

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



TESIS

**FACTORES MATERNOS ASOCIADOS A AMENAZA DE
PARTO PRETÉRMINO. HOSPITAL II -E SIMÓN BOLÍVAR.
CAJAMARCA, 2022 - 2023.**

Para obtener el Título Profesional de:

OBSTETRA

Presentado por la Bachiller:

Gaby Johana Rodríguez Malaver

ASESORA

Obsta. Jane del Rosario Julián Castro

Cajamarca – Perú.

-2023-

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: **Gaby Johana Rodríguez Malaver**

DNI: **75524592**

Escuela Profesional/Unidad UNC: **Escuela Profesional de Obstetricia**

2. Asesor: **M.Cs. Jane del Rosario Julián Castro**

Facultad/Unidad UNC: **Facultad de Ciencias de la Salud**

3. Grado académico o título profesional

Bachiller

Título profesional

Segunda especialidad

Maestro

Doctor

4. Tipo de Investigación:

Tesis

Trabajo de investigación

Trabajo de suficiencia profesional

Trabajo académico

5. Título de Trabajo de Investigación:

**Factores maternos asociados a amenaza de parto pretérmino en gestantes.
Hospital Simón Bolívar. Cajamarca, 2022 - 2023.**

6. Fecha de evaluación: **9/7/ 2024**

7. Software antiplagio: TURNITIN URKUND (OURIGINAL) (*)

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

9. Código Documento: **oid: 3117:365448456**

10. Resultado de la Evaluación de Similitud:

APROBADO

PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O

DESAPROBADO

Cajamarca, 10/7/ 2024

	 Dra. Martha Vicenta Abanto Villar DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIONES
Dra. MARTHA VICENTA ABANTO VILLAR	
<hr/>	
Nombres y Apellidos DNI: 26673990	

*Firma y/o Sello
Emisor Constancia*

* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023



MODALIDAD "A"

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

En Cajamarca, siendo las 10:00 del 08 de Julio 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 GE-205 de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de tesis denominada:

Factores Nutricionales Asociados a Agravamiento de Parto Pre-eclámpsico. Hospital II-E Simón Bolívar. Cajamarca 2022-2023

del (a) Bachiller en Obstetricia:

Daby Johana Rodríguez Talavera

Siendo las 11:30 del mismo día, se da por finalizado el proceso de evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos:

Aprobada, con el calificativo de: 17, con lo cual el (la) Bachiller en Obstetricia se encuentra apta para la obtención del Título Profesional de: **OBSTETRA**.

	Miembros Jurado Evaluador Nombres y Apellidos	Firma
Presidente:	<u>Dra. Rebeca Beatriz Aguilar Quiza</u>	<u>[Firma]</u>
Secretario(a):	<u>M. Q. Silvia Alfaro Revilla</u>	<u>[Firma]</u>
Vocal:	<u>M. Q. Gloria Alejandra Rosas Alarcón</u>	<u>[Firma]</u>
Accesitaria:		
Asesor (a):	<u>M. Q. Jairo del Rosario Julian Castro</u>	<u>[Firma]</u>
Asesor (a):		

Términos de Calificación:

EXCELENTE (19-20)

MUY BUENO (17-18)

BUENO (14-16)

REGULAR (12-13)

REGULAR BAJO (11)

DESAPROBADO (10 a menos)

Copyright © 2024 by
Gaby Johana Rodríguez Malaver
Derechos Reservados

“La salud no lo es todo, pero sin ella, todo lo demás es nada”.

(Arthur Schopenhauer)

SE DEDICA A:

Dios, por guiar siempre mis pasos.

Mis padres, Dalila y Eloy, por ser parte importante en mi desarrollo tanto personal como profesional, por apoyarme incondicionalmente durante toda mi formación académica, permitiéndome alcanzar una de mis más grandes metas.

Johana.

SE AGRADECE A:

La Universidad Nacional de Cajamarca, y la Escuela Académico Profesional de Obstetricia por albergarme todos los años de mis estudios.

Mi asesora, M. Cs. Jane Julián, quien me orientó con sus conocimientos y siempre estuvo dispuesta en apoyarme durante el proceso de realización de la presente tesis.

Todo el equipo del Hospital Simón Bolívar por las facilidades brindadas para el acceso a las historias clínicas.

Johana.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE TABLAS	viii
GLOSARIO DE ABREVIATURAS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
1.1. Definición y delimitación del problema	3
1.3. Objetivos	5
1.4. Justificación	5
CAPÍTULO II	7
2.1. Antecedentes del estudio	7
2.2. Bases teóricas	11
2.2.1. Amenaza de parto pretérmino	11
2.2.2. Factores Maternos	13
2.3. Hipótesis	17
2.4. Variables del estudio	17
2.5. Definición, conceptualización y operacionalización de variables.	18
CAPÍTULO III	20
3.1. Diseño y tipo de estudio	20
3.2. Área de estudio y población	20
3.3. Muestra	20

3.4. Unidad de análisis	21
3.5. Criterio de inclusión y exclusión	21
3.6. Consideraciones éticas de la investigación	22
3.7. Proceso de recolección de datos	23
3.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	23
3.9. Procesamiento y análisis de datos	24
3.10. Control de calidad de datos	24
CAPÍTULO IV	25
CAPÍTULO V	34
CONCLUSIONES	42
RECOMENDACIONES	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS	48

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Factores sociodemográficos de las gestantes en estudio. Hospital II-E Simón Bolívar, 2022 - 2023.	25
Tabla 2. Los factores obstétricos de gestantes en estudio. Hospital II-E Simón Bolívar, 2022 - 2023.	26
Tabla 3. Amenaza de parto pretérmino según edad gestacional. Hospital II-E Simón Bolívar, 2022 - 2023.	27
Tabla 4. Asociación de factores sociodemográficos con amenaza de parto pretérmino, en gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar, 2022 - 2023.	28
Tabla 5. Asociación de factores obstétricos con amenaza de parto pretérmino, en gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar, 2022 - 2023.	30
Tabla 6. Prueba de Chi-Cuadrado para la asociación entre factores sociodemográficos y obstétricos con la amenaza de parto pretérmino de gestantes en estudio.	33

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

APP: Amenaza de parto pretérmino

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de Salud

MINSA: Ministerio de Salud

ITU: Infección el Tracto Urinario

IMC PG: Índice de masa corporal pregestacional

FIG: Periodo intergenésico

CPN: Controles prenatales

OIM: Instituto Americano de Medicina

SS: Semanas

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre los principales factores maternos y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Simón Bolívar, 2022 - 2023. **Material y métodos:** el diseño y tipo de estudio fue no experimental, correlacional; se utilizó una muestra de 72 historias clínicas. **Resultados:** referente a los factores sociodemográficos indica que: 58,3% tuvieron entre 18 a 29 años; 59,7% convivientes; 76,4% amas de casa; 48,6% procedieron de zona urbana; 52,8% cursaron secundaria. Referente a los factores obstétricos: 37,5% de las gestantes tuvieron IMC PG sobrepeso; 54,2% multíparas; 68,1% con más de 6 CPN; 75,0% no mostró el antecedente de aborto; 94,4% no presentó antecedente de parto pretérmino; 25,0% tuvieron el antecedente de periodo intergenésico entre 2 - 5 años; 68,1% tuvieron infección al tracto urinario; 65,3% presentó infección vaginal. **Conclusión:** se encontró asociación significativa entre la amenaza de parto pretérmino y los factores sociodemográficos: ocupación y procedencia, con los factores obstétricos: IMC PG obesidad, infección del tracto urinario e infección vaginal, con un coeficiente $p < 0,05$.

Palabras clave: Amenaza de parto pretérmino, factores sociodemográficos, factores obstétricos.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the relationship between the main maternal factors and the threat of preterm birth in pregnant women treated at the Simón Bolívar Hospital, 2022-2023. **Material and methods:** The design and type of the study was non-experimental, correlational; A sample of 72 medical records was used. **Results:** regarding social factors, they indicate that: 58.3% were between 18 and 29 years old; 59.7% were cohabitants; 76.4% were housewives; 48.6% were from urban areas; 52.8% attended secondary school. Regarding obstetric factors: 37.5% of pregnant women had a BMI PG obesity; 54.2% were multiparous; 68.1% presented more than 6 CPN; 75.0% did not show a history of abortion; 94.4% had no history of preterm birth; 25.0% had a history of intergenetic period between 2 – 5 years; 68.1% had urinary tract infection; 65.3% presented vaginal infection. **Conclusion:** a significant association was found between the threat of preterm birth and sociodemographic factors: occupation and origin, with obstetric factors: BMI PG obesity, urinary tract infection and vaginal infection, with a coefficient $p < 0.05$.

Keywords: Threat of preterm birth, sociodemographic factors, obstetric factors.

INTRODUCCIÓN

La amenaza de parto pretérmino (APP) es una de las principales causas de hospitalización prenatal, es una complicación que, de no ser tratada o de fracasar el tratamiento, podría provocar un parto pretérmino ocasionando morbilidad neonatal, exponiendo al bebé a diferentes riesgos y múltiples consecuencias que implican impedimentos, deficiencias y discapacidades físicas, representando un problema de salud importante en la obstetricia (1,2).

Los bebés nacidos sólo unas semanas antes tienen menos probabilidad de supervivencia, siendo ésta seis veces menor que la de un nacido a término y durante el primer año, se estima que la probabilidad de morir es tres veces mayor. Entre menor es la edad gestacional mayor es el riesgo. La repercusión emocional para las familias involucradas en esta situación es enorme provocando ansiedad e incertidumbre sobre la supervivencia y la completa recuperación del bebé. Las secuelas de la prematuridad no solo se limitan a la infancia tardía sino que pueden ir más allá, generando problemas educacionales y ocupacionales futuras.

En la práctica diaria, con frecuencia acuden pacientes con el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, de las cuales, algunas terminan en parto pretérmino, acarreado como resultado morbilidad neonatal, exponiendo a muchos de los sobrevivientes a enfrentar una vida de limitaciones, sumado a ello, los padres también sufren las consecuencias, enfrentándose a problemas tanto psicológicos como económicos debido a los altos gastos que puede generar dicha complicación; por consiguiente, afectando la calidad de vida del niño, la familia y su desenvolvimiento en la sociedad. Si bien es cierto, esta problemática obedece a múltiples factores causales, es importante delimitar aquellos que se asocian con mayor frecuencia para así poder intervenir eficazmente y disminuir el riesgo de un parto pretérmino.

Desde este enfoque, es que se pretendió realizar la presente investigación, con el objetivo de determinar la asociación de los factores maternos y la amenaza de parto pretérmino en el Hospital II-E Simón Bolívar, 2022-2023.

Asimismo, el trabajo de investigación está organizado en cinco capítulos; los cuales se detallan de la siguiente manera:

Capítulo I, se describe la definición y delimitación del problema.

Capítulo II, se considera las bases teóricas que argumentan los descubrimientos del estudio.

Capítulo III, se aborda la metodología utilizada para el desarrollo de la investigación.

Capítulo IV, se detalla los resultados de la aplicación del instrumento.

Capítulo V, se desarrolla el análisis y discusión de los resultados.

Finalmente, en las últimas páginas se presentan las conclusiones, sugerencias y anexos del estudio.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Definición y delimitación del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2020, valora que, 13,4 millones de niños nacieron prematuramente. Equivalente a más del 10% (1/10 nacimientos). En el 2019, aproximadamente 900 000 niños perecieron como consecuencia de las complicaciones asociadas al parto prematuro, por consiguiente, a nivel mundial, la prematuridad es la principal causa de muerte en los niños menores de cinco años. Mientras que, a muchos de los que logran sobrevivir, les aguarda una vida de dificultades (3).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la cantidad de nacimientos prematuros, en todo el mundo, llega aproximadamente al 11% (5% en sectores de Europa y 18% en sectores de África), lo que equivale alrededor de 15 millones de niños prematuros por año. De este grupo, un 84% sucede entre las 32 a 36 semanas de edad gestacional, un 10% se da entre 28 y 32 semanas y un 5 %, antes de las 28 semanas (2).

La proporción de nacimientos prematuros en Latinoamérica se registra una estimación entre el 13,6% en Costa Rica y el 5,1% en Ecuador; además, no solo es una de las causas más importante de fallecimiento, sino también de limitaciones en la salud, el desarrollo y de deficiencias que pueden perjudicar a las personas a lo largo de toda su vida (4).

En el Perú, según informes del Ministerio de Salud (MINSA), en las fechas de enero a octubre de 2022, se registró una cantidad de 27 383 nacimientos prematuros (6,89 %), lo que significa un aumento de 0,10 % en contraste con el mismo periodo del 2021 (6,79 %). Hasta la Semana Epidemiológica (SE) 40-2022 se ocasionaron un total de 1898 defunciones neonatales, de éstas, el 67,6 % fueron causadas por prematuridad o complicaciones relacionadas con la prematuridad, estos datos fueron reportados por la Sala Virtual de Muerte Fetal y Neonatal del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú) (5).

Pese a los destacados avances producidos en el ámbito de la obstetricia y perinatología, que han aportado en el aumento de la tasa de supervivencia de los recién nacidos prematuros, el riesgo de enfrentar complicaciones que dañan la salud todavía es elevado en comparación con los recién nacidos a término; por tanto, los índices de mortalidad perinatal de numerosos países se han conservado relativamente constantes durante décadas (6).

En Cajamarca, la situación no es distinta, puesto que, en la práctica diaria, frecuentemente llegan gestantes con amenaza de parto pretérmino, de las cuales, algunas concluyen en trabajo de parto pretérmino, a razón de esta problemática, se considera importante conocer los factores que predisponen a la madre a presentar dicha complicación. Los factores que se asocian a la amenaza de parto pretérmino no están completamente definidos, por lo que se estipula causas multifactoriales dando lugar a la intervención de varios factores. Se ha establecido que factores sociodemográficos como: extremos de la edad materna, falta de apoyo de una pareja estable, nivel educativo bajo, sobreesfuerzo en sus actividades diarias, poco alcance a información pro cuidado de su salud debido a su procedencia; puede provocar complicaciones en la salud materna y por ende al feto conllevando a aumentar el riesgo de nacimientos pretérmino (7).

Del mismo modo, diferentes investigaciones han evidenciado que factores obstétricos como: índice de masa pregestacional (IMC PG) en sobrepeso o delgadez, multiparidad, pocos controles prenatales o ninguno, antecedentes de aborto, antecedentes de parto pretérmino, periodo intergenésico corto o largo, infecciones urinarias o vaginales, incrementan el riesgo de presentarse partos pretérmino (7). En tal sentido, si se logra identificar los factores que más se asocian a amenaza de parto pretérmino se podría aportar a la investigación facilitando la acción en el área preventivo promocional del sistema de salud pública, con la finalidad de disminuir los casos de prematuridad. Desde este punto de vista, es que se pretendió la realización del presente trabajo de investigación, con el objetivo de determinar la asociación entre los factores maternos y la amenaza de parto pretérmino en el Hospital II-E Simón Bolívar, 2022-2023.

1.2. Formulación del problema

¿Existe asociación significativa de los factores sociodemográficos y obstétricos con la amenaza de parto pretérmino en el Hospital II-E Simón Bolívar, Cajamarca, durante el año 2022 y 2023?

1.3. Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Establecer la asociación de los factores maternos con la amenaza de parto pretérmino en el Hospital II-E Simón Bolívar, Cajamarca, durante el año 2022-2023.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar los factores sociodemográficos de las gestantes en estudio.
- Identificar los factores obstétricos de las gestantes en estudio.
- Determinar la amenaza de parto pretérmino según edad gestacional.
- Determinar la asociación entre factores sociodemográficos y amenaza de parto pretérmino de gestantes en estudio.
- Determinar la asociación entre factores obstétricos y amenaza de parto pretérmino de gestantes en estudio.

1.4. Justificación

La Amenaza de Parto Pretérmino es catalogada como una de las principales razones de hospitalización prenatal, el cual supone altos costos asociados al cuidado prenatal, pero lo que más resalta son las consecuencias en el producto, puesto que, de ser ineficaz o ausente el tratamiento, podría conducir a un parto prematuro, el cual es responsable de un alto porcentaje de morbilidad neonatal; del grupo de los que sobreviven, la mayoría presenta múltiples secuelas, que no solo se limita al período neonatal, sino que también interfiere en la niñez, la adolescencia y en la adultez, desencadenando a menudo discapacidades neurológicas, en consecuencia, limitaciones físicas, influyendo desfavorablemente en su adaptación social, quitando oportunidades de desarrollo, crecimiento y educación, de acceder a mejores puestos de empleo y por ende, tener mejores condiciones de vida (6).

Pese a que la medicina ha tenido significativos avances con grandes contribuciones a la obstetricia, neonatología y pediatría, generando un gran impacto de mejoras en la práctica diaria, la amenaza de parto pretérmino aún se ubica dentro de los más importantes problemas clínicos y de salud pública de la obstetricia moderna.

Por las razones mencionadas, se consideró importante el desarrollo el presente estudio con el objetivo de determinar la asociación de los factores maternos con la amenaza de parto pretérmino en el Hospital II-E Simón Bolívar; cuyos resultados permitirán brindar un aporte teórico, para que el personal de salud a cargo tenga una participación activa, siendo crucial para el bienestar del binomio madre e hijo; además, de toda la familia involucrada; lo que

implica que, las obstetras y todo el personal de salud responsables, tengan el compromiso de persuadir a cada gestante para que cumpla con el paquete de atención prenatal, permitiendo identificar oportunamente aquellos factores que sugieren riesgo, logrando actuar antes de que puedan llegar a causar morbimortalidad tanto para la madre como para su futuro bebé. El beneficio será para la madre, quien tendrá mayor posibilidad de disfrutar de un embarazo sin miedo a tener complicaciones llevando una maternidad saludable, y el niño, que tendrá menos riesgo de presentar problemas de salud; además, este beneficio también se extiende a la familia y el país, puesto que, en tal sentido, se contará con madres y recién nacidos más sanos tanto biológica y psicológicamente, constituyendo así mejores indicadores de salud.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Cano I, Coronel A. (Ecuador, 2021). La investigación tuvo el objetivo de determinar las características demográficas y clínicas de mujeres con amenaza de parto pretérmino durante el periodo 2017 - 2021 en el Hospital José Félix Valdivieso. El estudio fue cuantitativo, descriptivo, transversal, retrospectivo, no experimental; con una muestra de 115 pacientes. Como resultados obtuvo lo siguiente: Según características sociodemográficas; la edad media era de 25 años, el 60,86% residía en el área rural, el 47,82% tenían unión libre, el 37,39% de instrucción secundaria, el 64,34 era ama de casa. Según características clínicas; tenían como antecedente de gestaciones previas una media de 0,83, abortos 0,11, la media según las semanas de gestación fue de 32,46 semanas, la infección vaginal prevaleció en 44,34%, seguido de la infección del tracto urinario (ITU) con 20,86%. Concluyendo que existen diversos factores asociados con la amenaza de parto pretérmino según las diferentes etapas del embarazo por lo que es necesario identificar a las pacientes para la prevención de un parto prematuro y sus complicaciones (7).

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Diaz N. (Puno, 2023). El estudio tuvo como objetivo determinar los factores sociodemográficos y maternos asociados a la prematuridad en neonatos nacidos en el Hospital Manuel Núñez Butrón Puno 2017-2019. El enfoque fue cuantitativo, correlacional, no experimental, retrospectivo. La población estuvo conformada por 140 historias clínicas, seleccionados en base a los criterios de inclusión y exclusión. La técnica usada es el análisis documental de las historias clínicas de neonatos prematuros y como instrumento se utilizó una ficha de registro de datos. Como resultados observaron que los factores asociados a la prematuridad es el estado civil de la madre y las infecciones del tracto urinario de la madre durante el embarazo. Llegando a la conclusión de que se determina que los factores

sociodemográficos y maternos se asocian a la prematuridad con una significancia de $p = 0.04 \leq 0.05$ (8).

Navarrete R. (Lima, 2022). El objetivo principal del estudio fue determinar los factores asociados con la amenaza y parto pretérmino en gestantes atendidas en el hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el año 2020. El estudio fue cuantitativo, transversal, correlacional y retrospectivo. En cuyo resultado se obtuvo que los factores sociodemográficos; no fueron significativos. En cuanto a los factores obstétricos: 42,3% eran multíparas; 46,0% y 60,9% sin antecedentes de abortos ni parto pretérmino; 58,6% tuvieron entre 33 a 36 semanas, 52,1% tuvieron <5 ATP; 39,5% tuvieron PIL ≥ 18 meses y 33,0% tuvieron sobrepeso; siendo significativos. Respecto a los factores patológicos 39,1% no tuvieron ITU en pacientes con amenaza; 69,3% y 66,0% no desprendimiento prematuro de placenta, ni placenta previa respectivamente; 67,4%, sin infecciones vaginales; 38,1% tenían RPM; 61,4% y 68,4% sin trastornos hipertensivos del embarazo ni polihidramnios, indicando que hay asociación significativa. Concluyendo que sí existen factores asociados con la amenaza y parto pretérmino en gestantes del hospital Nacional Sergio Bernales 2020 (9).

Urrugarra G. (Lima, 2022). El objetivo del estudio fue determinar los factores asociados a parto pretérmino en el Hospital Santa Rosa, Lima de enero 2020 – septiembre 2021. Se trató de un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. Como resultados se obtuvo que los factores sociodemográficos más frecuentes fueron: 77,8% edad materna 18-35, 63,5% secundaria, 45,2% soltera. Los factores maternos más frecuentes fueron: 76,2% menos de 6 controles prenatales, 55,6% amenaza de parto pretérmino, 51,6% nulíparas, 32,5 % preeclampsia, 24,6 % rotura prematura de membranas, 9,5 % infección de tracto urinario, 6,3% embarazo múltiple y 2,4 % diabetes gestacional. En conclusión, los factores asociados a parto pretérmino son: gestantes con edad materna de 18 -35 años, grado de instrucción secundaria, estado civil soltera, con menos de 6 controles prenatales, nulíparas y con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino (10).

Ezequiel J, Indacochoa S. (Lima, 2021). El trabajo de investigación tuvo como finalidad determinar los factores de riesgo maternos que predisponen a parto prematuro en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo, durante el periodo 2018 – 2019. El estudio fue analítico, observacional, retrospectivo. Como resultados obtuvo que la edad materna promedio fue 17,49 años, el 71,7% de gestantes estuvieron en la etapa adolescencia tardía (17 – 19 años). Según el análisis estadístico, las variables; infección del tracto urinario y preeclampsia, se relacionaron con un mayor riesgo de parto prematuro; por otro lado, no se encontró asociación significativa estadísticamente con la infección vaginal y ruptura prematura de membranas, llegando a la conclusión de que las variables asociadas a un mayor

riesgo de parto prematuro en gestantes adolescentes fueron: Anemia, infección del tracto urinario y preeclampsia (11).

Llanos E. (Puno, 2021). El estudio tuvo como objetivo determinar la relación de los Factores biológicos y Socioculturales de la Madre y la prematuridad del recién nacido en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno 2020. El tipo de estudio fue descriptivo correlacional, cuantitativo, de corte transversal. La muestra de estudio estuvo compuesta por 45 madres de recién nacidos prematuros. Como resultados se obtuvo que, de factores biológicos; se asoció la anemia, ruptura prematura de membranas, hipertensión arterial e infección del tracto urinario; de los factores, se asocia con la conformación familiar; en contraste, la edad, ocupación laboral e ingreso económico no presentan asociación con la prematuridad del recién nacido; en cuanto a los factores culturales, los que se relacionaron eran; estado civil, controles prenatales y grado de instrucción. Llegando a la conclusión de que existe una relación significativa entre los factores biológicos y socioculturales de la madre con la prematuridad (12).

Cornejo D. (Lima, 2019). El trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar los factores obstétricos que se relacionan con la prematuridad en las adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2018. De tipo observacional, retrospectivo, transversal, correlacional. La muestra fue de 195 pacientes, los resultados obtenidos fueron: la edad materna (p: 0.888), paridad (p: 0.504), periodo intergenésico corto (p: 0.920), antecedente de parto prematuro (p: 0.160) y enfermedad materna (p: 0.617); estadísticamente no significativos. Mientras que el antecedente de aborto (p: 0.029) y controles prenatales (p: 0.0) resultaron siendo estadísticamente significativos. Llegando a la conclusión de que la edad de la madre adolescente, paridad, periodo intergenésico corto, antecedente de parto prematuro y la enfermedad materna no guardan relación con la prematuridad. Mientras que, sí existe asociación de la prematuridad con el antecedente de aborto y controles prenatales (13).

Vasquez T, Tejada L. (Lambayeque, 2019). El objetivo fue identificar los factores obstétricos asociados al trabajo de parto prematuro extremo en el Hospital Belén de Lambayeque, 2019. En metodología se realizó un estudio retrospectivo, transversal, de diseño no experimental con observación directa. La muestra fue de 100 historias clínicas de gestantes diagnosticadas con parto pretérmino. Como resultados se mostró que, entre los factores obstétricos relacionados estuvieron los siguientes: el 43% tuvo entre 32 a 36 semanas; en cuanto a la paridad, encontramos que todas las gestantes con parto pretérmino eran en su mayoría múltiparas (43%). Según control prenatal, el 50% acudió a 10 o más controles prenatales.

Concluyendo que no existe asociación estadísticamente significativa de los factores obstétricos con el parto pretérmino (14).

2.1.3. Antecedentes Locales

Florentino K. (Cajamarca, 2021). En su estudio planteó como objetivo determinar la relación que existe entre factores maternos y partos prematuros en gestantes que acuden al Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2021. La metodología fue correlacional con enfoque cuantitativo y de diseño no experimental. Los resultados fueron: referente a las características sociodemográficas el 31,3% tuvo entre 21 - 27 años, 58,8% pertenecieron a la zona urbana, 60% fueron convivientes, 45% tuvieron grado de instrucción secundaria, 62,5% de ocupación su casa, el 71,3% tuvo el antecedente de parto prematuro, 30% tuvieron entre 32 a 34 semanas de gestación, 17,5% entre 35 a 36 semanas, 15% entre 28 a 31 semanas y 8,8% menor de 28 semanas; referente a factores maternos, el 16,3% fue ITU, 6,3% presentó preeclampsia, 1,3% tuvo diabetes mellitus, 6,3% con antecedente de parto prematuro, 28,8% presentó Ruptura Prematura de Membranas (RPM), en factores fetales se encontró que el 5% fue embarazo múltiple y factores ovulares el 8,8% fue Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP). Logrando concluir que existe relación significativa entre los factores maternos y partos prematuros (15).

Ventura M. (Cajamarca, 2019). El objetivo del estudio fue determinar la asociación entre los factores sociales, obstétricos y clínicos y el parto pretérmino. Hospital Regional Docente de Cajamarca, periodo mayo - julio, año 2019. La metodología del trabajo de investigación tuvo un diseño no experimental, de corte transversal, tipo descriptivo correlacional; como resultado en cuanto a los factores sociales se observó que: el 26,2% de pacientes con parto pretérmino pertenecieron al grupo etario de 15 a 19 años y el 21,5% tuvo de 35 a 39 años; el 27,7% completó la primaria, el 64,6% procedió de zona rural, el 61,5% eran amas de casa, el 84,6% convivientes y el 63,1% tuvo un nivel socioeconómico marginal. Referente a los factores obstétricos: el 58,5% tuvo menos de 6 atenciones prenatales, el 30,8% un periodo intergenésico mayor a 5 años, el 43,1% fueron nulíparas, presentaron antecedente de aborto y parto pretérmino en un 15,4% y 9,2% respectivamente, el 13,8% embarazo múltiple, el 27,7% preeclampsia, el 3,1% placenta previa y el 30,8% rotura prematura de membranas. Con relación a los factores clínicos: el 9,2% tuvo anemia, el 29,2% infección del tracto urinario y el 10,8% vaginosis bacteriana. En conclusión, se encontró asociación significativa del parto pretérmino con los factores sociales: edad, procedencia, ocupación y nivel socioeconómico; los factores obstétricos: atención prenatal, periodo intergenésico, embarazo múltiple, preeclampsia y rotura prematura de membranas; así como con los factores clínicos: anemia, infección del tracto urinario y vaginosis bacteriana, con un coeficiente $p < 0,05$ (16).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Amenaza de parto pretérmino

2.2.1.1. Definición

La definición clásica de la amenaza de parto pretérmino (APP) se basa en la presencia de dinámica uterina regular relacionada a modificaciones cervicales progresivas menor a los 2 cm de dilatación entre las 22.0 hasta las 36.6 semanas de gestación, sin ruptura de las membranas amnióticas. Sin embargo, estos parámetros presentan una baja sensibilidad y especificidad para predecir el parto pretérmino. En la mayoría de casos en los que la paciente ingresa con el diagnóstico clásico de amenaza de parto pretérmino, el riesgo real de terminar en parto en los siguientes 7 días es del 10% (17).

Clínicamente se logra evidenciar contracciones uterinas con una frecuencia de 1 cada 10 minutos, de 30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos con borramiento del cérvix uterino menor o igual al 50% y una dilatación menor a 2 cm, que se encuentra entre las 22 y 36,6 semanas gestacionales (18).

2.2.1.2. Etiología

La amenaza de parto pretérmino puede tener un origen multifactorial. No obstante, tradicionalmente, las probables causas de esta complicación se han seleccionado en los tres siguientes grupos:

Iatrogénico: casos en los que el médico ordena la culminación del embarazo antes de tiempo. Por ejemplo: en razón a alguna patología materna, que imposibilita lograr que la gestación llegue a término.

Idiopático: la causa es desconocida.

Recientemente, según experiencias clínicas y experimentales, la mayoría de los partos pretérminos secundarios a causas idiopáticas y por RPM se ligan a cuatro procesos:

- Activación del eje hipotálamo-pituitariaadrenal materno o fetal.
- Inflamación de decidua, amnios y corion.
- Hemorragia decidual.
- Distensión uterina patológica: embarazos múltiples y polihidramnios.

Los procesos en mención generalmente suceden en simultáneo; sin embargo, cada uno tiene una característica bioquímica única. Estos procesos convergen en una vía final común en donde se da una liberación de mediadores bioquímicos, aumento de proteasas y uterotoninas

de membranas fetales y decidua. En consecuencia, ocurre el inicio de las contracciones uterinas con modificaciones del cérvix, con o sin ruptura de membranas, y finalmente se desencadena el parto prematuro (18).

2.2.1.3. Fisiopatología

Existen muchas causas multifactoriales desencadenantes, pero entre las más aceptadas está la causa inflamatoria. Actualmente se dice que la presencia de un proceso inflamatorio dentro del miometrio, cuello uterino, decidua y membranas fetales, es un precursor clave para el inicio del parto. Un elemento importante de la respuesta inmunitaria inflamatoria es la intervención de los receptores Tipo Toll (RTT) los cuales activan vías de señalización que intervienen en las células inmunitarias innatas haciéndolas secretar citocinas y quimiocinas, al activarse estos receptores orienta a la activación del inflammasoma y hace que perdure la producción constante de citocinas y quimiocinas [interleucina 1 (IL-1), interleucina 8 (IL-8), interleucina 6 (IL-6), proteína 1 quimioatrayente de monocitos y citocina A2 inducible pequeña (CCL2)] en la placenta y la decidua (19).

Se produce el reclutamiento de células inmunitarias, se elaboran prostaglandinas y metaloproteinasas de matriz (MMP), lo que conduce al inicio de la maduración cervical y a la progresión de la dinámica uterinas, seguido se suma el ingreso de macrófagos al líquido amniótico aumentando más la activación de la cascada inflamatoria contribuyendo aún más al inicio del trabajo de parto. Otra teoría que explica la fisiopatología es la interrupción de la señalización de la progesterona, esta hormona “pro gestación” es la que se encarga de mantener el embarazo al evitar el inicio de la actividad uterina e impedir que se produzca el trabajo de parto antes de tiempo. Dicha hormona incita la quiescencia uterina al actuar en el miometrio, cuello uterino y decidua. Es decir, impide la contractilidad potenciando un estado de reposo de la membrana, además de inhibir la capacidad de respuesta de las células miometriales frente a hormonas que estimulan la contracción. Mientras que, si se bloquea la secreción de la progesterona puede aumentar la excitabilidad del miometrio y generar contracciones, induciendo la degradación de la matriz extracelular del cuello uterino, por ende, produciendo ablandamiento y dilatación de este. Por consiguiente, la interrupción o inhibición de la acción de progesterona por sí sola es suficiente para inducir el parto (19).

Otro proceso fisiopatológica que podría conllevar a parto pretérmino es el estrés materno, sea físico o psicológico, el cual puede inducir al feto a un estado de estrés reduciendo el flujo uteroplacentario, conllevando a la activación prematura del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal fetal, se estipula que el principal mediador que induce las contracciones uterinas prematuras es el factor liberador de la hormona corticotrófica, este proviene esencialmente del hipotálamo, pero también se encuentra en las células placentarias, en el amnios, corion y

decidua uterina. Estimula dichas células generando prostaglandinas, por consiguiente empieza la maduración cervical y la presencia de dinámica uterina, a su vez estimula el factor liberador de la corticotrofina de las mismas células, produciéndose un círculo de retroalimentación que provocaría el trabajo de parto pretérmino (19).

2.2.1.4. Diagnóstico de la amenaza de parto pretérmino

Basado en:

- Historia clínica: mediante una correcta anamnesis, se evalúa los factores de riesgo relacionados con el desencadenamiento del Parto Pretérmino.
- Edad gestacional entre 22 y 36.6 semanas de amenorrea confiable, a partir de la fecha de la última menstruación. Si hay dudas, debe establecerse por antropometría ecográfica o por pruebas de madurez fetal, mediante el análisis del líquido amniótico.
- Evaluación de dinámica uterina: contracciones uterinas que ocurran con frecuencia mayor de 1 en 10 minutos, duración mayor de 30 segundos, durante un período de 60 minutos.
- Modificaciones cervicales (Tacto vaginal):
- Borramiento del cérvix del 50 % o menos y con una dilatación menor de 2 cm (20).

2.2.1.5. Grado de prematuridad

La OMS establece subcategorías de recién nacidos con prematuridad, de acuerdo a la edad gestacional, de la siguiente manera:

- Prematuro extremo (menos de 28 semanas)
- Muy prematuro (de 28 a 32 semanas)
- Prematuro entre moderado y tardío (de 32 a 37 semanas) (3).

2.2.2. Factores Maternos

Existen algunos factores maternos que pueden explicar la aparición del parto pretérmino, aunque no siempre se observan durante la gestación. La identificación de los factores que predisponen al parto pretérmino (factores de riesgo) ayudará a disminuirlo, puesto que permitirá establecer estrategias de prevención dirigidas y adecuadas. Además, ayudará a usar mejor los recursos, reduciendo los gastos, lo que representa mucha importancia en países en vías de desarrollo como el nuestro. Si bien es cierto que existen estudios que describen los factores de riesgo asociados al parto pretérmino, se sabe que para todos los países o regiones no se puede aludir los mismos factores. Además, se cambian con el tiempo (19).

2.2.2.1. Factores Sociodemográficos

Edad materna: Es sabido que los extremos de la edad materna son factores que suponen riesgo para parto pretérmino. En el caso de las adolescentes la inmadurez fisiológica y las condiciones socioeconómicas aumentan, por otro lado, la edad materna avanzada condiciona a un aumento de las tasas debido a la preexistencia de enfermedades crónicas (19).

Se plantea que una posible explicación de estos hallazgos es que los cuerpos de las adolescentes no están biológicamente preparados para el embarazo y el parto por inmadurez, y no tienen las reservas nutricionales suficientes para mantener un embarazo a término (Afulani, Altman, Musana & Sudhinaraset, 2017). Sumado a esto, cabe mencionar la importancia de los procesos psicológicos de a este periodo, además de una dependencia afectiva y económica familiar; por tales motivos, al comenzar un embarazo en estas edades, produciría en la adolescente rechazo y por ende, encubrimiento de su situación, desembocando en un inadecuado cuidado del embarazo (19).

Estado civil: se refiere al estado personal en que está una persona en relación a otra que nos su pariente pero que se llegan a crear lazos reconocidos jurídicamente, estableciendo una familia con deberes y derechos. El estado civil soltero de una gestante es considerado un factor que predispone a la aparición de la amenaza de parto pretérmino; puesto que, una falta de apoyo tanto económico como emocional podría desencadenar en un descuido de la gestante con sus debidos cuidados (22).

Grado de Instrucción: El nivel de instrucción es definido como el grado más alto de estudios que una persona haya alcanzado, ya sea que los haya culminado, que aun esté en curso o sean incompletos. En la rama de la salud, el nivel de educación forma parte de un buen indicador para medir la desigualdad social, siendo importante al momento de analizar como percibe cada individuo tanto la salud como enfermedad, dado que a las personas con bajo nivel educativo tienen menos acceso a información y por consiguiente menos cuidado de su salud. Para algunos estudios un pobre estatus educativo se relaciona a mayor riesgo de presentar parto pretérmino, llegando a ser peor en aquellas mujeres que dejan de estudiar antes de los 15 años, las cuales, en consecuencia, tienen recursos limitados para el cuidado de la gestación (16).

Ocupación: Es el oficio o profesión que desempeña una persona; en los últimos años diferentes investigaciones han sugerido que la ocupación de la madre puede estar relacionada con nacimientos prematuros, ya que puede generar situaciones de estrés físico y psicológico, este cortisol liberado por la madre podría aumentar la probabilidad de generar contracciones precoces en el embarazo (16).

Procedencia: diversas investigaciones revelan que la procedencia de zona rural de la gestante está muy asociada con el parto pretérmino. Debido a que está relacionada con la

pobreza, bajo nivel educativo, poca accesibilidad a información y servicios de salud, entre otras situaciones.

2.2.2.1. Factores Obstétricos

Índice de masa corporal pregestacional (IMC PG): El IMC es la relación entre el peso corporal con la talla elevada al cuadrado de la persona. Se le conoce también como índice de Quetelet, y su fórmula de cálculo es la siguiente: $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Talla (m)}^2$. El IMC PG se usa para clasificar el estado de nutrición previamente al embarazo, y a partir de esa información estimar la ganancia de peso que debería tener durante la gestación (21).

Un IMC no adecuado antes embarazo se asocia con un mayor riesgo de un resultado adverso del embarazo, se sabe que las complicaciones relacionadas con el embarazo contribuyen al nacimiento prematuro médicamente indicado y ocurren con mayor frecuencia en mujeres con sobrepeso y obesidad; mientras que, el bajo IMC en el embarazo temprano se ha notificado consistentemente como un factor de riesgo para el parto prematuro, particularmente el parto prematuro espontáneo, en comparación con cualquier otro estado de peso.

Paridad: Es el número de embarazos con un alumbramiento más allá de la semana 22 o con un producto de peso mayor de 500g (22). La teoría atribuye el riesgo al antecedente de multiparidad debido a que en cada embarazo pueden debilitarse las fibras musculares del útero por el crecimiento fetal y las fibras musculares del cérvix por los partos anteriores, entonces, a mayor número de partos mayor es el riesgo de prematuridad

Controles prenatales (CPN): Es la vigilancia y evaluación continua e integral de la gestante y el feto mediante un conjunto de actividades que realiza el profesional de salud para asegurar un embarazo saludable y así lograr el nacimiento de un recién nacido sano (23), la inadecuada o falta de atención profesional especialista está asociada a la aparición de una amenaza de parto pretérmino (24). Para considerar que la atención ha sido la adecuada, los controles prenatales deben darse de la siguiente manera: 1° atención: <14 sem; 2° atención: 14-21 sem; 3° atención: 22-24; 4° atención: 25-32; 5° atención: 33-36 y 6° atención: 37-40 sem (25).

Antecedentes de aborto: Diversos estudios nos muestran que el antecedente de aborto ya sea espontáneo, pero sobre todo el inducido, pueden causar cambios en la anatomía de diferentes áreas endometriales en donde se implantaría el embrión en el siguiente embarazo; provocando complicaciones como incompetencia cervical o placenta previa en futuros embarazos, lo que aumentaría la probabilidad de presentar un nacimiento pretérmino. Del mismo modo, el legrado uterino posterior a un aborto, es un procedimiento traumático para la constitución cervical y endometrial, que genera lesiones en las paredes del cérvix, en consecuencia, si se llega a producir una nueva gestación con un corto periodo intergenésico,

entre más gana peso el feto, el orificio cervical interno lesionado cede a esta presión y termina por dilatarse antes de su tiempo produciéndose un parto pretérmino (8).

En un estudio realizado con el objetivo de determinar la incidencia de parto prematuro y factores de riesgo asociados, se determinó que en un 24,3% hubo antecedente de aborto en las pacientes un riesgo relativo de 1,5 veces (24).

Antecedente de parto pretérmino: Es importante considerar como factor para un parto prematuro, puesto que este puede ser recurrente, presentando un riesgo de recurrencia del 15 al 50 % según el parto anterior y orden de nacimiento. El riesgo es directamente proporcional. El antecedente de parto pretérmino toma importancia cuando éste se relaciona a una incompetencia cervical, debido a que el cuello uterino es corto, o relacionado también a factores inmunológicos, sin descartar por su parte los factores hormonales que, al presentarse la disminución de la progesterona (hormona encargada del embarazo) y a la acción de la oxitocina antes de su tiempo (19).

Periodo intergenésico (PIG): La OMS recomienda un intervalo mínimo de dos años y máximo de cinco años entre embarazo, ya que espaciar los embarazos de manera adecuada ayudaría a prevenir resultados perinatales adversos. Éste viene a ser un factor relevante en el desencadenamiento del parto pretérmino, dado que la presencia de un periodo intergenésico largo o corto podría aumentar el riesgo de prematuridad; para el caso del PIG corto, se ha postulado que se debe a que la reserva de micronutrientes no está totalmente restaurada después de una previa gestación; por otra parte, en el caso del PIG largo, se estima que existe una regresión fisiológica ya que las capacidades reproductivas fisiológicas tienden a declinar (19).

Infección del tracto urinario: Un estudio realizado con la finalidad de determinar si la infección del tracto urinario (ITU) es un factor asociado a amenaza de parto pretérmino. Los resultados mostraron que efectivamente existía asociación significativa con ITU (26).

Infección Vaginal: Si durante el embarazo llega a existir infección genital, la microbiota vaginal normal se altera; en consecuencia, aumentan los agentes bacterianos y micóticos como *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella* spp., *Bacteroides* spp., *Mobiluncus* spp., Gram-positivas coccos y micoplasma genital, lo que genera desbalance de la flora normal, y a medida que la infección vaginal prosigue, la inflamación aumenta y afecta de tal forma que puede provocar un parto pretérmino (19).

2.3. Hipótesis

Existe asociación significativa de los factores sociodemográficos y obstétricos con la amenaza de parto pretérmino en el Hospital II-E Simón Bolívar, Cajamarca, durante el año 2022 y 2023.

2.4. Variables del estudio

2.4.1. Variable 1

Factores maternos

2.4.2. Variable 2

Amenaza de parto pretérmino

2.5. Definición, conceptualización y operacionalización de variables.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA DE MEDICIÓN
FACTORES MATERNOS	Los factores maternos son condiciones que aumentan el riesgo de una mujer a contraer una enfermedad en relación a lo biológico u obstétrico (23).	Factores maternos que se asocian con la amenaza de parto pretérmino.	FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	Edad	Adolescentes (12-17) Juventud (18-29) Adulthood (30 a más)	Intervalo
				Estado civil	Soltera Conviviente Casada	Nominal
				Grado de instrucción	Sin Instrucción Primaria Secundaria Superior	Nominal
				Ocupación	Ama de casa Estudiante Trabajadora Independiente (Comerciante, empleada, etc.) Trabajadora del sector público o privado	Nominal
				Procedencia	Rural Urbana Periurbana	Nominal
			FACTORES OBSTÉTRICOS	IMC PG	Delgadez (< 18,5) Normal (≥ 18,5 y < 25,0) Sobrepeso (25,0 y < 30,0) Obesidad (≥ 30,0)	Intervalo
			Paridad	Nulípara Multípara	Nominal	

				Controles prenatales	Ningún CPN < 6 CPN ≥ 6 CPN	Ordinal
				Antecedentes de aborto	Si No	Nominal
				Antecedentes de parto pretérmino	Si No	Nominal
				Periodo intergenésico	< 2 años 2-5 años >5 años No aplica	Intervalo
				Infección del tracto urinario	Si No	Nominal
				Infección Vaginal	Si No	Nominal
AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO	Es la presencia de actividad uterina, entre las 22 a 36.6 semanas (SS) de gestación, evidenciable al tacto (con frecuencia de 1 cada 10 minutos y 30 segundos de duración, en un periodo de 60 minutos) que puede cursar con borramiento del cérvix uterino menor del 50 % y/o dilatación menor a 2 cm (20).				22 – 27.6 semanas de gestación 28 – 31.6 semanas de gestación. 32 – 36.6 semanas de gestación.	Intervalo

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

El diseño de investigación del presente estudio fue no experimental, con enfoque cuantitativo, de corte transversal, correlacional, retrospectivo.

No experimental, dado que no existió intervención; es decir, no se manipularon las variables (27).

Cuantitativo, porque esencialmente se enfocó en los aspectos observables y susceptibles a cuantificación de las variables (27).

Correlacional, ya que se determinó la medida en que las variables se relacionan entre sí (28).

Retrospectivo, porque el estudio se basó en hechos del pasado, dado que se recopiló los datos de las historias clínicas (29).

3.2. Área de estudio y población

3.2.1. Área de estudio

El estudio se realizó en el Hospital Simón Bolívar II-E, en el área de Gineco Obstetricia, ubicado en la Av. Mario Urteaga N° 5004, de la provincia de Cajamarca.

3.2.2. Población de estudio

La población estuvo constituida por cada historia clínica de gestantes que fueron atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Simón Bolívar II-E, que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión, durante el periodo de enero del año 2022 a abril del año 2023.

3.3. Muestra

El actual trabajo de investigación, debido a su naturaleza y objetivos planteados, se ejecutó en base a una muestra, la cual fue seleccionada por medio de la técnica de muestreo

probabilístico por muestreo aleatorio simple, según el marco muestral determinado dentro del periodo indicado.

3.3.1. Tamaño de la muestra

Para realizar el cálculo de la muestra se empleó el siguiente algoritmo:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{E^2 \times (N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

Dónde:

n: Muestra

N: Tamaño de la población (129)

Z: Nivel de confianza: 95% (1.96)

p: Probabilidad de éxito: 12% (0.12)

q: Probabilidad de fracaso: 88% (0.88)

E: Nivel de error: 5% (0.05)

$$n = \frac{129 \times (1.96)^2 \times 0.12 \times 0.88}{(0.05)^2 \times (128) + (1.96)^2 \times 0.12 \times 0.88}$$

$$n = 72$$

3.4. Unidad de análisis

Estuvo integrada por cada historia clínica perteneciente a las gestantes que fueron atendidas en el Hospital Simón Bolívar II-E, que a su vez, hayan cursado con el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, durante los meses de enero del año 2022 a abril del año 2023.

3.5. Criterio de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Historias clínicas de gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino durante el año 2022 y 2023.
- Historia clínica completa y legible.

Criterios de exclusión

- Historias clínicas de gestantes que presentaron amenaza de parto pretérmino que no cumplen con los ítems del instrumento.
- Pacientes con diagnóstico relacionado a las hemorragias de la segunda mitad del embarazo.

3.6. Consideraciones éticas de la investigación

El presente estudio se logró desarrollar luego de una rigurosa evaluación por parte del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca y por el Comité Institucional de Ética e Investigación del Hospital Simón Bolívar II-E para su respectiva autorización y ejecución de la investigación, considerando los siguientes principios básicos bioéticos:

Dignidad humana; porque no se atentó contra la privacidad de los investigados, no se pagó por la información recolectada y los datos no fueron utilizados para fines políticos (30).

Autonomía; porque logró, durante la revisión de historias clínicas, cumplir con el compromiso de proteger y salvaguardar la confidencialidad de la información durante la revisión de las historias clínicas, dicha información fue utilizada únicamente con fines de investigación (30).

Objetividad; porque el estudio se rigió bajo el principio de imparcialidad, sin aceptar participación de personas o instituciones con otro tipo de intereses en contra de la investigación, se respetó y defendió la verdad, a cualquier costo, por encima de todo(31).

Responsabilidad; porque se asumió la responsabilidad para ejecución del trabajo de investigación y de sus resultados, además no se permitió cambios de metodologías que atenten contra la integridad de los investigados (30).

No maleficiencia; porque mientras se desarrolló la investigación no hubieron actos que llegaran a generar algún tipo de daño o perjuicio a otros, en cambio, se buscó salvaguardar los datos recopilados, sin limitarse al ámbito biomédico sino que también en cada aspecto de la vida humana (31).

Beneficencia; porque en el estudio se consideró los beneficios de sus resultados, ya que pueden aplicarse como medidas preventivas, evitando prejuicios y apoyando al interés de un bien común (31).

Confidencialidad; porque en ningún momento se reveló los datos personales de las gestantes, sin su consentimiento y se respetó el secreto profesional (31).

Justicia; porque se protegió los derechos fundamentales, no cometiendo acciones negativas que indiquen atropello o que contraríen los derechos de los investigados (30).

3.7. Proceso de recolección de datos

El proceso para obtener la información requerida empezó realizando una solicitud a la unidad de control de datos del Hospital Simón Bolívar II-E, para obtener el permiso correspondiente de acceso a las historias clínicas y libro de registro de pacientes. Mientras que, para la recolección de datos, se buscó cada historia clínica que constituía la población, en seguida se verificó el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión para la muestra. Una vez identificada la historia clínica se procedió al recojo de la información necesaria en la ficha de recolección de datos. El tiempo de recolección por ficha fue de 20 minutos.

3.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En la presente investigación se utilizó como técnica la revisión de registros existentes, ya que se revisó datos de la historia clínica de cada gestante. El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos (Anexo 01) el cual fue elaborado por EL INVESTIGADOR cumpliendo con los objetivos de la investigación, teniendo en cuenta un cada uno de los ítems con respecto a las variables que están sujetas a medición, el cual fue validado por criterio de jueces expertos.

3.8.1. Descripción del instrumento

Ficha de recolección de datos:

I Parte: Factores maternos; se tomó en cuenta los datos de la historia clínica que a continuación se describe: Factores Sociodemográficos: Edad, estado civil, ocupación, grado de instrucción, y procedencia, Factores Obstétricos: IMG PG, paridad, controles prenatales, antecedentes de aborto, antecedentes de parto pretérmino, periodo intergenésico, infección del tracto urinario, infección vaginal.

II Parte: Amenaza de parto pretérmino; se consideró la edad gestación gestacional de la siguiente manera: 22 – 27.6 semanas de gestación, 28 – 31.6 semanas de gestación y 32 – 36.6 semanas de gestación.

Validez

Para medir la validez del instrumento se utilizó el método de agregados individuales mediante criterio de jueces expertos, donde se contó con la participación de profesionales de Obstetricia expertos en el campo clínico. Los profesionales en mención tienen amplia experiencia en el tema y cuentan con grado de magister y/o grado de doctor.

Confiabilidad

Para determinar la confiabilidad del instrumento de medición se eligió una muestra piloto de 15 mujeres con amenaza de parto pretérmino, se ejecutó la ficha de datos y se obtuvo un indicador de Alpha de Cronbach = 0.710, de categoría bueno; dando como resultado, en efecto, que el instrumento de medición es confiable.

3.9. Procesamiento y análisis de datos

Los datos fueron recopilados a través de la aplicación de la ficha de recolección de datos, los mismos que fueron procesados y analizados con el programa informático SPSS versión 25.0. Inmediatamente después, los resultados de variables cuantitativas obtenidos fueron expresados como tablas de frecuencia y porcentajes estadísticos.

El análisis estadístico se logró hacer mediante la aplicación de la prueba Chi cuadrado para determinar la asociación entre ambas variables con un nivel de significancia del 95% y un error máximo tolerable del 5% (>0.05).

3.10. Control de calidad de datos

La calidad de los datos se hizo en función a la ficha de recolección de datos, verificado mediante la evaluación de jueces expertos, mostrando que el instrumento es válido y confiable. Así mismo, se asumió un 95% de confiabilidad de los resultados, puesto que los datos se recogieron por la misma investigadora. Para finalizar, para procesar los datos se utilizó el software estadístico SPSS versión 25.0 y Microsoft Excel, con la finalidad de obtener una base de datos confiable y veraz.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Tabla 1. Factores sociodemográficos de las gestantes en estudio. Hospital II-E Simón Bolívar, 2022-2023.

Factores Sociodemográficos	N°	%
Edad		
Adolescentes (12-17)	10	13,9
Joven (18-29)	42	58,3
Adulta (30 a más)	20	27,8
Estado Civil		
Soltera	15	20,8
Conviviente	43	59,7
Casada	14	19,4
Ocupación		
Ama de Casa	55	76,4
Trabajadora independiente (comerciante, empleada, etc)	4	5,6
Estudiante	6	8,3
Trabajadora del sector público o privado	7	9,7
Procedencia		
Rural	35	48,6
Periurbana	17	23,6
Urbana	20	27,8
Grado de Instrucción		
Sin instrucción	3	4,2
Primaria	12	16,7
Secundaria	38	52,8
Superior	19	26,4
Total	72	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla 1, se logra evidenciar los factores sociodemográficos de las gestantes que presentaron amenaza de parto pretérmino del Hospital Simón Bolívar, la cual estuvo conformado por una muestra de 72. Referente a la edad, el grupo más frecuente es de 18 a 29 años con 58,3%; en cuanto al estado civil, 59,7% fueron convivientes; en lo que a ocupación respecta, la mayoría es ama de casa con 76,4%; concerniente a procedencia, el 48,6% fue de zona rural; con relación al grado de instrucción, la mayor frecuencia se presentó en gestantes que cursaron la secundaria, con 52,8%.

Tabla 2. Los factores obstétricos de las gestantes en estudio. Hospital II-E Simón Bolívar, 2022-2023.

Factores Obstétricos	N°	%
IMC PG		
Delgadez (< 18,5)	2	2,8
Normal (≥ 18,5 y < 25,0)	38	52,8
Sobrepeso (25,0 y < 30,0)	27	37,5
Obesidad (≥ 30,0)	5	6,9
Paridad		
Múltipara	39	54,2
Nulípara	33	45,8
Controles prenatales		
Ningún CPN	4	5,6
<6 CPN	19	26,4
≥ 6 CPN	49	68,1
Antecedente de aborto		
Sí	18	25,0
No	54	75,0
Antecedentes de parto pretérmino		
Sí	4	5,6
No	68	94,4
Periodo intergenésico		
< 2 años	5	6,9
2-5 años	18	25,0
>5 años	17	23,6
No aplica	32	44,4
Infección del tracto urinario		
Sí	49	68,1
No	23	31,9
Infección vaginal		
Sí	47	65,3
No	25	34,7
Total	72	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla 2, se observa los factores maternos obstétricos de las gestantes que presentaron amenaza de parto pretérmino del Hospital Simón Bolívar. Respecto al IMC PG, el normal prevalece con 52,8%, seguido de sobrepeso con 37,5%; en cuanto a la paridad, la múltipara predominó con 54,2%; referente a los controles prenatales, el 68,1% tuvieron más de 6 CPN; concerniente a antecedentes de aborto, el 75,0% no mostró el antecedente; en relación con los antecedentes de parto pretérmino, el 94,4% no presentó el antecedente; acerca del periodo intergenésico la mayoría no tuvieron el antecedente (44,4%), pero de los que tuvieron, 25,0% estuvieron dentro de los 2 a 5 años y 23,6%

tuvieron un periodo mayor a 5 años; referente a la infección al tracto urinario, 65,3% tuvieron el diagnóstico; en cuanto a la infección vaginal, 65,3% lo presentó.

Tabla 3. Amenaza de Parto Pretérmino según edad gestacional. Hospital II-E Simón Bolívar, 2022-2023.

Amenaza de parto pretérmino:	N°	%
22 – 27.6 semanas de gestación	5	7,0
28 - 31.6 semanas de gestación	8	11,1
32 - 36.6 semanas de gestación	59	81,9
Total	72	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla 3, se aprecia la amenaza de parto pretérmino según edad gestacional de las gestantes en estudio del Hospital Simón Bolívar II-E. La edad gestacional, según clasificación, más frecuente, se ubica en gestantes con amenaza de parto pre término de 32 a 36.6 semanas de gestación con 81,9%; sigue de 28 a 31.6 semanas de gestación con 11,1% y por último, menos de 22 a 27.6 semanas de gestación con 7,0%.

Tabla 4. Asociación de factores sociodemográficos con amenaza de parto pretérmino, en gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar, 2022-2023.

Factores sociodemográficos	Amenaza de parto pretérmino						Total		Prueba Chi cuadrado
	22 - 27.6 ss (Prematuro extremo)		28 - 31.6 ss (Muy prematuro)		32 - 36.6 ss (Prematuro moderado y tardío)				
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	
Edad									
Adolescentes (12-17)	1	1,4	0	0,0	9	12,5	10	13,9	X² = 2.299 p=0.681
Joven (18-29)	2	2,8	6	8,3	34	47,2	42	58,3	
Adulta (30 a más)	2	2,8	2	2,8	16	22,2	20	27,8	
Estado Civil									
Soltera	1	1,4	1	1,4	13	18,1	15	20,8	X² =8.470 p=0.076
Conviviente	1	1,4	7	9,7	35	48,6	43	59,7	
Casada	3	4,2	0	0,0	11	15,3	14	19,5	
Ocupación									
Ama de Casa	1	1,4	7	9,7	47	65,3	55	76,4	X² = 32.916 p=0.000
Trabajadora independiente	3	4,2	0	0,0	1	1,4	4	5,6	
Estudiante	0	0,0	1	1,4	5	6,9	6	8,3	
Trabajadora del sector público o privado	1	1,4	0	0,0	6	8,3	7	9,7	
Procedencia									
Rural	0	0,0	4	5,6	31	43,1	35	48,6	X² = 14.002 p=0.007
Periurbana	0	0,0	2	2,8	15	20,8	17	23,6	
Urbana	5	7,0	2	2,8	13	18,1	20	27,8	
Grado de Instrucción									
Sin instrucción	0	0,0	1	1,4	2	2,8	3	4,2	X² = 9.793 p=0.134
Primaria	3	4,2	1	1,4	8	11,1	12	16,7	
Secundaria	1	1,4	3	4,2	34	47,2	38	52,8	
Superior	1	1,4	3	4,2	15	20,8	19	26,4	
TOTAL	5	7,0	8	11,1%	59	81,9	72	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la presente tabla, se muestra edad y amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Simón Bolívar. En la cual se observa que del total de la muestra; 58,3% de gestantes fueron jóvenes (18 - 29 años), de las cuales, 47,2% tuvo entre 32 - 36.6 ss (prematuro moderado y tardío) y 2,8% tuvieron 22 - 27.6 ss (prematuro extremo). Por otro lado, 13,9 % perteneció al grupo de adolescentes, siendo un mayor número aquellas gestantes con edades gestacionales entre 32 - 36.6 ss, mientras que el grupo de adultas tuvo 27,8%. Demostrando así que no se encontró asociación significativa (p=0.681).

Respecto al estado civil, el grupo mayoritario lo ocupa las que fueron convivientes, con 59,7%, prevaleciendo las gestantes en edad de 32 - 36.6 ss con 48,6%; en cuanto al grupo

de solteras que ocupan un 20,8%, 1,39% tuvo amenaza de parto pretérmino entre las 22 - 27.6 ss; el grupo de casadas tuvo el menor porcentaje (19,5). Indicando que no se encontró asociación significativa ($p=0.076$).

Referente a ocupación, se puede observar que la mayoría pertenece al grupo de gestantes que son amas de casa con 76,4%, siendo el 65,3% ocupado por gestantes con amenaza de parto pretérmino con 32 - 36.6 ss; por otro lado, el grupo de trabajadoras independientes y trabajadoras del sector público o privado, tienen 5,6% y 9,7% respectivamente, siendo la edad gestacional 28 - 31.6 ss (muy prematuro) la que menos prevalece con 0,00%; en el caso de las estudiantes, tuvieron un 8,3% del total. Probando que se encontró asociación significativa entre ocupación y amenaza de parto pretérmino ($p=0.000$).

Considerando la procedencia, los datos nos permiten observar que, el grupo mayoritario de gestantes con amenaza de parto pretérmino son de zona rural, con 48,6%; 43,1% pertenece a gestantes entre las 22 - 27.6 ss; mientras que la minoría pertenece a las gestantes de procedencia urbana con 27,8%, en el que relata más la edad gestacional entre 32 - 36.6 ss con 18,05%, de igual manera la procedencia periurbana con 23,6%, en el que la menor cantidad la tienen las gestantes con amenaza de parto pretérmino entre las 22 - 27.6 ss con 0,0%. Corroborando que se encontró asociación significativa entre procedencia y amenaza de parto pretérmino ($p=0.007$).

Concerniente a grado de instrucción, se evidencia que del total; 52,8%% de las gestantes con amenaza de parto pretérmino, cursaron nivel primario; prevaleciendo aquellas con edad gestacional entre 32 - 36.6 ss con 47,2%; del mismo modo, 26,4% tuvo grado de instrucción de nivel superior, prevaleciendo aquellas gestantes con edad gestacional entre 32 - 36.6 ss, con 20,8%. En contraste, 4,2% no tuvieron instrucción, de las cuales, 2,8% corresponde a aquellas gestantes con edad entre 32 - 36.6 ss. Indicando que no se encontró asociación significativa ($p=0.134$).

Tabla 5. Asociación de factores obstétricos con la amenaza de parto pretérmino, en gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar, 2022-2023.

Factores obstétricos	Amenaza de parto pretérmino						Total		Prueba Chi cuadrado
	22 - 27.6 ss (Prematuro extremo)		28 - 31.6 ss (Muy prematuro)		32 - 36.6 ss (Prematuro moderado y tardío)				
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	
IMC PG									
Delgadez (< 18,5)	0	0,0	0	0,00	2	2,8	2	2,8	X² =18.77 p=0.005
Normal (≥ 18,5 y < 25,0)	5	7,0	4	5,6	29	40,2	38	52,8	
Sobrepeso (25,0 y < 30,0)	0	0,0	1	1,4	26	36,1	27	37,5	
Obesidad (≥ 30,0)	0	0,0	3	4,1	2	2,8	5	6,9	
Paridad									
Múltipara	3	4,2	5	6,9	31	43,0	39	54,2	X² =0.355 p=0.837
Nulípara	2	2,8	3	4,2	28	38,9	33	45,8	
Controles prenatales									
Ningún CPN	0	0,0	0	0,00	4	5,6	4	5,6	X² = 1.364 p=0.850
< 6 CPN	2	2,8	2	2,8	15	20,8	19	26,4	
≥ 6 CPN	3	4,2	6	8,3	40	55,5	49	68,1	
Antecedente de aborto									
Sí	2	2,8	2	2,8	14	19,4	18	25,0	X² =0.651 p=0.722
No	3	4,2	6	8,3	45	62,5	54	75,0	
Antecedente de parto pretérmino									
Sí	2	2,8	0	0,00	2	2,8	4	5,6	X² =12.304 p=0.060
No	3	4,2	8	11,11	57	79,1	68	94,4	
Periodo intergenésico									
< 2 años	0	0,0	1	1,4	4	5,5	5	6,9	X² =5.849 p=0.440
>5 años	1	1,4	2	2,8	14	19,4	17	23,6	
2-5 años	3	4,2	3	4,1	12	16,7	18	25,0	
No aplica	1	1,4	2	2,8	29	40,3	32	44,4	
Infección del tracto urinario									
Sí	4	5,6	2	2,8	43	59,7	49	68,1	X² = 6.667 p=0.036
No	1	1,4	6	8,3	16	22,2	23	31,9	
Infección vaginal									
Sí	3	4,2	4	5,6	40	55,5	47	65,3	X² =7.080 p=0.029
No	2	2,	4	5,5	19	26,4	25	34,7	
TOTAL	5	7,0	8	11,1	59	81,9	72	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la presente tabla, se observa asociación entre índice de masa corporal y amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Simón Bolívar. En el que se evidencia que del total de la muestra; 52,8% tuvo IMC PG Normal, predominando la

amenaza de parto pretérmino con edad gestacional entre 32 - 36.6 ss (prematuro moderado y tardío) con 40,2%; pero, por otro lado, el IMC PG Sobrepeso obtuvo 37,5%, y un grupo minoritario perteneció a IMC PG Obesidad con 6,9%, de las cuales 4,1% correspondió a gestantes con amenaza de parto pretérmino entre las edades de 28 - 31.6 ss (muy prematuro), y a IMC PG Delgadez con 2,78%. Demostrando así que se encontró asociación significativa ($p=0.005$).

En cuanto a paridad, del total se puede evidenciar que; 54,2% pertenece al grupo de las multíparas, siendo mayor el porcentaje en gestantes con amenaza de parto pretérmino con edad entre 32 - 36.6 ss; el otro grupo de nulíparas tuvo un 45,8%, de la cual, menos prevalencia tuvo la amenaza de parto pretérmino con edad entre 22 - 27.6 ss, con 2,8%. Confirmando que no se encontró asociación significativa ($p=0.837$).

Con relación a controles prenatales, el estudio refleja que del total; 68,1% de gestantes con amenaza de parto pretérmino tuvieron ≥ 6 CPN, de las cuales un 55,5% perteneció al grupo de gestantes con edades gestacionales entre 32 - 36.6 ss; en contraste, 5,6% del grupo de estudio, no tuvo CPN y 26,4% tuvieron menos de 6 CPN, en ambos grupos la más frecuente fue en gestantes con edades entre 32 - 36.6 ss, con 5,6% y 20,8% respectivamente. En consecuencia, cabe Indicar que no se encontró asociación significativa ($p=0.850$).

Referente a antecedente de aborto, los datos estadísticos nos muestran que, del total, 75,0% no presentaron el antecedente, en efecto, el grupo más representativo corresponde a las gestantes con amenaza de parto pretérmino con edad entre 32 - 36.6 ss, siendo un 62,5%. Por otro lado, 25,0% de gestantes sí presentaron el antecedente, de las cuales, el grupo minoritario perteneció a aquellas pacientes con edad entre 22 - 27.6 ss. En efecto, se puede observar que no se encontró asociación significativa ($p=0.722$).

Concerniente a antecedente de parto pretérmino, se logra evidenciar que; 94,4% del total, no presentaron el antecedente, y el grupo mayoritario fue en pacientes con amenaza de parto pretérmino entre las 32 - 36.6 ss (muy prematuro), siendo un 79,16%. En contraste, las que si presentaron el antecedente ocuparon un 5,6%, de este grupo, las pacientes con amenaza de parto pretérmino entre las 28 - 31.6 ss presentaron un 2,8%, al igual que las pacientes con amenaza de parto pretérmino entre las 32 - 36.6 ss. Por tanto, se demuestra que no se encontró asociación significativa ($p=0.060$).

Continuando con periodo intergenésico, se puede observar que del total de la muestra; en aquellas pacientes que tuvieron un embarazo previo, el 25,0% tuvieron un periodo intergenésico de 2 - 5 años, siendo un 16,7% para las pacientes con amenaza de parto pretérmino entre las 32 - 36.6 ss. También se evidencia otro grupo con 23,6% de pacientes que tuvieron un periodo intergenésico > 5 años. No obstante, las pacientes con periodo

intergenésico < 2 años tuvieron un 6,9%, siendo el grupo de pacientes con edad entre 28 - 31.6 semanas de gestación las que tuvieron una tasa de 1,4%. Lo que evidencia que no existe asociación significativa ($p=0.440$).

Prosiguiendo con infección del tracto urinario, de la tabla se puede deducir que; 68,1% del total de pacientes con amenaza de parto pretérmino presentaron infección, de las cuales, la mayor tasa se observa entre las 32 - 36.6 ss de gestación, representando un 59,7%. Mientras que, las que no presentaron infección del tracto urinario tuvieron una tasa de 31,9%, de este grupo, las pacientes entre las 22 - 27.6 ss, tuvieron 1,4%. Indicando la existencia de asociación significativa ($p=0.036$).

Por último, en cuanto a la asociación entre infección vaginal y amenaza de parto pretérmino, los datos nos permiten observar que del 65,3% de pacientes que tuvieron infección vaginal, un 55,5% tuvo amenaza de parto pretérmino entre las 32 - 36.6 ss, mientras que un 4,2% tuvo amenaza de parto pretérmino entre las 22 - 27.6 ss de gestación. Por otro lado, un 34,7% no tuvieron infección vaginal, de las cuales se puede destacar que el 26,4% correspondió a las pacientes con amenaza de parto pretérmino entre las 32 - 36.6 ss y un 5,55% entre las 28 - 31.6 ss de gestación. Confirmando así que existe asociación significativa ($p=0.029$).

Tabla 6. Prueba de Chi-Cuadrado para la asociación entre factores sociodemográficos y obstétricos con la amenaza de parto pretérmino de gestantes en estudio.

Factores sociodemográficos	X2	gl	P	Asociación
Ocupación	32.916	6	0.000	<i>Si</i>
Procedencia	14.002	4	0.007	<i>Si</i>
Factores obstétricos	X2	gl	P	Asociación
IMC PG	18.775	6	0.005	<i>Si</i>
Infección del tracto urinario	6.667	2	0.036	<i>Si</i>
Infección vaginal	7.080	2	0.029	<i>Si</i>

En la tabla 6, Se encontró asociación significativa ($p < 0,05$) entre los factores sociodemográficos tales como: Ocupación (sig. 0,000) y procedencia (sig. 0,007); entre los factores obstétricos: IMC PG (sig. 0,005), Infección del tracto urinario (sig. 0,036) e infección vaginal ($p = 0,029$). Demostrándose que existen factores sociodemográficos y obstétricos que se asocian con la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Simón Bolívar, 2022-2023. En consecuencia, se puede inferir que, según la aplicación de la prueba de hipótesis estadística Chi-cuadrado, existe asociación significativa de los factores sociodemográficos y obstétricos con la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Simón Bolívar, 2022-2023; con nivel de significancia de 0,05.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La amenaza de parto pretérmino se encuentra entre las principales causas de hospitalización prenatal, este proceso clínico, si no llega a identificarse a tiempo y recibir un tratamiento oportuno, puede conllevar a terminar en un parto pretérmino, el mismo que viene a generar un gran riesgo para la salud de la madre y el futuro bebé, que en consecuencia, dicha complicación no solo se limita a causar daño al bebé en la etapa neonatal, sino que se corre el riesgo de afectar su futuro; lo que implica problemas que lo limitarán física y psicológicamente hasta su adultez. Por este motivo, dicha complicación se constituye como uno de los principales problemas de salud pública que no solo afecta al prematuro sino que su alcance va más allá, hasta la familia y la sociedad; de ahí es que se genera la necesidad de que el personal de salud sepa identificar a tiempo los factores que suponen riesgo materno y que a su vez predisponen a la aparición de dicha problemática (1).

Respecto a edad y amenaza de parto pretérmino, se observa que un 58,3% fueron jóvenes (18 - 29 años), mientras que el grupo de adultas tuvo 27,8%. Demostrando así que no se encontró asociación significativa (Sig.=0.681). Datos que guardan similitud a los encontrados por los investigadores Cano y Coronel (2021), quienes obtuvieron que la edad media es de 25 (7), lo que indica que no fue estadísticamente significativo a diferencia de los encontrados por Ezequiel e Indacochoa (2021) y Escobar (2016), quienes mostraron una importante asociación de la presentación de amenaza de parto pretérmino con los extremos de las edades, en la etapa de adolescencia tardía (17 - 19 años) y en mujeres con 40 años o más, respectivamente (10,31).

La edad materna es un factor importante en la presentación de amenaza de parto pretérmino, las madres adolescentes tienen una probabilidad mayor de tener niños muy pretérminos en comparación con las madres jóvenes. Del mismo modo, las madres de edad superior a 40 años aumentan el riesgo de prematuridad. Se plantea que una posible explicación de estos hallazgos es que los cuerpos de las adolescentes no están biológicamente preparados para el embarazo y el parto por inmadurez, y no tienen las reservas nutricionales suficientes para mantener un embarazo a término (Afulani, Altman, Musana & Sudhinaraset, 2017). Además, es importante mencionar los procesos

psicológicos de este periodo, además de una dependencia afectiva y económica familiar; por tales motivos, al comenzar un embarazo en estas edades, produciría en la adolescente rechazo y por ende encubrimiento de su situación, conllevando a un inadecuado cuidado del embarazo (33).

En síntesis, si bien es cierto que, la etapa de reproducción femenina puede reducirse al rango de 15 a 49 años con fines estadísticos, los extremos de este rango pueden ampliarse hasta edades cercanas a la menarquía, en el caso del extremo inferior, y hasta edades cercanas a la menopausia, en el extremo superior; eso explicaría la falta de asociación obtenida por el presente estudio (34).

Referente al estado civil y amenaza de parto pretérmino, el grupo mayoritario lo ocupa las que fueron convivientes, con 59,7%, solteras ocupan un 20,8%. Indicando que no se encontró asociación significativa ($\text{Sig.}=0.076$). Estos datos coinciden con los encontrados por Florentino (2021) quien describe que el 60% fueron convivientes, así como Ventura (2019) quien reportó el 84,6% para convivientes. En contraste, Díaz (2023) encontró que 107 fueron madres convivientes, 13 son madres solteras y 12 de estado civil casadas, el cual acepta la asociación entre estado civil y prematuridad (8)

Puesto que, la tasa que más prevalece en la presente investigación es el estado civil de conviviente, se podría decir que, teóricamente se conoce que las parejas que conviven pese a que no tienen un vínculo legal, tienen menos probabilidades de culminar en un parto a término, porque se deduce que habrá más cuidado prenatal al participar la familia, en comparación con las madres solteras que se encuentran en mayor riesgo (8). Pudiendo ser una razón de asociación entre ambas variables pero no la suficiente.

Concerniente a la asociación entre ocupación y amenaza de parto pretérmino, se puede observar que la mayoría pertenece al grupo de gestantes que son amas de casa con 76,4%, el grupo las trabajadoras independientes y las trabajadoras del sector público o privado tienen 5,6% y 9,7% respectivamente; en el caso de las estudiantes tuvieron un 8,3% del total. Datos que tienen similitud con los encontrados por la investigadora Díaz (2023), la cual detalla que 118 madres eran amas de casa, 12 fueron madres con ocupación profesional y 2 madres comerciantes (8).

A diferencia de los resultados obtenidos por la investigadora Llanos (2021), en donde muestra que el 46,6% de las madres con la complicación son estudiantes, el 45% de las madres tienen otras ocupaciones, el 22,2% de las madres de los prematuros son profesionales, el 11,1% de las madres son amas de casa y finalmente el 8,8% son comerciantes (12).

La teoría estipula que los trabajos que no necesiten de fuerza física no dañan al feto mientras que los trabajos forzados pueden producir contracciones uterinas (8). De estas afirmaciones se infiere que las madres de casa realizan un trabajo difícil al estar al cuidado de todo su hogar, como lo hacen las amas de casa, siendo éste un factor causante de la estimulación de contracciones uterinas, conllevando a una amenaza de parto pretérmino.

En cuanto a la asociación entre procedencia y amenaza de parto, el presente estudio nos muestra que, las gestantes de zona rural tuvieron un 48,6%, mientras que las gestantes de procedencia urbana tuvieron 27,8% y periurbana con 23,6%. Estos resultados se asemejan los encontrados por los investigadores Ventura (2019), reportando que el 64,6% de pacientes procedieron de la zona rural y de la zona urbana un 35,4%; al igual que Cano y Coronel (2021) reportaron que 60,8% residía en el área rural. Sin embargo, algunas investigaciones difieren con estos resultados, como Diaz (2023), quien en su estudio observó que en la zona urbana existe un total de 60 casos, 56 en la zona rural y 16 de la zona marginal (8,10).

De los resultados obtenidos se puede inferir que, los pacientes de la zona rural fueron más propensos a presentar esta entidad; esto podría asociarse al pobre y limitado acceso a la información sobre actividades que mejoren su higiénicas y conductas nutricionales adecuadas, exponiéndose a la presencia de patologías que podrían incrementar el riesgo de prematuridad, como son las infecciones o anemia.

En relación con grado de instrucción y amenaza de parto pretérmino, se observa que del total; 52,8%% de las gestantes con amenaza de parto pretérmino, cursaron nivel primario; 26,4% tuvo grado de instrucción de nivel superior; 4,2% no tuvieron instrucción, logrando evidenciar que no se encontró asociación. Estos datos muestran cierto grado de similitud con los de Urrugarra (2022), quien en su investigación muestra que, 63,5% cursó la secundaria (10); de igual forma, Llanos (2021) reporta en su estudio que un mayor porcentaje el de las madres cuentan con grado de instrucción superior (57,7%) (12).

El bajo grado o la ausencia del nivel educativo ha sido asociado con con partos pretérminos, sobretudo en aquellas mujeres que truncaron sus estudios antes de los 15 años, no se es conocido exactamente el porqué de este evento pero se puede aludir a la ausente o incompleta educación, en consecuencia, un carente autocuidado, además de la dificultad para comprender la información sobre conductas de riesgo y signos de alarma durante el embarazo brindados por el personal de salud (8).

Referente a la asociación entre índice de masa corporal pregestacional y amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Simón Bolívar, se logra evidenciar que del total de la muestra; 52,8% tuvo IMC PG Normal; el IMC PG Sobrepeso obtuvo 37,5%;

IMC PG Obesidad con 6,9% e IMC PG Delgadez con 2,8%, por lo que se puede afirmar que existe asociación significativa; estos resultados guardan semejanza con los de Navarrete (2022), indicando que 33,0% tuvo sobrepeso, y el investigador Orbegoso (2016), mostrando que, más se presentó Amenaza de parto pretérmino en gestantes con sobrepeso, con un 78% (35).

Es importante evaluar las causas y los factores de riesgo de la afección. El IMC antes y durante el embarazo temprano y la ganancia de peso gestacional durante el embarazo ya se han asociado con el parto prematuro (Cnattingius S, 2014). El aumento de peso durante el embarazo es un fenómeno biológico que promueve el crecimiento y el desarrollo normal del feto. Se ha estudiado como predictor de los resultados adversos del embarazo. La mayoría de los estudios sobre la asociación entre el aumento de peso gestacional no óptimo y los resultados del embarazo se llevaron a cabo en países desarrollados (12).

Según el Instituto Americano de Medicina (OIM), a cada IMC PG antes del embarazo, le corresponde un aumento de peso aceptable. Las mujeres sin peso deben ganar más peso durante el embarazo para cumplir con los requisitos de energía para el crecimiento fetal; mientras que las mujeres con sobrepeso y obesidad deben tener menos aumento de peso porque las reservas disponibles para ellas serían suficientes tanto para el crecimiento fetal como para el metabolismo materno (Cnattingius S, 2014) (36). Al estar esta alteración nutricional preexistente en la madre, generaría consecuencias que afectarían el buen desarrollo del embarazo.

Un peso inadecuado antes embarazo se asocia con un mayor riesgo de un resultado adverso del embarazo, como lo es el parto pretérmino. La obesidad y el sobrepeso son reconocidos como crecientes problemas de salud mundiales. Los principales resultados adversos para la salud están relacionados con la obesidad en mujeres embarazadas. Se sabe que las complicaciones relacionadas con el embarazo contribuyen al nacimiento prematuro médicamente indicado y ocurren con mayor frecuencia en mujeres con sobrepeso y obesidad; mientras que, el bajo IMC en el embarazo temprano se ha notificado consistentemente como un factor de riesgo para el parto prematuro, particularmente el parto prematuro espontáneo, en comparación con cualquier otro estado de peso. (Ledema Lema, 2018) (36).

En cuanto a paridad y amenaza de parto pretérmino, se puede evidenciar que, 54,2% pertenece al grupo de las multíparas, el otro grupo de nulíparas tuvo 45,8%, demostrando que no existe asociación significativa. Estos resultados son similares a los encontrados por Navarrete (2022), quien reporta que, 42,3% de las madres eran multíparas, 57,7% eran nulíparas, mostrando que no existe mucha diferencia entre ambos. En cambio, el

investigador Cornejo (2019) mostró en su investigación que, en el grupo primíparas, el 85,0% se relaciona a prematuridad.

En el estudio no se muestran diferencias significativas entre nulíparas y múltiparas, aunque la teoría atribuye el riesgo al antecedente de multiparidad debido a que en cada embarazo pueden debilitarse las fibras musculares del útero por el crecimiento fetal y las fibras musculares del cérvix por los partos anteriores, entonces, a mayor número de partos mayor es el riesgo de prematuridad (37).

Con relación a controles prenatales y amenaza de parto pretérmino, el estudio refleja que del total; 68,06% de gestantes con amenaza de parto pretérmino tuvieron ≥ 6 CPN; 5,56% del grupo de estudio, no tuvo CPN y 26,38% tuvieron menos de 6 CPN, reflejando que no existe asociación significativa. Estos resultados son parecidos a los encontrados por Florentino (2019), quien detalla lo siguiente: 71,3% de pacientes tuvieron 6 a más atenciones prenatales y aquellas con menos de 6 atenciones prenatales tuvieron un 28,1%. En contraste, Ventura (2019) y Urrugarra (2022) observaron que las gestantes con menos de 6 CPN obtuvieron 58,5% y 76,2% respectivamente (16,10).

La finalidad del control prenatal es vigilar y confirmar la adecuada evolución del embarazo; además, mediante esto se puede identificar factores de riesgo, siendo necesario lograr un número adecuado de consultas prenatales durante el embarazo. La atención prenatal tiene efectividad entre más tempranamente se realice y guarde cierta periodicidad. Estas atenciones que forman parte del paquete de atención prenatal permiten la detección temprana de factores que sugieran riesgo y por consiguiente, la ejecución de acciones de prevención, promoción y protección de la salud (Fescina et al., 2018) (38).

Además, desde el primer control prenatal se establece la adecuada evolución de la gestante, durante este periodo se administran suplementos nutricionales y consejerías sobre una adecuada alimentación y autocuidado, así como también la identificación de factores de riesgo, lo que permite una evolución adecuada del embarazo, mitigando futuras complicaciones.

Referente al antecedente de aborto y amenaza de parto pretérmino, los datos estadísticos nos muestran que, del total, 75,0% no presentaron el antecedente. Por otro lado, 25,00% de gestantes sí presentaron el antecedente, demostrando que no es estadísticamente significativo. Muy parecidos fueron los datos encontrados por los investigadores Rita y Torres (2023), quienes reportan que un 80,6% no tenían antecedentes de abortos espontáneos (39). Igual fue con Garay (2018), reportando que el 77,3% no tenían antecedentes de abortos espontáneos (40). Del mismo modo Cornejo (2019) encontró que del total de pacientes solo el 17,00% presentaron el antecedente de aborto.

Pese a que en la presente investigación no se encontró asociación entre aborto y amenaza de parto pretérmino, la literatura nos muestra que el antecedente de aborto ya sea espontáneo, pero sobre todo el inducido, pueden causar cambios en la anatomía de diferentes áreas endometriales en donde se implantaría el embrión en el siguiente embarazo; provocando complicaciones como incompetencia cervical o placenta previa en futuros embarazos, lo que aumentaría la probabilidad de presentar un nacimiento pretérmino. Del mismo modo, el legrado uterino posterior a un aborto, es un procedimiento traumático para la constitución cervical y endometrial, que genera lesiones en las paredes del cérvix, en consecuencia, si se llega a producir una nueva gestación con un corto periodo intergenésico, entre más gana peso el feto, el orificio cervical interno lesionado cede a esta presión y termina por dilatarse antes de su tiempo produciéndose un parto pretérmino (8).

Concerniente al antecedente de parto pretérmino y amenaza de parto pretérmino, se logra evidenciar que; 94,44% del total, no presentaron el antecedente. En contraste, solo un 5,56% presentaron el antecedente. Resultados similares encontraron los investigadores Navarrete (2022), reportando una tasa de 60,9% (9). Mientras que Cornejo (2019) observó que, del total de pacientes que presentaron antecedente de parto prematuro solo el 50% se relaciona con la prematuridad, indicando así, que no existe significancia estadística.

La literatura afirma que el antecedente de parto pretérmino toma importancia cuando éste se relaciona a una incompetencia cervical, debido a que el cuello uterino es corto, o relacionado también a factores inmunológicos, sin descartar por su parte los factores hormonales que, al presentarse la disminución de la progesterona (hormona encargada del embarazo) y a la acción de la oxitocina antes de su tiempo. Es entonces cuando se evalúa el riesgo de que pueda volver a presentarse un parto prematuro (38).

Continuando con periodo intergenésico y amenaza de parto pretérmino, se puede observar que del total de la muestra; 25,0% estuvieron dentro del periodo de 2-5 años, también se evidencia otro grupo con 23,6% de pacientes que tuvieron un periodo intergenésico > 5 años. No obstante, las pacientes con periodo intergenésico < 2 años tuvieron un 6,9%. Estos resultados no muestra mucha diferencia entre sí, semejante a los datos reportados por Santaya (2015), quien a través de su investigación muestra que el 33,3% se encontraban en período intergenésico entre 2 a 4 años, el 30,0% tuvieron menor de 2 años, el 21,7% se encontraban sin periodo intergenésico, y el 15,0 % tuvieron mayor a 4 años (41). No obstante, Cornejo (2019) evidenció en su estudio que, del total de pacientes que presentaron un periodo intergenésico corto el 85,3% se relaciona a prematuridad.

El periodo intergenésico es un factor relevante en el desencadenamiento del parto pretérmino, por lo que la presencia de un periodo intergenésico largo o corto podría

aumentan el riesgo de prematuridad; para el caso del PIG corto, se ha postulado que se debe a que la reserva de micronutrientes no está totalmente restaurada después de una previa gestación; por otra parte, en el caso del PIG largo, se estima que existe una regresión fisiológica ya que las capacidades reproductivas fisiológicas tienden a declinar, llegando a ser semejantes a una primigesta, además, PIG largos (posteriores a los 60 meses) aumentan la probabilidad de presentar otras complicaciones obstétricas como preeclampsia, o distocias que favorecen la presencia de partos pretérminos (42).

Prosiguiendo con la asociación entre infección del tracto urinario y amenaza de parto pretérmino, de la tabla se puede deducir que; 68,1% del total de pacientes con amenaza de parto pretérmino presentaron la infección. Sin embargo, las que no presentaron infección del tracto urinario tuvieron una tasa de 31,9%. Estos resultados fueron similares a los estudiados por Llanos (2021), observando que el 37,7% de las madres no presentan ITU, mientras que el 62.3% de las madres tienen ITU.

Pero existen otros investigadores que discrepan; como Cano y Coronel (2021), quienes encontraron en sus estudios que la infección de Tracto Urinario solo obtuvo la tasa de 20,9% (7); y un 83,8% no tuvieron ITU. De mismo modo el investigador Santaya (2015), encontró que el 8,3% tuvieron infección del tracto urinario y el 91,7% no tuvieron.

Por último, en cuanto a la asociación entre infección vaginal y amenaza de parto pretérmino, los datos nos permiten observar que del 65,3% de pacientes tuvieron infección vaginal y el 34,7% no tuvieron, demostrando que existe asociación estadística. Estos hallazgos guardan semejanza con los datos encontrados por Rita y Torres (2023), indicando que un 63.0 % tuvieron infecciones vaginales (39).

Contrario a lo anunciado, los investigadores Ventura (2019) y Navarrete (2022) discrepan de los resultados obtenidos, puesto que, ellos encontraron en sus investigaciones que solo un 10,8% y un 4,2%, respectivamente, tuvieron vaginosis bacteriana.

Las infecciones vaginales conllevan a la aparición de contracciones que podrían provocar partos prematuros. “La presencia de vaginosis bacteriana se ha asociado con resultados adversos en el embarazo, con la ruptura prematura de membranas, bajo peso del bebé al nacer y amenaza de parto prematuro”. (42).

En ambos procesos infecciosos, tanto en infecciones vaginales como en infección del tracto urinario, la acción de los microorganismos da como resultado el desarrollo de una respuesta inflamatoria fetal y / o materna y particularmente el Síndrome de Respuesta Inflamatoria Fetal- FIRS. Estos síntomas se reconocen como inflamación intraamniotica. Los fetos con respuesta inflamatoria fetal tienen una mayor morbilidad perinatal,

particularmente debido a la hemorragia intraventricular (HIV) severa (III. Y IV.), Leuco malacia periventricular (LPV), enterocolitis necrosa, displasia broncopulmonar, disfunción miocárdica y sepsis neonatal con una incidencia más frecuente de parto prematuro en comparación con los fetos sin respuesta inflamatoria. La elevación de la interleucina-6 (IL-6) en la sangre umbilical es posparto seguida de una incidencia significativamente mayor de funisitis (inflamación umbilical) (36).

La patogenia del parto prematuro está particularmente relacionada con citocinas, metaloproteinasas de matriz y prostaglandinas. El efecto desencadenante se observa principalmente en los receptores de reconocimiento de patrones: PRR. Estos receptores tienen la capacidad de identificar ciertas estructuras moleculares, comunes en la mayoría de los microorganismos. Además, sin embargo, se unen a "señales peligrosas" del tejido dañado: productos de estrés oxidativo (posible vía no infecciosa de parto prematuro). El grupo más importante está representado por los receptores tipo Toll, TLR (36).

Respecto a la amenaza de parto pretérmino según edad gestacional de las gestantes en estudio del Hospital Simón Bolívar II-E, se observa que la edad gestacional, según clasificación, más frecuente, se ubica en gestantes con amenaza de parto pretérmino de 32 a 36.6 semanas de gestación con 81,9%; sigue de 28 a 31.6 semanas de gestación con 11,1% y por último, menos de 22 a 27.6 semanas de gestación con 7,0%.

Estos datos encontrados se asemejan a los hallados por Navarrete (2022), quien reportó un mayor porcentaje en aquellas entre las 33 a 36 semanas (58,6%). Por otro lado, el investigador Florentino (2021) encontró un menor porcentaje entre esas edades gestacionales (17,5%). Es clave indicar que entre más corta sea la edad gestacional menos probabilidades de vivir tiene el bebé, y a su vez, si llega a sobrevivir, más probabilidades tiene de presentar enfermedades y limitaciones. Mientras que, si mayor es la edad gestacional en que nace el bebé, sus posibilidades de sobrevivir y presentar menos complicaciones aumentan.

CONCLUSIONES

Al finalizar la presente investigación se concluye:

1. Los factores sociodemográficos de las gestantes con amenaza de parto pretérmino las gestantes de 18 a 29 años del ciclo de vida joven, convivientes, amas de casa, procedentes de zona urbana, con grado de instrucción secundaria.
2. Los factores obstétricos, gestantes con IMC PG sobrepeso, multíparas, con más de 6 CPN, no mostraron antecedente de aborto ni presentaron antecedente de parto pretérmino, tuvieron un periodo intergenésico entre 2 – 5 años, la mayoría tuvieron infección del tracto urinario e infección vaginal.
3. La amenaza de parto pretérmino según edad gestacional fue entre 32 a 36.6 semanas, prematuros moderado a tardío.
4. Los factores sociodemográficos asociados a amenaza de parto pretérmino fueron: ocupación ($p=0,000$), amas de casa, y procedencia ($p= 0,007$), prevaleciendo la zona rural.
5. Los factores obstétricos asociados a amenaza de parto pretérmino fueron: IMC PG ($p=0,005$), predominando sobrepeso, infección del tracto urinario ($p= 0,036$) e infección vaginal ($p= 0,029$).

RECOMENDACIONES

Al terminar la investigación se sugiere:

1. Al personal administrativo del Hospital Simón Bolívar, a optimizar los sistemas de registro (historias clínicas y otros), para así lograr acceder con mayor facilidad a la información completa y verídica, impulsando de esta manera a la investigación.
2. A las y los obstetras, enfatizar en la prevención primaria y mejorar las estrategias de capacitación y sensibilización de gestantes en cuanto a una adecuada alimentación, higiene personal y salud sexual; ya que las infecciones y una mala nutrición pueden conllevar a complicaciones como la amenaza de parto pretérmino.
3. A las gestantes, tomar conciencia y acudir a sus controles prenatales, puesto que, al recibir una atención adecuada, le permitirá identificar signos de alarma y detectar tempranamente factores que sugieren riesgo, evitando el desarrollo de amenaza de parto pretérmino, que sin un adecuado tratamiento lleva a un parto pretérmino.
4. Finalmente, se recomienda a los futuros investigadores, ampliar los estudios en este campo y así poder ampliar los conocimientos sobre este importante tema, puesto que son pocos los estudios realizados en nuestra población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Amenaza de parto pretérmino. 2014 [citado 21 de agosto de 2023]; Disponible en: www.prosego.com
2. Salud OP de la salud. Manual de recomendaciones en el embarazo y parto prematuro [Internet]. OPS; 2019 [citado 21 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53940>
3. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros [Internet]. 2023 [citado 21 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
4. Proaño D. Partos prematuros y sus riesgos en la salud. Fund Waal [Internet]. 2022 [citado 21 de agosto de 2023]; Disponible en: <https://fundaciondewaal.org/index.php/2022/03/04/partos-prematuros-y-sus-riesgos-en-la-salud/>
5. Ministerio de Salud. Nacimientos prematuros en el Perú se incrementan a 6.89 % [Internet]. 2022 [citado 21 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/668468-nacimientos-prematuros-en-el-peru-se-incrementan-a-6-89-en-lo-que-va-del-2022>
6. ACOG Practice Bulletin. Predicción y Prevención de parto prematuro espontáneo [Internet]. Fecolsog. 2021 [citado 22 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://fecolsog.org/articulos-noticias/acog-practice-bulletin-2/>
7. Clavijo ACS, Cano ICM, Coronel AAR, Armijos JAG. Características demográficas y clínicas de mujeres con amenaza de parto pretérmino. J Am Health [Internet]. 10 de agosto de 2021 [citado 25 de junio de 2024]; Disponible en: <https://www.jah-journal.com/index.php/jah/article/view/82>
8. Diaz Muchica NA. Factores sociodemográficos y maternos asociados a la prematuridad en neonatos nacidos en el Hospital Manuel Núñez Butrón Puno 2017-2019. Univ Nac Altiplano [Internet]. 13 de enero de 2023 [citado 16 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/19593>
9. Navarrete Condeña RJ. Factores asociados con la amenaza de parto pretérmino en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el año 2020. Repos Académico USMP [Internet]. 2022 [citado 16 de agosto de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/10602>
10. Urrunaga Moreno GA. Factores asociados a parto pretermino en el hospital Santa Rosa, Lima de Enero 2020 - setiembre 2021. Univ Nac Federico Villarreal [Internet]. 2022 [citado 16 de agosto de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6101>
11. Factores de riesgo maternos asociados a parto prematuro en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo año 2018 al 2019, Lima - Perú | Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 13 de octubre de 2022 [citado 11 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/226>

12. Llanos Ramos EE. Factores biológicos y socioculturales de la madre relacionadas con la prematuridad del recién nacido en el servicio de neonatología del Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón – Puno 2020. Univ Priv San Carlos [Internet]. 19 de marzo de 2021 [citado 16 de marzo de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.upsc.edu.pe/handle/UPSC S.A.C./345>
13. Cornejo Torres DJ. Factores de riesgo obstétricos que se relacionan a prematuridad en las adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2018. 2019 [citado 17 de marzo de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/2266>
14. Vásquez Torres FM, Tejada Ruiz LDC. Factores obstétricos asociados al parto pretérmino extremo del hospital Belén de Lambayeque 2019. Univ Priv Huancayo Frankl Roosevelt [Internet]. 19 de junio de 2021 [citado 17 de agosto de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.uoosevelt.edu.pe/handle/20.500.14140/401>
15. Florentino Reyes K, Huerta Agip LV. Factores de riesgo relacionados a partos prematuros en gestantes que acuden al Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2021. Univ Priv Huancayo Frankl Roosevelt [Internet]. 18 de diciembre de 2021 [citado 16 de agosto de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.uoosevelt.edu.pe/handle/20.500.14140/645>
16. Ventura Rodríguez M. Factores sociales, obstétricos y clínicos asociados al parto pretérmino. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019. Univ Nac Cajamarca [Internet]. 2019 [citado 16 de agosto de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/3592>
17. Ochoa A, Pérez Dettoma J. Amenaza de parto prematuro: Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. An Sist Sanit Navar. 2009;32:105-19.
18. Obstetricia. 25ª ed. México: McGraw-Hill; 2019.
19. Aquietta LLI, Solórzano MEB. Amenaza de parto prematuro predicción prevención y manejo. RECIMUNDO. 5 de octubre de 2022;6(3):393-408.
20. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología [Internet]. 2º. Perú: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2018 [citado 20 de agosto de 2023]. 151 p. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf> http://repositorio.upica.edu.pe/bitstream/123456789/375/1/TOMAIRO%20CHOC%c3%91A%20RUB_EN%20ALEX%20-%20MANEJO%20CLINICO%20DE%20PREECLAMPSIA%20SEVERA.pdf
21. Esenarro LÁA, Serrano MLL. GUÍA TÉCNICA PARA LA VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA DE LA GESTANTE. Lima; 2019.
22. Tena Alavez G, editor. Ginecología y obstetricia. México, D.F.: Editorial Alfil; 2013.
23. Cabero i Roura L. Tratado de ginecología y obstetricia. Segunda edición. Madrid: Médica Panamericana; 2013.
24. Suazo-Flores D, Saez-Carrillo K, Cid-Aguayo M, Suazo-Flores D, Saez-Carrillo K, Cid-Aguayo M. Relación entre características sociodemográficas, obstétricas y psicosociales con el desenlace del parto prematuro en un hospital de alta complejidad. Rev Chil Obstet Ginecol. octubre de 2021;86(5):444-54.

24. MIINISTERO DE SALUD. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna N° 105. Lima, 2013.
26. Abanto-Bojorquez D, Soto-Tarazona A, Abanto-Bojorquez D, Soto-Tarazona A. Infección del tracto urinario y amenaza de parto pretérmino en gestantes adolescentes de un hospital Peruano. Rev Fac Med Humana. julio de 2020;20(3):419-24.
27. Metodología de la investigación científica El sentido crítico, ante todo con uno mismo. Puno: Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú; 2022.
28. Arias J. Metodología de la investigación: El método ARIAS para desarrollar un proyecto de tesis. Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú; 2022.
29. Hernández Sampieri R, Fernández-Collado CF. Metodología de la investigación. Sexta edición. Baptista Lucio P, editor. México D.F.: McGraw-Hill Education; 2014.
30. WMA - The World Medical Association-Código Internacional de Ética Médica de la AMM [Internet]. [citado 12 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/codigo-internacional-de-etica-medica/>
31. The World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Finlandia: WMA. 2017. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-laamm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
32. Escobar-Padilla B, Gordillo-Lara LD, Martínez-Puon H. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. Rev Médica Inst Mex Seguro Soc. 15 de agosto de 2017;55(4):424-8.
33. Rizo Baeza J. Edad y origen de la madre como factores de riesgo de prematuridad [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. Universitat d'Alacant / Universidad de Alicante; 2013 [citado 15 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=63615>
34. López Véliz MJ. Edad materna extrema como factor de riesgo para parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2017. Univ Nac Mayor San Marcos [Internet]. 2018 [citado 15 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/9382>
35. Orbegoso Portocarrero Z. Infección del tracto urinario como factor de riesgo asociado al desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes que acuden al Hospital Nacional Hipólito Unánue, entre Julio y Setiembre del 2015. Univ Ricardo Palma [Internet]. 2016 [citado 16 de agosto de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/570>
36. Torres M. Factores predisponentes para el desarrollo de partos prematuros en el segundo trimestre de gestación en mujeres primigestas de 17 a 25 años [Internet] [Thesis]. Universidad ISALUD; 2023 [citado 17 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/123456789/590>
37. Yumbato Taminche ZC, Santillán Valderrama AA. Factores asociados a prematuridad en gestantes atendidas en el hospital regional de Loreto, 2021. 22 de noviembre de 2022 [citado 17 de marzo de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/2234>

38. Ortiz Ramírez NF. Parto pretermino: Detección y prevención de factores de riesgo. 2015 [citado 17 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/handle/11158/437>
39. Rita E, Torres M. Factores asociados a la prematuridad en Pinar del Río año 2023. En: PRiSalud2024 [Internet]. 2023 [citado 18 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://eventosapspr.sld.cu/index.php/apspr/2024/paper/view/160>
40. Garay Salazar ER. FACTORES MATERNOS RELACIONADOS CON LA PREMATURIDAD, SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO 2018. Univ Huánuco [Internet]. 2018 [citado 18 de marzo de 2024]; Disponible en: <http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/1547>
41. Santaya Morón PA. FACTORES DE RIESGO MATERNOS QUE INFLUYEN EN LA PREMATURIDAD DE LOS RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO, 2015. Univ Huánuco [Internet]. 2016 [citado 18 de marzo de 2024]; Disponible en: <http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/116>
42. Alvarado Vargas AC. Factores de riesgo maternos y prematuridad servicio de neonatología H.R.D.C. 2016. Univ Nac Cajamarca [Internet]. 2018 [citado 17 de marzo de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/2285>

ANEXOS

ANEXO 01: INSTRUMENTO



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



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE FACTORES DE RIESGO MATERNOS Y AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO.

N° de Ficha:

N° HCL

Mediante la presente ficha de recolección de datos, se pretende determinar la relación que existe entre los factores de riesgo maternos y la amenaza de parto pretérmino en el Hospital Simón Bolívar. Cajamarca, 2022-2023.

INSTRUCCIONES: marcar dentro del paréntesis, según los datos registrados en la historia clínica:

DATOS DE LOS FACTORES MATERNOS:

1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

EDAD:

a) Adolescentes (12-17) () b) Joven (18-29) () c) Adulta (30 a más) ()

ESTADO CIVIL:

a) Soltera () b) Casada () c) Conviviente ()

OCUPACIÓN:

a) Ama de casa () b) Estudiante ()
c) Trabajadora Independiente (Comerciante, empleada, etc.) ()
d) Trabajadora del sector público o privado ()

PROCEDENCIA:

a) Rural () b) Urbana () c) Periurbana ()

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

a) Sin instrucción () b) Primaria () c) Secundaria () d) Superior ()

2. FACTORES OBSTÉTRICOS

IMG PG

- a) Delgadez ($< 18,5$) () b) Normal ($\geq 18,5$ y $< 25,0$) ()
c) Sobrepeso ($25,0$ y $< 30,0$) () d) Obesidad ($\geq 30,0$) ()

PARIDAD:

- a) Multípara () b) Nulípara ()

CONTROLES PRENATALES:

- a) Ningún CPN () b) < 6 CPN c) ≥ 6 CPN ()

ANTECEDENTES DE ABORTO:

- a) Sí () b) No ()

ANTECEDENTES DE PARTO PRETÉRMINO:

- a) Sí () b) No ()

PERIODO INTERGENÉSICO:

- a) < 2 años () b) >5 años () c) 2-5 años () d) No aplica ()

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO:

- a) Sí () b) No ()

INFECCIÓN VAGINAL:

- a) Sí () b) No ()

DATOS DE LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO:

AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO:

- a) 22 - 27.6 semanas de gestación ()
b) 28 - 31.6 semanas de gestación ()
c) 32 - 36.6 semanas de gestación ()

ANEXO 02: CARTILLA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

EXPERTO 1:



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 participación 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	Manuel Jesus Juvenal de Torres
2. PROFESIÓN	Obstetricia
TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	Doctor
ESPECIALIDAD	Gestión en Salud
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	3.5 años
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	Hospital Regional de Cajamarca
CARGO	Obstetrica Docente

3. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: FACTORES MATERNO ASOCIADOS A AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES. HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR. CAJAMARCA, 2022, 2023.

4. NOMBRE DEL TESISISTA: RODRÍGUEZ MALAVER GABY JOHANA

5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN: Determinar la asociación de los principales factores maternos con la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Simón Bolívar, 2022-2023.

6. DETALLE DEL INSTRUMENTO: El instrumento utilizado será la ficha de recolección de datos, el cual ha sido elaborado por el investigador cumpliendo con los objetivos de la investigación, teniendo en cuenta un conjunto de ítems con respecto a las variables que están sujetas a medición. El instrumento está estructurado en 3 partes:
 I Parte: Factores de riesgo maternos, se tomará en cuenta los datos de la historia clínica que a continuación se describe: Edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, IMG PG, paridad, Controles prenatales, antecedentes de aborto, antecedentes de parto pretérmino, periodo intergenésico, infección del tracto urinario, Infección Urinaria.
 III Parte: Amenaza de parto pretérmino, se considerará la edad gestación gestacional de la siguiente manera: < 28 semanas de gestación, de 28 a < 32 semanas de gestación y de 32 a < 37 semanas de gestación.

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.

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	✓		✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		✓		✓		
9	✓		✓		✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		✓		✓		
11	✓		✓		✓		✓		✓		
12	✓		✓		✓		✓		✓		
13	✓		✓		✓		✓		✓		

Aspectos Generales	SI	No	*****
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario	✓		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación	✓		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial	✓		
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir	✓		
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: 19/01/2024	Firma: 	E mail: mituamuni@uc.edu.pe	Teléfono: 776 225 370
Elaborado por Cerral Y (2009)			

EXPERTO 2:



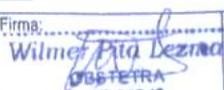
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



CARTILLA DE VALIDACION DE CONTENIDO POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participación 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	WILMER PITA LOZMA											
2.	PROFESIÓN	OBSTETRA											
	TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	MAGISTER											
	ESPECIALIDAD	GESTIÓN Y GERENCIA EN SERVICIO, DQ SALUD											
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	23 años											
	INSTITUCIÓN DONDE LABORA	Hospital Simón Bolívar											
	CARGO												
3.	TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: FACTORES DE RIESGO MATERNO Y AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES. HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR, 2022-2023.												
4.	NOMBRE DEL TESISISTA: RODRÍGUEZ MALAVER GABY JOHANA												
5.	OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	Determinar la relación entre los factores de riesgo maternos y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Simón Bolívar 2022-2023											
6.	<p>DETALLE DEL INSTRUMENTO: El instrumento utilizado será la ficha de recolección de datos, el cual ha sido elaborado por el investigador cumpliendo con los objetivos de la investigación, teniendo en cuenta un conjunto de ítems con respecto a las variables que están sujetas a medición.</p> <p>El instrumento está estructurado en 3 partes:</p> <p>I Parte: Características Sociodemográficas; se considerará los siguientes ítems: edad, estado civil, ocupación, grado de instrucción, y procedencia.</p> <p>II Parte: Factores de riesgo maternos; se tomará en cuenta los datos de la historia clínica que a continuación se describe: Edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, IMG PG, paridad, Controles prenatales, antecedentes de aborto, antecedentes de parto pretérmino, periodo intergenésico, infección del tracto urinario, Vaginosis bacteriana.</p> <p>III Parte: Amenaza de parto pretérmino; se considerará la edad gestación gestacional de la siguiente manera: < de 28 semanas de gestación, de 28 a < 32 semanas de gestación y de 32 a < 37 semanas de gestación.</p> <p>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.</p>												
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)		
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No			
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*****		
2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
III	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*****		
Aspectos Generales										Sí	No		
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario											<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación											<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial											<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JUIICIO 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	Firma:	E mail:	Teléfono:		
17/10/2023	 Wilmer Pita Beza OBSTETRA COP 22342	wpita@unc.edu.pe	970673648		
Elaborado por Corral Y (2009)					

EXPERTO 3:



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 participación 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 Irma Ujía Dujal										
2	PROFESIÓN	Obstetra										
	TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	Magister										
	ESPECIALIDAD	Salud Pública										
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	30 años										
	INSTITUCIÓN DONDE LABORA	Hospital Simón Bolívar										
	CARGO	Obstetra asistente - docencia universitaria										
3. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: FACTORES DE RIESGO MATERNO Y AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES. HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR, 2022-2023.												
4. NOMBRE DEL TESISISTA: RODRÍGUEZ MALAVER GABY JOHANA												
5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN					Determinar la relación entre los factores de riesgo maternos y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Simón Bolívar, 2022-2023.							
6. DETALLE DEL INSTRUMENTO: El instrumento utilizado será la ficha de recolección de datos, el cual ha sido elaborado por el investigador cumpliendo con los objetivos de la investigación, teniendo en cuenta un conjunto de ítems con respecto a las variables que están sujetas a medición. El instrumento está estructurado en 3 partes: I Parte: Características Sociodemográficas; se considerará los siguientes ítems: edad, estado civil, ocupación, grado de instrucción, y procedencia. II Parte: Factores de riesgo maternos; se tomará en cuenta los datos de la historia clínica que a continuación se describe: Edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, IMG PG, paridad, Controles prenatales, antecedentes de aborto, antecedentes de parto pretérmino, periodo intergenésico, infección del tracto urinario, Vaginosis bacteriana. III Parte: Amenaza de parto pretérmino; se considerará la edad gestación gestacional de la siguiente manera: < 28 semanas de gestación, de 28 a < 32 semanas de gestación y de 32 a < 37 semanas de gestación.												
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.												
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)	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No		
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*****	
2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
III	Aspectos Generales								Sí	No	*****	
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario.										<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación										<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial										<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir		<input checked="" type="checkbox"/>	
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: 18-10-23	Firma:  María Irma Vigo Aguilar C.C.P. 4765	E mail: Vigai2@hotmail.com	Teléfono: 969002675
Elaborado por Corral Y (2) ESP. OBSTETRICIA DE ALTO RIESGO RENOC: N° 3887-E-01-7			

ANEXO 03: SOLICITUD

“AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO”

Cajamarca, 30 de agosto del 2023

SOLICITO: PERMISO PARA ACCESO A HISTORIAS CLINICAS DE LA OFICINA DE ARCHIVO DEL HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR II -E.

DOCTOR:

YOEL SÁNCHEZ MOSQUEIRA

DIRECTOR DEL HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR

Yo, Gaby Johana Rodríguez Malaver, con DNI 75524592, domiciliado en Av. Tahuantinsuyo N° 413 de la provincia de Cajamarca, ex alumna de la Universidad Nacional de Cajamarca, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que me encuentro realizando mi **Proyecto de investigación de tesis**, de pregrado, y para su ejecución requiere la revisión de historias clínicas del archivo del Hospital Simón Bolívar II- E, en tal sentido, solicito a usted que mediante su autorización se me permita el acceso a las historias clínicas cuyo diagnóstico de las pacientes sea Amenaza de parto pretérmino desde el 1 de enero del año 2022 hasta el 30 de abril del año 2022 del archivo del Hospital, para ejecutar dicho proyecto.

Por lo expuesto, ruego a usted que acceda a mi petición, por ser de justicia.

Atentamente:



GABY JOHANA RODRÍGUEZ MALAVER

DNI: 75524592

ANEXO 04: RESPUESTA A SOLUCITUD DE PERMISO



Gobierno Regional De Cajamarca
Dirección Regional de Salud Cajamarca
Red Integrada De Salud Cajamarca
Hospital "Simón Bolívar"
Oficina de Recursos Humanos



"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

Cajamarca, 08 de octubre del 2023

Carta N° 23-2023-GR.CAJ/DRSC/RED.CAJ/HII-E.S. B/RR.HH.

Srta:

GABY JOHANA RODRÍGUEZ MALAVER
ALUMNA DE LA UNIVERSIDAD

PRESENTE.

Es grato dirigirme a usted, para saludarla cordialmente, a su vez, en virtud al Oficio N 1604-2023-GR.CAJ/DRSC/RED.CAJ/D/DGS., en la cual, la Red Integrada de Salud Cajamarca **AUTORIZA** y brinda las facilidades, para el acceso a las Historias Clínicas de nuestro nosocomio, a fin de realizar su proyecto de investigación "Factores Obstétricos y Amenaza de Parto Prétermo en Gestantes en el Hospital II-Simón Bolívar, 2022 y 2023, para lo cual deberá firmar la Declaración Jurada de Conformidad de la información de nuestra institución y privacidad de los pacientes.

Sin otro particular no sin antes reiterarle mi saludo.

Atentamente.



[Firma]
Dba. Nancy Yane Cruzado Salazar
JEFE RECURSOS HUMANOS
HOSPITAL I.I.E. SIMÓN BOLÍVAR

NYCB/madh
CC: Archivo
Folio: 01

"Nuestra Atención, con Calidad y Buen Trato"
Jr. Mario Arteaga N° 500 - Cajamarca