28 y la semana 31 de gestación.
- Parto pretérmino temprano o moderada (15%): se refiere al nacimiento de un bebé entre las 32 y 34 semanas de gestación.
- Parto pretérmino tardío (20%): entre las 34 y 37 semanas de gestación.

En este estudio se aplicó esta categorización específica, ya que coincide con la utilizada en el hospital regional Docente de Cajamarca.

2.2.2.2. Factores de riesgo

Se define como una característica o condición que aumenta la probabilidad de que una persona desarrolle una enfermedad o experimente un evento adverso (23).

En tal caso referente al parto pretérmino tenemos los siguientes factores de riesgo:

Factores maternos, presencia de infecciones, especialmente bacterianas, se ha asociado con un aumento significativo del riesgo de parto prematuro, representando entre un 20% y un 60% de los casos. Además, condiciones como la vaginosis bacteriana y las infecciones urinarias incrementan dicho

riesgo. Las anomalías uterocervicales, como la incompetencia cervical y las malformaciones uterinas, como el útero bicorne o septado, pueden aumentar el riesgo de parto prematuro en un rango del 25% al 50%. Asimismo, los procedimientos cervicales y uterinos previos, como la dilatación, el legrado uterino, la conización o la escisión electroquirúrgica, presentan un riesgo moderado para el parto prematuro (24).

En cuanto a los factores obstétricos el antecedente de parto prematuro aumenta significativamente el riesgo de presentar el mismo evento en la siguiente gestación, entre 1,5 y 2,5 veces más. La edad gestacional y el número de partos pretérmino previos influyen de manera significativa. El antecedente de aborto espontáneo se relaciona con un mayor riesgo de parto prematuro posterior, especialmente si se han realizado procedimientos invasivos como la dilatación mecánica o evacuación uterina, sobre todo si estos se llevaron a cabo varias veces durante los primeros dos trimestres. El embarazo múltiple representa aproximadamente el 15% al 20% de todos los partos pretérmino, debido a la distensión uterina excesiva que puede llevar a una dinámica temprana y ruptura prematura de membranas. Por último, la insuficiente atención prenatal también puede ser un factor de riesgo importante para el parto prematuro (25).

Entre los factores sociodemográficos se encuentran el tabaquismo y la adicción a drogas, los cuales se asocian con un mayor riesgo de parto prematuro. Los factores nutricionales, como el sobrepeso, la obesidad o la desnutrición, también pueden influir en el riesgo de parto prematuro. La edad materna es un factor importante, especialmente en las edades extremas, es decir menores de 15 y mayores de 35; ya que se considera un alto riesgo obstétrico debido a la posibilidad de complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido. La raza afroamericana presenta la tasa más alta de partos pretérmino, alrededor del 16% al 18%, en comparación con otros grupos raciales (26).

2.2.2.3. Fisiología del parto pretérmino

a. Activación precoz del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal fetal en respuesta al estrés materno y/o fetal: el estrés fetal y en menor frecuencia materno, puede desencadenar la activación del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal (HPA) antes de tiempo, lo que resulta en cambios hormonales. En la madre, la hormona liberadora de corticotropina (CRH) estimula la producción de hormona adrenocorticotrópica (ACTH) de la hipófisis, lo cual a su vez induce la liberación de cortisol y prostaglandinas, hormonas que desencadenan el parto. En el feto, el CRH placentario estimula la liberación de cortisol y prostaglandinas, a través de un ciclo de retroalimentación positiva, promoviendo la maduración cervical y la contractilidad uterina. A medida que avanza la gestación, los niveles de CRH, glucocorticoides y prostaglandinas aumentan progresivamente. La saturación de la proteína de unión a CRH permite que la CRH libre actúe como desencadenante del parto (29).

b. Respuesta inflamatoria exagerada: La inflamación dentro del líquido amniótico, producida por una infección, está estrechamente relacionada con el parto pretérmino, ya que las bacterias tienen un efecto directo en la estimulación de las contracciones uterinas mediante la producción de fosfolipasa A2 y endotoxinas. Algunos patógenos también producen enzimas que pueden dañar las membranas fetales, lo que provoca la ruptura prematura de las mismas y un parto antes de las 37 semanas. Estos efectos se producen debido a la liberación de sustancias que provocan la inflamación en las membranas fetales, el líquido amniótico y el útero, lo que lleva a la liberación de prostaglandinas y otros mediadores que inducen el trabajo de parto (29).

2.2.2.4. Consecuencias del parto pretérmino

La prematurez es una causa significativa de mortalidad neonatal a nivel mundial, con mayor riesgo de complicaciones a medida que disminuye la edad gestacional. Las tasas de supervivencia aumentan a medida que avanza la

edad gestacional, desde un 6% en los nacidos a las 22 semanas hasta más del 90% en los nacidos a las 28 semanas (27).

Las principales complicaciones relacionadas con la prematurez incluyen síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, displasia broncopulmonar, persistencia del conducto arterioso, retinopatía y sepsis. Además de la complicación que se producen con un parto pretérmino; a largo plazo existen secuelas que obligan a los bebés a padecerlas el resto de su vida, como trastornos del crecimiento y desarrollo cognitivo (27).

2.2.3. Aborto y parto pretérmino

El aborto, puede ocasionar complicaciones en poco tiempo como hemorragia, adherencias intrauterinas e infección. Además, las indagaciones sugieren que el aborto provocado podría aumentar la probabilidad de padecer un parto prematuro en futuros embarazos, y se considera un factor negativo en estos casos. El proceso del embarazo involucra cambios en varios sistemas del cuerpo, y la interrupción abrupta del embarazo podría dañar el cuerpo al reducir los niveles endocrinos sin un proceso gradual de adaptación. El riesgo de perjudicar la fisiología de los órganos y el agotamiento precoz por dichos procedimientos podría aumentar en mujeres que han tenido dos o más abortos. Aquí mencionamos algunos puntos para comprender la conexión entre el aborto y el parto prematuro (25):

Aborto inducido y parto prematuro: algunos estudios han encontrado una asociación entre el aborto inducido y un mayor riesgo de parto pretérmino en embarazos posteriores. Se sugiere que los procedimientos de aborto, especialmente los que involucran dilatación y curetaje, pueden provocar cicatrices en el cuello uterino o alterar la integridad del útero, lo que potencialmente aumenta el riesgo de incompetencia cervical o ruptura prematura de membranas en embarazos posteriores (28).

Factores de riesgo compartidos: es importante tener en cuenta que las mujeres que eligen someterse a un aborto inducido pueden tener factores de riesgo subyacentes para el parto pretérmino que no están relacionados directamente con el procedimiento de aborto. Por ejemplo, el tabaquismo, la edad materna avanzada, el bajo peso al nacer previo, el embarazo múltiple y las infecciones genitales son factores de riesgo conocidos tanto para el aborto inducido como para el parto pretérmino (28).

Atención prenatal adecuada: Las mujeres que han tenido un aborto inducido deben recibir una atención prenatal adecuada en embarazos posteriores para identificar y abordar cualquier factor de riesgo potencial para el parto prematuro. Esto puede incluir un monitoreo regular del cuello uterino para detectar signos de incompetencia cervical, así como medidas preventivas como la administración de progesterona en mujeres con antecedentes de parto pretérmino (27).

Si bien existe una asociación entre el aborto y el parto prematuro, esta relación es compleja y puede estar influenciada por varios factores. Es importante que las mujeres que han tenido un aborto inducido reciban atención médica adecuada y sean monitoreadas durante el embarazo para minimizar cualquier riesgo potencial para su salud reproductiva y la salud de su bebé.

2.3. Hipótesis

Ha: El antecedente de aborto es un factor de riesgo de parto pretérmino, en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2022.

Ho: El antecedente de aborto no es un factor de riesgo de parto pretérmino, en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2022.

2.4. Variables

Variable independiente: Antecedente de aborto

Variable dependiente: Parto Pretérmino

2.4.1. Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Categorías	Escala
Variable independiente: antecedente de aborto	Interrupción de una gestación antes de las 22 semanas, contando desde el primer día de la última menstruación, con un peso aproximado de 500 gramos y <25 cm de longitud cefalocudal (16).	Interrupción del embarazo antes de las 22 semanas, ocurrido antes de la gestación actual, medido a través del número de abortos y tipo de aborto	Antecedente de aborto	Si No	Nominal
			Número de abortos previos	Ninguno Uno Dos >de 2	Ordinal
			Tipo de aborto	Completo Incompleto	Nominal
Variable dependiente: Parto pretérmino	El aquel nacimiento que se produce después de las 22 semanas de gestación y antes de completar las 37 semanas. Así mismo el IMPN denomina parto pretérmino al que ocurre con menos de 259 días (20).	Paciente mujer que tuvo su parto después de las 22 semanas y antes de las 37 semanas de gestación.	Parto pretérmino	Si No	Nominal
			Edad gestacional del parto	Parto a término (37 – 42) Parto pretérmino extremadamente temprano (<28ss) Parto pretérmino muy temprano (28 – 31ss). Parto pretérmino temprano o moderado (32 – 34ss) Parto pretérmino tardío (34 – 37ss)	Intervalo

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

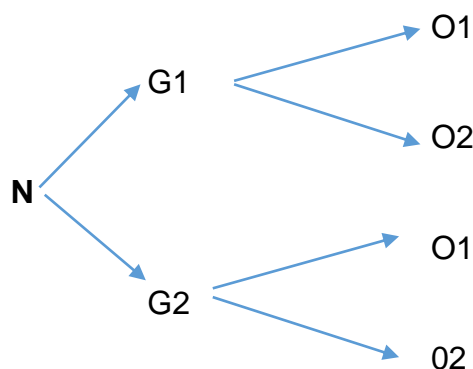
El diseño de investigación del presente estudio tiene un enfoque cuantitativo analítico de diseño no experimental, retrospectivo, de casos y controles.

Casos y controles: se estableció si el antecedente de aborto es un factor de riesgo de parto pretérmino, mediante dos grupos (30).

Cuantitativo: porque se llevó acabo la recolección de datos con el objetivo de comprobar la hipótesis (30).

Analítico: porque permitió evaluar la hipótesis mediante la evaluación de asociación de las variables (30).

Retrospectivo: la recolección de los datos se realizó en base a la Historia Clínica de las gestantes sobre los hechos que han ocurrido en tiempo pasado (30).



N: Muestra

G1: Historias clínicas de pacientes que tuvieron parto pretérmino (casos)

G2: Historias clínicas de pacientes que tuvieron parto a término (controles)

O1: Historias clínicas de pacientes con antecedente de aborto (expuestos)

O2: Historias clínicas de pacientes sin antecedente de aborto (no expuestos)

3.2. Área de estudio y población

Área de estudio

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, institución referencial de mayor complejidad de la Región de Cajamarca de categoría II-2, acreditado para brindar una atención de calidad; ubicado en el Av. Larry Jhonson y Mártires de Uchuracay, ubicado en el Departamento, Provincia y Distrito de Cajamarca (31).

Población

La población estuvo constituida por todas historias clínicas de las pacientes a quienes fueron atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, durante el 1 enero al 31 de diciembre del año 2022, la cual fue un total de 2000 partos atendidos a término y 270 pretérmino.

3.3. Muestra y tamaño de la muestra

Tamaño de la muestra:

El tamaño de la muestra se calculó mediante la fórmula para comparar dos grupos que emplean variables cualitativas, en un estudio de casos y controles. Teniendo en cuenta como antecedente la investigación de Espinoza Garro L. (Trujillo, 2018) donde señala que la prevalencia de casos expuestos con antecedente de aborto, es 33,3% (12).

$$n = \frac{\left[Z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Donde:

Z_{α} : 1,96 Para una seguridad o nivel de confianza del 95%

Z_{β} : 0,84 Poder estadístico 80%

p_1 : 0,333 Proporción de partos pretérminos con antecedente de aborto

p_2 : 0,16 Proporción de partos a término con antecedentes de aborto

p : $(p_1 + p_2) / 2 = 0,2465$

$$n = \frac{\left[1,96 \sqrt{2 \times 0,2565 (1-0,333)} + 0,84 \sqrt{0,333(1-0,333) + 0,16(1-0,16)} \right]^2}{(0,333-0,16)^2}$$

$$n = 96$$

El total de la muestra estuvo compuesta por 96 partos pretérminos y 96 partos a término, haciendo un total de 192 pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, durante el año 2022.

El tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio simple, ya que se colocó las historias clínicas en una base de datos y fueron seleccionadas al azar.

Casos: Partos pretérmino.

Controles: Partos a término.

Proporcionalidad: Se consideró la proporción 1:1

Homogeneidad: Se consideró la edad para ambos grupos.

3.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por cada una de las historias clínicas de las pacientes que hayan culminado su gestación a término o pretermino, y que haya sido atendida en el Hospital Regional Docente de Cajamarca desde 01 enero al 31 diciembre del año 2022, y que cumplan los criterios de inclusión.

3.5. Criterios inclusión y exclusión

3.5.1. Criterios de Inclusión

- Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de parto a término o pretérmino determinado por fecha de última regla o ecografía de primer trimestre.

3.5.2. Criterios de exclusión

- Historias clínicas de pacientes que no tengan letra legible o estén incompletas.
- Historia clínica de paciente que haya culminado en óbito fetal.
- Historias clínicas de pacientes con complicaciones obstétricas que impiden la culminación normal del embarazo, incluyendo embarazo múltiple, malformaciones uterinas (miomas, útero bicorne, útero septado), preeclampsia-eclampsia, síndrome de HELLP, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta apendicitis, infecciones urinarias, Rotura prematura de membranas. Otras morbilidades como Infecciones del tracto urinario, Corioamnionitis.

3.6. Consideraciones éticas

La presente investigación se desarrolló teniendo en cuenta los siguientes principios éticos (32):

No maleficencia: Los datos obtenidos serán utilizados únicamente para la presente investigación, la cual será obtenida sin dañar a las pacientes.

Privacidad: Durante la investigación, se mantuvo en reserva los datos personales de las pacientes cuyas historias fueron examinadas.

Confidencialidad: Se preservará la confidencialidad de los datos personales de la paciente, evitando su divulgación y limitando su uso exclusivamente a propósitos de investigación.

3.7. Procedimientos para la recolección de datos

El proceso de recopilación de datos se llevó a cabo en varias fases. En la primera fase, se buscó la aprobación del proyecto de investigación por parte del Comité de Ética e Investigación del Hospital Regional Docente de Cajamarca. Esto permitió acceder al registro de historias clínicas y obtener la información necesaria.

En la segunda fase, una vez obtenido el permiso correspondiente, se solicitó al área de estadística del hospital la base de datos que contiene los registros de partos pretérmino y a término atendidos durante el período de estudio. Luego, se revisó minuciosamente las historias clínicas y se seleccionó aquellas que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión establecidos en la investigación.

En una tercera fase del estudio, se recopiló los datos requeridos para la investigación en la ficha de recolección de datos denominada FIAPPREY (Anexo 01).

3.8. Técnica e instrumento de recolección de datos

Como técnica de investigación se utilizó el análisis documentado y como instrumento la ficha de recolección de datos para medir ambas variables; dicho instrumento fue elaborado por la autora del presente estudio, el cual fue denominado "FIAPPREY", diseñado, especialmente para recolectar información de los diversos puntos de interés entorno al estudio, los cuales están divididos de la siguiente manera: Características sociodemográficas, factores obstétricos, datos del antecedente de aborto y datos del parto pretérmino (Anexo 01).

Validez del instrumento: El instrumento fue validado por juicio de expertos, constituido por 3 profesionales conocedores del tema, quienes revisaron la ficha de recolección de datos y realizaron las observaciones correspondientes las cuales fueron levantadas oportunamente; además se aplicó la validez de V de AYKEN obteniendo 0,94 (Anexo 02).

Confiabilidad del instrumento: Para la obtención de la confiabilidad del instrumento se realizó una prueba piloto a 15 pacientes con o sin parto pretérmino y luego fue sometido a la prueba estadística Alfa de Crombach, obteniendo un resultado de 0,820 (Anexo 03).

3.9. Procesamiento de datos

Primero, para el procesamiento de datos se codificó el instrumento elaborado e inmediatamente después de la aplicación se verificó que estos estén completamente llenados, es decir; que el control de calidad se realizó in situ para disminuir los datos perdidos. Posteriormente se realizó el procesamiento electrónico de la información, para lo cual se creó una base de datos en Microsoft Excel para Windows, esto se realizó inmediatamente después de obtenidos los datos. Luego se procedió al análisis estadístico el cual se realizó con el programa IBM-SPSS Versión 26, dicho proceso consistió en organizar los datos y resumirlos en tablas simples, de contingencia y tablas de frecuencias para un mejor entendimiento.

Asimismo, cada variable fue analizada con estadística descriptiva y para comprobar la hipótesis se aplicó la estadística inferencial no paramétrica mediante la prueba de chi-cuadrado considerando el valor de p menor de 0,05 como máximo tolerable, luego se utilizó la medida de Odds Ratio (OR). Finalmente, el análisis se realizó teniendo en cuenta los objetivos del estudio y la base estadística obtenida comparándola con el marco teórico elaborado.

CAPITULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2022.

Características sociodemográficas	Casos		Controles	
	n°	%	n°	%
Edad (años)				
Menores de 15	0	0,0	1	1,0
De 15 a 19	14	14,6	18	18,8
De 20 a 34	66	68,8	61	63,5
Mayor o igual a 35	16	16,7	16	16,7
Nivel educativo				
Sin instrucción	5	5,2	9	9,4
Primaria incompleta	13	13,5	13	13,5
Primaria completa	13	13,5	14	14,6
Secundaria incompleta	25	26,0	23	24,0
Secundaria completa	17	17,7	14	14,6
Superior técnico	19	19,8	12	12,5
Superior universitario	4	4,2	11	11,5
Estado civil				
Soltera	11	11,5	9	9,4
Casada	14	14,6	6	6,3
Conviviente	71	74,0	81	84,4
Ocupación				
Estudiante	8	8,3	11	11,2
Ama de casa	76	79,2	66	70,2
Trabajadora Independiente	4	4,2	5	5,2
Trabajadora del sector público o privado	4	4,2	7	7,2
Trabajadora del hogar	4	4,2	6	6,2
Procedencia				
Urbana	26	27,1	31	32,3
Rural	70	72,9	65	67,7
Total	96	100	96	100

Fuente: Ficha de recolección de datos "FIAPPREY".

En la presente tabla, se observa que, el 68,8% de las pacientes con parto pretérmino pertenecen al grupo etario de 20-34 años, 14,6% corresponde al grupo de 15 a 19 años, mientras que el 16,7% son pacientes de 35 a más años. Las pacientes con parto a término, 63,5% pertenecen al grupo etario de 20-34 años, 18,8% de 15 a 19 años y 16,7% son pacientes de 35 años a más.

Datos similares fueron encontrados por Quispe (15) quien encontró que el 57,5% de las gestantes también pertenecieron al grupo etario de 20 - 34 años, pero difieren de los reportados por Díaz (11) quien, en su estudio informó que el 30,1% de gestantes estudiadas pertenecían al grupo de 25 a 30 años.

Por su parte, Espinoza (12), encontró que 52,0% de mujeres embarazadas pertenecieron al grupo etario menor de 25 años, dato que no puede ser comparado con los encontrados en el presente estudio por la diferencia en la estructuración de grupos, así como los obtenidos por Situ (7) quien halló en su estudio que el 59,7% de pacientes pertenecía a las edades de 20 a 29 años.

La similitud se debe a una razón muy importante, la edad ideal para un embarazo lo constituye el grupo entre 20 a 34 años, esto debido a que los picos de fertilidad femenina se encuentran en sus niveles más altos dentro de este rango de edad, considerado por tanto por un buen número de investigadores para estructurar los grupos etarios. Sin embargo, es un hecho de que también pueden tomarse en cuenta otras clasificaciones.

La edad es un factor muy importante en la salud de la gestante ya que se considera como un importante determinante de riesgo cuando se encuentran en los extremos de la edad reproductiva, es decir menores de 20 y mayores de 35 años, por las complicaciones obstétricas que suelen presentarse en estos grupos etarios. Huertas (33), precisamente menciona que tener un embarazo antes de los 20 años o después de los 35 se vincula con un aumento en los riesgos tanto para la madre como para el recién nacido.

Las adolescentes que son madres tienen muchas implicancias no solo biológicas sino también socioeconómicas, de una parte, aún no han logrado un desarrollo anatomofisiológico y económicamente dependen de sus padres u otros familiares. En el plano obstétrico las mujeres en ambos grupos de riesgo pueden tener abortos o partos pretérmino,

En cuanto al grado de instrucción se aprecia que la secundaria incompleta es la característica más resaltante con 26,0%, seguido de quienes tienen superior técnico con 19,8%, en las pacientes con parto pretérmino.

En referencia a las pacientes con parto pretermino, 24,0% tienen secundaria incompleta y 12,5 superior técnico.

Datos similares fueron encontrados por Quispe (15) quien informó que el 23,9% de gestantes tenían secundaria incompleta; sin embargo, difieren con los datos encontrados por Zaga (13) y Gonzales (9) quienes hallaron como resultados que las gestantes tenían secundaria y superior técnica con 43,8% y 42,8%, respectivamente; de igual manera difieren con los resultados hallados por Keykal (10), quien obtuvo que el 77% tenían solamente estudios de primaria. Estas diferencias se deben a que en la región de Cajamarca predomina la población con nivel educativo básico o que solamente alcanzó los primeros grados de la secundaria según lo informa el INE (34).

Las gestantes con niveles de educación primaria o secundaria son más vulnerables al parto pretérmino debido a una serie de factores interrelacionados, como el limitado conocimiento de hábitos de higiene que puede conllevar a infecciones urinarias y vaginales cuyos patógenos invaden el tracto urinario y generan la enfermedad. Además, este grupo poblacional, tiene la desventaja de no utilizar acertadamente la información a la que tienen acceso y en ocasiones incluso la desvalorizan o no la comprenden, lo que restringe el cuidado que debe tener la paciente durante su gestación.

Cáceres (35), por su parte, menciona que la instrucción es un factor de riesgo significativo para un parto pretérmino, ya que influye la falta de comprensión y

desconocimiento de cuidados para minimizar o disminuir la exposición a esta complicación, desempeñando un papel revelador al contribuir en la falta de conciencia en las pacientes.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que no todas las mujeres con niveles educativos bajos experimentarán partos pretérmino, y no todas las mujeres con niveles educativos altos tendrán partos a término. Hay muchos otros factores que también pueden influir en este riesgo, como la genética, el historial de embarazos anteriores, el estilo de vida y las condiciones de salud subyacentes. Por lo tanto, el nivel educativo solo es un factor que contribuye, ya que no es el único determinante.

Respecto al estado civil, el 74,0% de pacientes con parto pretérmino son convivientes mientras que el 11,5% fueron solteras.

Las pacientes con parto pretérmino, 84,4% fueron convivientes y 9,4% solteras.

Resultados similares mostraron las investigaciones de Situ (7), Zaga (13) y Quispe (15) quienes encontraron que las pacientes eran convivientes con cifras de 77,8%, 68,8% y 74,1%, respectivamente, pero difieren de los estudios de Gonzales (9), quien encontró que solo el 53,5% tenía una unión estable y Kelkay (10), quien reporta que el 94,2% eran casadas. Situ (2020), también encontró un dato diferente respecto al porcentaje de mujeres solteras ya que en su estudio determinó que solamente el 20,8% eran solteras. Estas diferencias son debidas a que en el área geográfica en la cual se realizó el estudio, es predominante las mujeres en unión conyugal conviviente, según lo informa el INE (36).

El estado civil es relevante, porque aquellas pacientes que viven en convivencia suponen una unión inestable pues en la mayoría de casos este tipo de relación conlleva a un embarazo no deseado y con ello a conflictos familiares, lo que compromete bienestar emocional de la mujer y que puede repercutir en conductas no saludables desencadenantes de parto pretérmino.

En el caso de las mujeres solteras jóvenes entre las edades de 15 a 19 años de edad, que han sido abandonadas y son de bajos recursos económicos, enfrentan desafíos adicionales para tener una gestación saludable, debido a la ausencia de apoyo financiero estable, donde ellas mismas tienen que sustentar sus necesidades; circunstancias que pueden conllevar a un descuido y desinterés de sus atenciones prenatales, de igual manera la falta de apoyo emocional influye en su bienestar durante la gestación y más aún si esta mujer ha tenido complicaciones en sus embarazos anteriores, por lo que aunando todos estos factores pueden conllevar al desarrollo de un parto prétermino. Como lo menciona Sauzo (37), y se corrobora con distintas investigaciones, que el porcentaje del parto pre término se encuentra más alto en madres solteras de bajo estrato económico, que en casadas.

En relación a la ocupación de las pacientes los resultados muestran que el 79,2% son amas de casa mientras que el 4,2% eran trabajadoras independientes.

Las pacientes con parto a término, 70,2% eran amas de casa, 11,2% estudiantes y 5,2% trabajadoras independientes

Resultados similares fueron encontrados por Quispe (15), quien en su investigación encontró que el 82,6% de gestantes eran amas de casa. Por el contrario, difieren de los reportados por Keykal (10), quien indica que el 19,7% eran comerciantes, es decir tenían su negocio independiente.

La ocupación que desempeña la mujer juega un rol preponderante en la amenaza de parto pretérmino y que puede llegar a la prematuridad, principalmente si la gestante es ama de casa ya que las actividades son agotadoras por las diferentes actividades que tiene que realizar en el hogar como administrar el ingreso familiar, preparación diaria de alimentos, limpieza; situación que se vuelve más compleja cuando tiene niños pequeños ya que requieren de más cuidado y atención; esta aumentada responsabilidad genera estrés en la mujer embarazada.

El estrés materno generado por las distintas actividades, es importante ya que activa prematuramente el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal dando inicio al parto pretérmino, ya sea aumentando los niveles séricos de estrógenos (que estimulan contracción miometrial) o disminuyendo la progesterona (que mantiene la quiescencia uterina), como lo menciona Huertas (33).

De otra parte, las condiciones de trabajo es un factor importante para un parto pretérmino, ya que diversos autores han demostrado que los trabajos que requieren de esfuerzo físico, bipedestación prolongada, exigencias laborales cambiantes, turnos nocturnos; sumado esto a las condiciones laborales a las que están expuestas estas mujeres, incrementan la posibilidad de desarrollar esta patología.

Respecto a la procedencia los resultados muestran que de las pacientes con parto pretérmino el 72,9% proceden de la zona rural y 27,1% de zona urbana. Las pacientes con parto a término 67,7% eran de procedencia rural y 32,3% urbana.

Estos resultados difieren de los encontrados por Quispe (15), Gonzales (9) y Guevara (14); quienes reportaron que 87%; 64,2% y 58% de pacientes eran de procedencia rural respectivamente.

Asimismo, también son disimiles de los reportados por Situ (7), Keykal (10) y Díaz (11), quienes encontraron que el 73,6%; 57,8% y 80.6% de pacientes eran de procedencia urbana. Esta diferencia es debido al tipo de muestra con la que se realizó la investigación, ya que en la región de Cajamarca dos tercios de la población femenina residen en la zona rural según lo informa el INE (36).

Las pacientes de procedencia rural, se encuentran generalmente en situaciones de pobreza, con bajo nivel educativo, con mayores inequidades sociales y circunstancias precarias en el ámbito de salud, expresado en la marginalidad social, difícil acceso geográfico, insuficiencia del suministro de insumos en los centros de salud y ausencia de profesionales de salud

capacitados; lo que puede aumentar el riesgo de experimentar un parto pretérmino en la mujer embarazada.

A esto se suma que las pacientes de la zona rural carecen de conductas higiénicas saludables y comportamiento nutricional adecuado, favoreciendo patologías como las infecciones, padecimiento de anemia y desnutrición respectivamente, las cuales tienen un impacto significativo en la salud materna y fetal.

Tabla 2. Características obstétricas de las pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2022

Características obstétricas	Casos		Controles	
	nº	%	nº	%
Paridad				
Primípara	79	82,0	70	72,9
Secundípara	14	14,6	24	25,0
Múltipara	3	3,1	2	2,1
Período intergenésico				
No aplica	13	13,5	5	5,5
Menos de 2 años	56	58,3	35	36,6
De 2 a 5 años	18	18,8	50	51,2
Mayor de 5 años	9	9,4	6	6,7
Atención prenatal				
Antes de las 14 semanas	41	42,7	17	17,7
Después de las 14 semanas	50	52,1	68	70,8
Ninguna	5	5,2	4	4,2
Número de atenciones prenatales				
Menos de 6	45	46,9	7	7,3
6 atenciones	21	21,9	17	17,7
Mayor de 6	25	26,0	68	70,8
Ninguna	5	5,2	4	4,2
Total	96	100,0	96	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos "FIAPPREY".

En la presente tabla se observa que el 82,0% de las pacientes son primíparas; 14,6% secundíparas y 3,1% múltiparas.

Las pacientes con parto a término, 70,9% fueron primíparas, 25% secundípara y 2,1% múltipara.

Datos que difieren de los encontrados por Ahumada (8) quien reportó que 37,4% de las pacientes eran primigestas y 62,6% multigestas; de igual manera Quispe (15), encontró que 45,6% eran primigestas y 52,1% multigestas,

asimismo, Kelkal (10) encontró que 16,5% eran primíparas, 13,2% multíparas y 29,1% gran multíparas.

La nuliparidad y la multiparidad son factores de riesgo para diversas complicaciones que disminuyen el bienestar tanto de la madre como del feto/recién nacido, por las complicaciones obstétricas que suelen presentarse en este grupo de mujeres, como los trastornos hipertensivos que a su vez pueden complicarse con otros procesos mórbidos de mayor gravedad; así mismo hay particularidades según se trate de nulíparas o multíparas, las últimas son más propensas a presentar mayores complicaciones. Afirmación que es corroborada por Rizo (38) quien muestra en su estudio que las primigestas añosas tienen con mayor frecuencia hipertensión inducida por el embarazo, recién nacidos con peso bajo al nacer y parto por cesárea, condiciones que pueden estar relacionadas con la deficiente adaptación del miometrio y de los vasos sanguíneos uterinos para lograr la oxigenación y la contractilidad uterina suficiente para un crecimiento óptimo del feto y un parto a término exitoso.

Por otra parte, cuando la mujer es primípara joven, el riesgo de parto pretérmino puede ser ligeramente mayor que en la multípara, sobre todo si tuvo antecedentes de aborto, en comparación con mujeres que no lo han tenido. Esto se debe a que el cuello uterino y el útero pueden haber experimentado previamente distensiones, lo que genera que el trabajo de parto se presente antes de tiempo.

En cuanto al período intergenésico, 58,3% ha tenido un nuevo embarazo en menos de 2 años; 18,8% entre 2 a 5 años y el 9,4% en más de 5 años.

Las pacientes con parto a término, 36,6% tuvo un nuevo embarazo en menos de dos años y 51,2% dentro de los 2 a 5 años.

Estos resultados difieren de los hallados por Quispe (15), quien encontró que el 39,0% tuvo un período intergenésico corto, es decir menos de 2 años.

Kelkal (10), por su parte encontró en su estudio que el 41,2% de pacientes tuvo un intervalo entre embarazos de 1 a 3 años; dato que no puede ser contrastado

con los resultados encontrados en el presente estudio, ya que la clasificación del periodo intergenésico según el Ministerio de Salud (40) establece que el periodo intergenésico normal es de 2 años.

Un periodo intergenésico corto puede condicionar que la mujer desarrolle mayor riesgo de complicaciones, como el aumento de la tasa de partos pretérmino, restricción de crecimiento intrauterino, mayor probabilidad de abortos u óbitos, ruptura uterina, anemia entre otras, debido al agotamiento físico y nutricional de la madre, estrés post parto, entre otras.

Zavala (39) señala que los intervalos cortos, pueden aumentar el riesgo de parto pretérmino y otros resultados negativos en la salud infantil.

El periodo intergenésico largo (PIL) está asociado a la “depleción materna” que hipotéticamente es el principal mecanismo que provoca los efectos obstétricos adversos en periodos intergenésicos cortos y se considera que la hipótesis de “regresión fisiológica” es el mecanismo propuesto para la presencia de efectos obstétricos adversos en PIL, referida a que en un período mayor a 5 años posterior a un evento obstétrico (parto), las capacidades reproductivas fisiológicas tienden a declinar, llegando a ser similares a aquellas de primigestas y en consecuencia sujeta a las mismas complicaciones.

Respecto a las atenciones prenatales 52,1% inició sus controles después de las 14 semanas, 42,7% antes de este periodo gestacional y 5,2% no tuvo ninguna atención.

En relación a las pacientes con parto a término 70,8% comenzó su atención prenatal después de las 14 semanas y 17,7% antes.

En las gestantes que han iniciado tardíamente sus atenciones prenatales se pueden presentar complicaciones obstétricas consecuentes de la no identificación temprana de factores de riesgo, por lo que se constituye en un problema de salud pública.

Lugones (41) señala que la atención prenatal permite realizar un diagnóstico integral y oportuno del estado de salud de la paciente gestante, así como un

seguimiento continuo hasta la finalización de su embarazo. Para lo cual resulta necesario que su inicio sea lo más precoz posible, ya que de esa manera se intenta disminuir la tasa de parto pretérmino, una de las complicaciones más frecuentes durante una gestación no controlada.

Finalmente, en relación al número de atenciones prenatales 46,9% de las pacientes tienen menos de 6; 21,9% tuvo 6, 26% más de 6 y 5,2% no tuvo ninguna.

En relación a las pacientes con parto a término, 70,8% tenían más de 6 atenciones prenatales, 17,7% tuvo solo 6 y 4,2% ninguna.

Estos resultados son similares a los hallados por Quispe (15), quien determinó que el 46,3% tuvo menos de 6 atenciones prenatales. Así mismo son semejantes a los encontrados por Espinoza (12) y Guevara (14), quienes reportaron que 21,2% y 19% de las pacientes, respectivamente tenían más de 6 atenciones prenatales.

De otra parte, Quispe (15), determinó que 24,3% de gestantes no tenían ninguna atención prenatal, porcentaje relativamente alto comparado al encontrado en la presente investigación.

La atención prenatal es fundamental para garantizar un embarazo saludable y el bienestar materno y fetal. Así mismo, para prevenir y atenuar los riesgos que puede enfrentar la mujer durante su periodo de gestación. Es por ello que debe iniciarse idealmente en el primer trimestre para que la mujer pueda recibir las intervenciones necesarias como identificación precoz de factores de riesgo, batería completa de análisis, tamizajes de algunas patologías y consejería en diversos temas como signos y síntomas de alarma, nutrición, vacunas, lactancia materna, entre otras.

Tabla 3. Edad gestacional del parto pretérmino en las pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2022

Edad gestacional del parto pretérmino actual	Casos		Controles	
	n°	%	n°	%
Parto a término (37 – 42)	0	0,0	96	100
Parto pretérmino tardío (36.6 – 34ss)	34	35,4	0	0,0
Parto pretérmino temprano (33.6 - 32ss)	36	37,5	0	0,0
Parto pretérmino muy temprano (31.6 – 28ss)	24	25,0	0	0,0
Parto pretérmino extremadamente temprano (<28ss > 20 ss)	2	2,1	0	0,0
Total	96	100,0	96	100

Fuente: Ficha de recolección de datos "FIAPPREY".

Referente a la edad gestacional, 37,5% de las pacientes presentaron parto pretérmino temprano, y solo un 2,1% un parto pretérmino extremadamente temprano.

Guevara (14) determinó en su estudio, que 26,7% de pacientes tuvo un parto pretérmino muy temprano, dato similar al encontrado en el presente estudio en el que se identificó que el 25% de pacientes presentó esta complicación; sin embargo, difieren de los encontrados por Gonzáles (9) quien halló en su estudio que 82,1% gestantes tuvieron partos pretérmino tempranos y 17,8% fueron partos pretérmino muy tempranos.

Se sabe que, durante las últimas semanas de gestación, especialmente desde la semana 32 en adelante el feto empieza a tener un aumento de peso significativo, por lo que es de vital importancia vigilar factores de riesgo como la incompetencia cervical y diabetes mellitus, siendo esta última patología asociada a la macrosomía fetal y polihidramnios; condiciones que pueden generar un parto pretérmino temprano debido a la sobredistensión uterina (42).

Tabla 4. Antecedente de aborto en las pacientes con parto pretérmino en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2022

Antecedente de aborto	Casos		Controles	
	n°	%	n°	%
Antecedente de aborto				
Si	64	66,7	32	33,3
No	32	33,3	73	76,0
Total	96	100	96	100

Fuente: Ficha de recolección de datos "FIAPPREY"

En la presente tabla se observa que el 66,7% de las pacientes con parto pretérmino tuvieron antecedente de aborto mientras que las pacientes con parto a término solo 33,3% existió dicho antecedente.

Datos que difieren de los encontrados por Ahumada (10), Kelkay B. (8) y Guevara (14) quienes determinaron que 26,77%; 17,5% y 33,7% de pacientes con parto pretérmino tenían antecedente de aborto, respectivamente.

El antecedente de aborto es un importante factor de riesgo para un parto pretérmino en un embarazo subsiguiente sobre todo si el periodo intergenésico es corto, ya que fisiológicamente la madre ha sufrido un desgaste de todo su organismo por las múltiples modificaciones que surgen con el embarazo, sobre todo en el útero, si a ello se añade que fue un aborto inducido el deterioro será mayor conllevando a sinequias uterinas que predisponen a otro aborto o parto pretérmino.

Magro (43) afirma que un embarazo representa diferentes cambios fisiológicos y desgaste físico en la mujer dado que varios sistemas de su cuerpo cambian sutilmente para adaptarse al nuevo ser, sin embargo; la interrupción del embarazo al tener un aborto hará que el nivel endocrino del cuerpo caiga drásticamente sin un gradual proceso de adaptación, lo que sería un daño potencial al cuerpo, generando un deterioro de la función de órganos o su

envejecimiento prematuro, por lo que tener como antecedente un aborto implica riesgos en una consiguiente gestación.

Cancino (44) señala que, la ausencia del antecedente abortos es un factor protector a parto pretérmino y la presencia de dicho antecedente, así como el precedente de parto pretérmino, es un factor de riesgo para el mismo.

Tabla 5. Características del antecedente de aborto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2022

Características del antecedente de aborto	Casos		Controles	
	n°	%	n°	%
Número de abortos				
Ninguno	32	33,3	73	76,0
1	43	44,8	22	22,9
2	17	17,7	1	1,0
3	3	3,1	0	0,0
4	1	1,0	0	0,0
Tipo de aborto				
Completo	9	9,4	15	15,6
Incompleto	55	57,3	8	8,3
No tuvo	32	33,3	73	76,0
Total	96	100,0	96	100

Fuente: Ficha de recolección de datos "FIAPPREY"

En relación al número de abortos el 44,8% de las pacientes tuvieron un aborto; 17,7% dos y 3,1% tres.

Las pacientes con parto a término, 76,0% no tuvo abortos, 22,9% tuvo uno y solo 1,0% tuvo 2.

Estos resultados son similares a los encontrados por Díaz B. (11) quien reportó que 45,6% de pacientes tuvo un aborto, 13,6% dos abortos, y 2% tres abortos, de otra parte, difieren de los reportados por Espinoza L. (12) quien determinó que 24% de pacientes tuvo al menos un aborto y 6,7% tuvo 2 abortos

La presencia de un aborto constituye un factor de riesgo, y es evidente que múltiples abortos pueden aumentar dicho riesgo por el incremento de desgaste funcional y uterino, juega un papel muy importante la fatiga que experimenta la mujer asociada a las modificaciones del embarazo y el estrés y ansiedad generado por las pérdidas. De otra parte, las continuas pérdidas pueden

conducir a una dehiscencia cervical, que se constituye en un factor de riesgo de parto pretérmino. LiKe (45), en su estudio determinó que las pacientes con dos o más abortos previos tienen un riesgo ligeramente más alto de presentar parto pretérmino en una gestación posterior.

Monterrosa (46), afirma en su investigación que la dehiscencia cervical es factor de riesgo para parto pretérmino, ya que cuando el embarazo alcanza un peso crítico, se vence la resistencia del orificio cervical, se protruyen las membranas amnióticas y posteriormente la paciente inicia con un trabajo de parto generalmente pretérmino.

Referente al tipo de aborto en las pacientes con parto a pretérmino, se encontró que 57,3% presento un aborto incompleto y 9,4% aborto completo. Las pacientes con parto a término, 15,6% tenían aborto completo y 8,3% aborto incompleto.

Cuando se tiene el diagnóstico de un aborto incompleto, puede existir la posibilidad de que haya sido inducido y que en ocasiones se haya utilizado algún tipo de instrumentación; ocasionando daño a los órganos sexuales reproductores internos, específicamente el útero en áreas de probable implantación de un próximo embarazo que pueden conducir nuevamente a nuevo aborto, esta vez de forma espontánea o en el mejor de los casos avanzar hasta un parto pretérmino.

De otra parte, al tratar de dilatar el cuello uterino, para retirar el producto; suelen presentarse daños en el orificio cervical interno que posteriormente puede dilatarse tempranamente, al aumentar el peso del embarazo a partir del segundo trimestre, cediendo ante la presión ejercida por la gestación (45).

Ante ello la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia menciona que la dilatación cervical y el legrado uterino también se ha asociado con un elevado riesgo de parto pretérmino en algunos estudios (46).

Tabla 6. Antecedente de aborto como factor de riesgo de parto pretérmino en las pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2022

Antecedente de aborto	Casos		Controles		Chi-Cuadrado		OR	IC:95%
	N°	%	N°	%	X ²	P-valor		
Si	64	66,7	23	24,0	35,3	0,000	6,3	(3,4-11,9)
No	32	33,3	73	76,0				
Total	96	100,0	96	100,0				

Fuente: Ficha de recolección de datos "FIAPPREY"

En la presente tabla, se observa que, en las pacientes con parto pretérmino (casos) el 66,7% tenía antecedente de aborto, y el 33,3% no lo presentaron. De otra parte, de las pacientes sin parto pretérmino (controles) el 24% tenían antecedente de aborto y el 76% no tenía.

Estadísticamente se encontró relación significativa entre las variables antecedente de aborto y parto pretérmino OR = 6,3 (IC95%: 3,4-11,9), lo que indica que la presencia de antecedente de aborto en las pacientes, tienen 6,3 veces más riesgo de terminar en parto pretérmino,

Estos resultados difieren de los reportados por Espinoza (12) quien determinó, una correlación entre el antecedente de aborto y el parto pretermino ($p=0,014$), con un odds ratio de 2.625 [1.201-5.738].

El antecedente de aborto es un factor obstétrico determinante para una próxima gestación ya que estas pacientes tienen el riesgo de sufrir abortos espontáneos y partos pretérmino en una proporción mayor al de aquellas que nunca abortaron. Por lo que se corrobora lo mencionado en las anteriores tablas, siendo el antecedente de aborto un factor de riesgo para parto pretérmino (47).

Siendo que el antecedente de aborto, es un suceso que según su presentación e intervenciones que se deben realizar para resolver dicho evento puede

generar laceraciones menores o también llamadas microfracturas, que normalmente no son tratadas, esto provoca alteración histoquímica de los tejidos que constituyen el cuello uterino y de una forma muy especial del colágeno, perjudicando la función reproductiva de la mujer; ya que estos acontecimientos producen debilidad del canal cervical por la disminución de la resistencia a la tracción por el daño del estroma y la pérdida de la plasticidad cervical por la cicatrización del cuello uterino, lo que aumentaría significativamente la probabilidad de que la mujer padezca de un parto pretérmino (48), aumentando considerablemente el riesgo si la paciente tuvo un periodo de tiempo entre el antecedente de aborto y su consiguiente gestación corto o antes de los 2 años.

Así mismo es importante el intervalo entre gestaciones, ya que el cuerpo de la mujer requiere un tiempo para una recuperación física y emocional adecuada. Por lo que un embarazo dentro de los dos años siguientes a un aborto aumenta considerablemente el riesgo de complicaciones, como parto pretérmino o la repetición del aborto, que conllevaran a repercusiones en la salud de la paciente; por lo que se debe orientar a la paciente sobre la importancia de tener un máximo de dos años antes de volver a gestar.

CONCLUSIONES

1. La mayoría de las pacientes con parto pretérmino, pertenecieron al grupo etario de 20 a 34 años, fueron convivientes, con secundaria incompleta, procedentes de zona rural, con mayor porcentaje amas de casa y en su mayoría primíparas, con periodo intergenésico menor a 2 años y menos de 6 atenciones prenatales.
2. El mayor porcentaje de las pacientes tuvo parto pretérmino temprano.
3. La mayoría de las pacientes con parto pretérmino presentaron antecedente de aborto.
4. En su mayoría las pacientes con parto pretérmino tuvieron un solo aborto, de tipo incompleto.
5. Gran parte de las con parto pretérmino presentaron antecedente de aborto, encontrándose una relación estadísticamente significativa entre las variables en estudio, aumentando el riesgo en 6,3 veces más de presentarlo (OR = 6,3 - IC95%: 3,4-11,9 – p=0,000), confirmando la hipótesis alternativa de la presente investigación.

SUGERENCIAS

1. Se sugiere al personal de salud realice un registro preciso de la historia clínica, principalmente los antecedentes obstétricos, considerando el antecedente de aborto como un factor de riesgo importante durante el embarazo, teniendo en cuenta que en su mayoría estos no son admitidos por las pacientes.
2. Se sugiere al Director del Hospital Regional Docente de Cajamarca, a través del personal de salud, realizar los exámenes necesarios a las pacientes con antecedente de aborto para detectar a tiempo el parto pretérmino y de esta manera disminuir las complicaciones asociadas a esta patología.
3. Se sugiere a los obstetras del Hospital Regional Docente de Cajamarca brindar consejería a las mujeres hospitalizadas con diagnóstico de aborto, informándoles del riesgo de presentar parto pretérmino en un siguiente embarazo.
4. Es fundamental seguir llevando a cabo investigaciones del tema, de tipo prospectiva; dado que hay escasa información sobre el parto pretérmino y sus factores de riesgo en la población cajamarquina, siendo que esta complicación es bastante común en la región, por lo que es crucial profundizar el conocimiento al respecto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Niños pretérmino [Internet]. Ginebra; 2018 [citado 19 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. Guttmacher Institute. Unintended pregnancy and abortion worldwide [Internet]. Estados Unidos; 2022 [citado 19 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-inducido-nivel-mundial>
3. Mendoza Tascón L, Claros Benítez D, Arias Guatibonza M, Peñaranda Ospina C. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2019 [citado 22 de enero 2023]; 81(4): 330-342. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000400012&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000400012>.
4. Ministerio de salud. Boletín Epidemiológico del Perú SE 52-2022 [Internet] Perú; 2022 [citado 25 enero 2023]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202252_31_153743.pdf
5. Dirección Regional de Salud. Análisis Situacional de Cajamarca 2019 [Internet]. Perú; 2019 [citado 10 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://www.hrc.gob.pe/portal/mn/177>
6. Ministerio de salud – Perú. Reporte de abortos en el Perú, causa principal de muerte materna 2020. [Internet]. Perú; 2020 [citado 10 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://rem.minsa.gob.pe/index.php/REM/article/view/529/298>
7. Situ Kc, Gissler M, Klemetti R. The duration of gestation at previous induced abortion and its impacts on subsequent births: A nationwide registry-based study. Finlandia. [Internet] 2020 [citado 10 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.13788>
8. Ahumada JS, Barrera AM, Canosa D, Cárdenas L, Uriel M, Ibáñez EA, et al. Factores de riesgo de parto pretérmino en Bogotá D.C. Colombia. [Internet] 2020 [Citado 20 de marzo 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112020000400556&lng=en&nrm=iso&tlng=es
9. González DM, Bermúdez SLÁ, García KZL. El aborto previo como factor de riesgo de parto pretérmino en gestantes del Hospital Básico Jipijapa. QhaliKay Rev Ciencias de la Salud. Ecuador [Internet] 2019 [Citado 20 de

marzo 2023]; 3(3):16–22. Disponible en: <https://revistas.utm.edu.ec/index.php/QhaliKay/article/view/2707/3033>

10. Kelkay B, Omer A, Teferi Y, Moges Y. Factors Associated with Singleton Preterm Birth in Shire Suhul General Hospital, Northern Ethiopia, 2018. Etiopia [Internet] 2019 [citado 20 marzo 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31205788/>

11. Díaz Begazo, B. Aborto previo como factor de riesgo para parto pretérmino en gestantes en un hospital de Piura nivel II-2, 2021. Universidad Cesar Vallejo. Perú [Internet]. 2021 [citado 25 de marzo de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/111242>

12. Espinoza Garro C. El antecedente de aborto como factor de riesgo para parto pretérmino. Universidad Privada Antenor Orrego. Perú [Internet] 2018 [citado 12 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/3963>

13. Zaga Castillo Antonio P. Correlación entre antecedentes de aborto y parto pretérmino Hospital III EsSalud Puno 2013 – 2017. Universidad Nacional del Altiplano. Puno [Internet] 2018 [citado 25 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/6474>

14. Guevara Fustamante S. Sociodemográficos y obstétricos y la amenaza de parto pretérmino Hospital José Hernán Soto Cadenillas Chota 2019. Univ Nac Cajamarca. Perú [Internet]. 2019 [citado 25 de mayo de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/2275>

15. Quispe Alcántara, Pilar R del. Tasa de parto pretérmino y principales características maternas asociadas a la prematuridad en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, periodo 2014-2016. Univ Nac Cajamarca [Internet]. 2019 [citado 12 de mayo de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/2219>

16. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología del 2018. Perú [Internet]. 2018 [citado 25 de mayo de 2023] Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>

17. Organización Mundial de la Salud. Tratamiento médico del aborto. Estados Unidos [Internet]. 2019 [citado 25 de mayo de 2023] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328166/9789243550404-spa.pdf?ua=1>

18. Cunningham F, Leveno K, Spong C, Bloom S, Hoffman B, Dashe J, et al. Williams Obstetricia. 24a ed. Vol. Vol. 01. México: McGraw Hill; 2020. 668-669 p.

19. SEGO. Protocolo de asistencia en obstetricia [Internet]. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2020 [citado 26 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://blog.utp.edu.co/maternoinfantil/files/2012/04/Aborto-espontaneo-1-trimestre.pdf>
20. Organización Mundial de la Salud. OMS | Manual de práctica clínica para un aborto seguro [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 25 de mayo de 2023 (19)]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/clinical-practice-safe-abortion/es/
21. Saccone G, Perriera L, Berghella V. Prior uterine evacuation of pregnancy as independent risk factor for preterm birth: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol.* 1 de mayo de 2021; 214(5):572-91.; [citado 25 de mayo de 2023 (19)]. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/GPC%20Aborto>
22. Hoffman M. Prediction and Prevention of Spontaneous Preterm Birth: ACOG Practice Bulletin. *Obstet Gynecol. Estados Unidos* [Internet] 2021 [citado 25 mayo 2023]; 138(6):945-946. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34794160/>
23. Montero Aguilera A, Ferrer Montoya R, Paz Delfín D, Pérez Dajaruch M, Díaz Fonseca Y, Montero Aguilera A, et al. Riesgos maternos asociados a la prematuridad. *Multimed.* Octubre de 2019; 23(5):1155-73.
24. Ministerio de Salud. Guías Técnicas para la atención, diagnóstico y tratamiento de 10 condiciones obstétricas. Lima [Internet] 2019 [citado 25 mayo 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1889.pdf>
25. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Parto pretérmino. *Prog Obstet Gynecol. España* [Internet] 2020 [citado 25 de mayo 2023]; 63:283-321. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAPParto_pretermino_2020.pdf
26. Senado, Justo. (1950). Los factores de riesgo. *Rev cubana Med Gen Integr* v.15 n.4 Ciudad de La Habana jul.-ago. 2020. 15. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/309679627_Los_factores_de_riesgo
27. Simhan H, Iams J, Romero R. Parto prematuro. En: Gabbe S, editor. *Obstetricia. Embarazos normales y de riesgo.* Elsevier; España [Internet] 2020 [citado 25 de mayo 2023]. 2019. p. 647-680. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto_pretermino_2020.pdf

28. Mandy G. Parto pretérmino: definición de prematuridad, epidemiología, y factores de riesgo para la mortalidad infantil. Perú [Internet] 2022 [citado 15 de mayo 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/preterm-birth-definitions-of-prematurityepidemiologyandrisk-factorsforinfantmortality?search=parto%20pret%C3%A9rmino&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
28. Rodríguez Mendoza JA, Sabalza Negrete MJ. Modelo para la detección y prevención de resultados perinatales adversos en las gestantes adolescentes y sus neonatos, en el Hospital de Engativa, de la ciudad de Bogotá D.C. Colombia [Internet] 2020 [citado 30 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/70312>
29. Espinoza J. Fisiopatología del síndrome de parto pretérmino. Rev. Per Ginecol Obstet. Lima [Internet] 2018 [citado 15 de mayo 2023]; 54:15-21. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n1/pdf/a05v54n1.pdf
30. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6.a ed. México: McGraw-Hill; 2014.
31. Dirección Regional de Salud. Resolución directoral n° 572: Plan de Vigilancia prevención y control. Cajamarca [Internet] 2020 [citado 16 de mayo 2023]. Disponible en: http://www.hrc.gob.pe/media/portal/BRGKY/documento/8081/Resoluci%C3%B3n_directoral_572_Plan_de_Vigilancia_prevenci%C3%B3n_y_control.pdf?r=1603978735.
32. Ontano M. Velastegui A. Avilés M. (2021). Principios bioéticos y su aplicación en las investigaciones médico-científicas. Ecuador [Internet] 2021 [citado 21 junio 2023] 3(3), 9-16. Disponible en: <https://doi.org/10.23936/rce.v3i3.27>
33. Huertas Tacchino Erasmo. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. Rev. Perú. ginecol. obstet. [Internet]. 2018 [citado 09 julio de 2023]; 64(3): 399-404. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300013&lng=es.
<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2104>.
34. Instituto nacional de Estadística e Informática. Encuestas Nacionales de programas presupuestales 2022. Informe técnico. Lima [Internet]; [citado 12 octubre de 2023] https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1751/libro.pdf

35. Cáceres Cabrera, A., García Núñez, R., & San Juan Bosch, M. (2017). Relación entre condiciones sociodemográficas y conocimiento sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. *Medisur*. [Internet] 2017 [citado 09 julio de 2023]; 15(6), 807-818. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2017000600009&script=sci_arttext
36. INEI. Encuesta demográfica y de salud familiar 2019. Octubre de 2020 [citado 25 de julio de 2023] Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2019/departamentales/Endes06/pdf/Caja_marca.pdf
37. Suazo, D., Saez K., Cid M. Relación entre características sociodemográficas, obstétricas y psicosociales con el desenlace del parto prematuro en un hospital de alta complejidad. *Rev. niño. obstetra. gineco.* [Internet]. 2021 octubre [citado 10 de septiembre 2023]; 86(5): 444-454. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262021000500444&lng=es. <http://dx.doi.org/10.24875/rechog.m21000025>.
38. Rizo F. Edad y origen de la madre como factor de riesgo de prematuridad. Tesis para optar al grado de Doctor. Alicante-España: Universidad de Alicante; [Internet]. 2019 [citado 10 octubre de 2023]. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/32757/1/tesis_franciscojaviereizo.pdf
39. Zavala-García Abraham, Ortiz-Reyes Heidy, Salomon-Kuri Julie, Padilla-Amigo Carla, Preciado Ruiz Raymundo. Periodo intergenésico: Revisión de la literature. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2018 [citado 12 diciembre de 2023]; 83(1): 52-61. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000100052&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000100052>.
40. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. [Internet]. 2023. Lima [citado 10 diciembre de 2023]; 150(1):50-55. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>
41. Lugones BM. La importancia de la atención prenatal en la prevención y promoción de salud. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.* [Internet]. 2018; [citado 14 diciembre de 2023]; 44(1):1-3. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=83798>
42. Fernández López T., Ares Mateos G., Carabaño Aguado I., Sopeña Corvinos J. El prematuro tardío: el gran olvidado. *Rev Pediatr Aten Primaria*

[Internet]. 2022 [citado 10 de enero 2024]; 14(55): e23-e29. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139

43. Magro Malosso ER, Saccone G, Simonetti B, Squillante M, Berghella V. US trends in abortion and preterm birth. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2018 [citado 6 de enero de 2024];31(18):2463–7. disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28629238/>

44. Cancino T, Alejandra G, Díaz-Zagoya; Cuauhtémoc J; Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes. *Salud en Tabasco* [Internet]. 2017 [citado 6 de enero de 2024]; 23(1):13–8. Disponible en: <http://salud.tabasco.gob.mx/content/revista>;31(18):2463–7. disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28629238/>

45. Ke L, Lin W, Liu Y, Ou W, Lin Z. Association of induced abortion with preterm birth risk in first-time mothers. *Sci Rep*. 2018 Mar 29;8(1):5353. doi: 10.1038/s41598-018-23695-7. PMID: 29599500; PMCID: PMC5876335



46. Monterrosa A; Incompetencia cervical: diagnóstico y tratamiento. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología* [Internet]. 2017 [citado 26 de enero de 2024]. 46 (2): 105-108 Disponible en <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/download/1609/1751/3437>

47. Martínez Hugo S., Díaz Marcela, Rencoret Gustavo. El prematuro tardío, ¿qué sabemos desde el punto de vista perinatal? *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2022 Feb [citado 2024 Ene 10]; 87(1): 40-47. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262022000100040&lng=es. <http://dx.doi.org/10.24875/rechog.21000023>.

48. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía de Asistencia Práctica de Parto pretérmino. *Prog Obstet Ginecol* [Internet]. 2020 [citado 2024 Ene 10]; 87(5):283-321. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto_pretermino_2020.p

ANEXOS

ANEXO 01

	UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DEPARTAMENTO ACADÉMICO DE OBSTETRICIA			
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:				
“FIAPPREY”				
(Briones Medina, Yessica Lizeth; 2023)				
<p>La siguiente ficha es de elaboración propia. Se incluyen factores sociodemográficos, obstétricos y datos necesarios acerca de las variables en estudio (antecedente de aborto y parto pretérmino). Para el llenado de la ficha se deben completar los datos solicitados y se debe marcar con un aspa (X) según sea conveniente.</p>				
N°:		CASO ()	CONTROL ()	
I. DATOS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS				
1.- Edad:				
	Menores de 15 (1)	()	15 - 19años	()
	20 – 34 años	()	≥ 35 años	()
2.- Nivel educativo:				
	Sin instrucción	()	Primaria incompleta	()
	Primaria completa	()	Secundaria incompleta	()
	Secundaria completa	()	Superior técnica	()
	Superior universitaria	()		
3.- Estado civil:				
	Soltera	()	Conviviente	()
	Casada	()		
4.- Ocupación:				
	Estudiante	()	Ama de casa	()
	Trabajadora Independiente	()	Trabajadora del sector público o privado	()
	Trabajadora del hogar	()		
5.- Procedencia:				
	Urbano	()	Rural	()
II. FACTORES OBSTÉTRICOS				
6.- Paridad:				
	Nulípara	()	Primípara	()
	Secundípara	()	Multípara	()
	Gran Multípara	()		
7.- Periodo intergenésico:				
	No aplica	()		
	Menos de 2 años	()	2 a 5 años	()
	> de 5 años	()		

8.- Atención prenatal:			
Ninguna	()	Después de las 14 semanas	()
Antes de las 14 semanas	()		
9.- Número de atenciones prenatales:			
Ninguna	()	Menos de 6	()
6 atenciones	()	Mayor de 6	()
III. DATOS DEL ANTECEDENTE DE ABORTO:			
10.- Antecedente de aborto			
No	()	Si	()
11.- Número de abortos			
Ninguno	()	1	()
2	()	3	()
4	()	5	()
6	()		
12.- Tipo de aborto			
Completo	()	Incompleto	()
IV. DATOS DEL PARTO PRETÉRMINO			
13.- Parto pretérmino			
No	()	Si	()
14.- Edad gestacional del parto pretérmino			
Parto a término (37 – 42)	()		
Parto pretérmino tardío (36.6 - 34ss)	()	Parto pretérmino temprano o moderado (33.6 - 32ss)	()
Parto pretérmino muy temprano (31.6 – 28ss)	()	Parto pretérmino extremadamente temprano (<28ss)	()
			<i>¡Supera tus límites!</i>

ANEXO 02

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO (JUICIO DE EXPERTOS O CRITERIO DE JUECES)

“FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS: FIAPPREY”

COEFICIENTE DE VALIDACION “V” AIKEN

Ítems	Juez 1	Juez 2	Juez 3	S	V de Aiken	Descripción
Ítem1	1	1	1	4	1,00	Válido
Ítem2	1	1	1	4	1,00	Válido
Ítem3	1	1	1	4	1,00	Válido
Ítem4	1	1	1	4	1,00	Válido
Ítem5	1	1	1	4	1,00	Válido
Ítem6	1	1	1	3	0,75	Válido
Ítem7	1	1	1	3	0,75	Válido
Ítem8	1	1	1	3	0,75	Válido
Ítem9	1	1	1	3	0,75	Válido
Ítem10	1	1	1	4	1,00	Válido
Ítem11	1	1	1	4	1,00	Válido
Ítem12	1	1	1	4	1,00	Válido
Ítem13	1	1	1	4	1,00	Válido
Ítem14	1	1	1	4	1,00	Válido
AIKEN TOTAL					0,94	Válido

Calificación:

A: Apreciación positiva (V=1)

B: Apreciación negativa (V=0)

Coeficiente V-AIKEN

$$v = \frac{S}{(n(C - 1))}$$

V= Coeficiente de Validación: V de Aiken

S= Sumatoria de respuestas positivas

n= Numero de jueces= 3 jueces

C= Número de valores de la escala de evaluación = 2 (A, B)

V= 0,94

Coefficiente V-AIKEN > 0.70 es valido

El instrumento de recolección de datos posee una validez por criterio de jueces V de Aiken de 0,94.

Jueces

Jueces	Grado Académico	Grado Académico	Cargo de la Institución donde labora
Juez 1	Julián Castro, Janet del Rosario	Maestra en Ciencias	Obstetra en Hospital Simón Bolívar y docente en la UNC
Juez 2	Sánchez Jaeger, María Janet	M. Cs. Salud Pública	Docente en la UNC
Juez 3	Vásquez Bardales, Nancy Noemy	Maestro en Ciencias	Docente en la UNC

ANEXO 03

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

“FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS: FIAPPREY”

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	15	100,0
	Excluido ^a	0	0,0
	Total	15	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,820	14

El resultado de la aplicación del Alfa de Cronbach arrojó un valor igual a 0,820 en un nivel de bueno, que indica que el instrumento es confiable.

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
VAR00001	22,9333	15,781	,000	,823
VAR00002	23,4000	12,971	,684	,793
VAR00003	23,2000	15,743	-,047	,837
VAR00004	23,7333	16,495	-,263	,845
VAR00005	23,5333	12,838	,739	,789
VAR00006	23,0000	15,286	,212	,820
VAR00007	23,6667	16,524	-,256	,848
VAR00008	23,6000	13,829	,472	,807
VAR00009	23,5333	12,838	,739	,789
VAR00010	23,3333	13,095	,662	,794
VAR00011	23,6000	13,829	,472	,807
VAR00012	23,6000	13,829	,472	,807
VAR00013	23,6000	13,829	,472	,807
VAR00014	23,5333	12,838	,739	,789

ANEXO 04

JUICIO DE EXPERTOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



CARTILLA DE VALIDACION DE CONTENIDO POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participacion para la validacion del presente instrumento para recojo de informacion, siendo este un requisito solicitado en toda investigacion. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalizacion de variables. Agradezco por anticipado su especial atencion.

1. NOMBRE DEL JUEZ	Jane del Rosario Julian Castro
2. PROFESION	Obstetra
TITULO Y/O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	Maestro en Ciencias
ESPECIALIDAD	Obstetricia de Alto Riesgo
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	25 años
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	Hospital Simon Bolivar - Universidad N. de Cajamarca
CARGO	Obstetra - Docente

3. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:
ANTECEDENTE DE ABORTO Y PARTO PRETÉRMINO. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA. 2022

4. NOMBRE DEL TESISISTA: YESSICA LIZETH BRIONES MEDINA

5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN: Determinar la relación entre el antecedente de aborto y parto pretérmino en pacientes atendidas en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2022.

6. DETALLE DEL INSTRUMENTO:
La presente ficha de recolección de datos será empleado para obtener información sobre el antecedente de aborto y parto pretérmino, la cual será recolectada de las Historias clínicas por la investigadora.

A continuación, sirvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.

Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
1	X		X				X		X		
2	X		X				X		X		
3	X		X				X		X		
4	X		X				X		X		
5	X		X				X		X		
6	X			X							
7	X		X				X		X		No es necesario considerar.
8	X		X				X		X		
9	X		X				X		X		
10	X		X				X		X		
11	X		X				X		X		Considerar la utilización de MAC en los abortos
12	X		X				X		X		
13	X		X				X		X		
14	X		X				X		X		

Aspectos Generales		Si	No
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario		X	
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación		X	
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial		X	
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir		X	

JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento:

APLICABLE APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES NO APLICABLE

Fecha: _____ Firma: *Juan* E mail: *jjulianc@unc.edu.pe* Teléfono: *976659441*

Elaborado por Corral Y (2009)



CARTILLA DE VALIDACION DE CONTENIDO POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participacion para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

1. NOMBRE DEL JUEZ	Nancy Naomi Vázquez Bardales
2. PROFESIÓN	Obstetra
TITULO Y /O GRADO ACADEMICO OBTENIDO	Maestro en ciencias
ESPECIALIDAD	Promoción y educación en Salud
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	20
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	Universidad Nacional Cajamarca
CARGO	Docente

3. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:
ANTECEDENTE DE ABORTO Y PARTO PRETERMINO. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA. 2022

4. NOMBRE DEL TESISISTA: YESSICA LIZETH BRIONES MEDINA

5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN
Determinar la relación entre el antecedente de aborto y parto pretermino en pacientes atendidas en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2022.

6. DETALLE DEL INSTRUMENTO:
La presente ficha de recolección de datos será empleado para obtener información sobre el antecedente de aborto y parto pretermino, la cual será recolectada de las Historias clínicas por la investigadora.

A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.

Item	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
1	X										
2	X		X			X	X			X	
3	X		X			X	X			X	
4	X		X			X	X			X	
5	X		X			X	X			X	
6	X			X							No considerar,
7	X		X			X	X			X	
8	X		X			X	X			X	
9	X		X			X	X			X	
10	X		X			X	X			X	
11	X		X			X	X			X	
12	X		X			X	X			X	
13	X		X			X	X			X	
14	X		X			X	X			X	

Aspectos Generales		Si	No
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario		X	
Los ítemes permiten el logro del objetivo de la investigación		X	
Los ítemes están distribuidos en forma lógica y secuencial		X	
El número de ítemes es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítemes a añadir		X	

JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento:

APLICABLE APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES NO APLICABLE

Fecha: _____ Firma: *Nancy Vázquez* E mail: *nyvasquebe@unc.edu.pe* Teléfono: *976 666470*

Elaborado por Corral Y (2009)



CARTILLA DE VALIDACION DE CONTENIDO POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participacion para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

1. NOMBRE DEL JUEZ	MARÍA JANET SÁNCHEZ JAEGER											
2. PROFESIÓN	OBSTETRA											
TÍTULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	M.Cs. SALUD PÚBLICA											
ESPECIALIDAD												
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	22 Años											
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA											
CARGO	Docente											
3. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: ANTECEDENTE DE ABORTO COMO FACTOR DE RIESGO DEL PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA. 2022												
4. NOMBRE DEL TESISISTA: YESSICA LIZETH BRIONES MEDINA												
5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN					Determinar si el antecedente de aborto es un factor de riesgo de parto pretérmino en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2022.							
6. DETALLE DEL INSTRUMENTO: La presente ficha de recolección de datos será empleado para obtener información sobre el antecedente de aborto y parto pretérmino, la cual será recolectada de las Historias clínicas por la investigadora. A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.												
Item	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No		
1	X		X		X		X		X		*****	
2	X		X		X		X		X			
3	X		X		X		X		X			
4	X		X		X		X		X			
5	X		X		X		X		X			
6	X		X		X		X		X			
7	X		X		X		X		X			
8	X		X		X		X		X			
9	X		X		X		X		X			
10	X		X		X		X		X			
11	X		X		X		X		X			
12	X		X		X		X		X			
13	X		X		X		X		X			
14	X		X		X		X		X			
15	X		X		X		X		X			
16	X		X		X		X		X			
17	X		X		X		X		X			
18	x		X		x		X		X			
Aspectos Generales										Sí	No	*****
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario										X		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación										X		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial										X		
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir										X		
JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento:												
APLICABLE <input checked="" type="checkbox"/>			APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES <input type="checkbox"/>					NO APLICABLE <input type="checkbox"/>				
Fecha: 9/6/2023	Firma:			E mail:mjsanchez@unc.edu.pe				Teléfono: 986809651				
Elaborado por Corral Y (2009)												

ANEXO 05



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA
OFICINA DE CAPACITACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
Av. Larry Jhonson y Mártires de Uchuracay
TELÉFONO N° 076 - 599029



"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

Cajamarca, 13 de junio del 2023

CARTA N° 25 - 2023-GR.CAJ/DRS/HRDC/CDE

YESSICA LIZETH BRIONES MEDINA

TESISTA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

De mi consideración

Tengo a bien dirigirme a Usted, para expresarle mi cordial y afectuoso saludo, y a la vez informarle que su Proyecto de Investigación ha sido APROBADO, por el comité de Investigación, con la observación y modificaciones del cambio del título para la cual se sugiere el siguiente: "ANTECEDENTE ABORTO COMO FACTOR RIESGO PARA PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2022", para poder brindarle a usted las facilidades de recojo de información bajo las normativas y ordenanzas que el servicio y la institución consideren necesarias..

Atentamente,


Dr. Jorge Ariuro Collantes Cubas
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE
INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA

JCCT/RGF

"Nuestra Atención, con Calidad y Buen trato"

NOMBRE DEL TRABAJO

**ANTECEDENTE DE ABORTO Y PARTO
PRETÉRMINO EN EL HRDC, 2022.pdf**

AUTOR

**Yessica Lizeth Briones Medina
11.11**

RECUENTO DE PALABRAS

15039 Words

RECUENTO DE CARACTERES

78461 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

73 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.7MB

FECHA DE ENTREGA

Mar 8, 2024 11:28 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Mar 8, 2024 11:30 AM GMT-5**● 15% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 14% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 9% Base de datos de trabajos entregados
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 12 palabras)