

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



T E S I S

**Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el servicio
de neonatología del Hospital Daniel Alcides Carrión (Pasco)
2020-2021**

Para optar el título profesional de:

Médico Cirujano

Autor:

Bach. Diana Evelyng BALVIN CHACÓN

Asesora:

Mg. Luz Gloria CASTRO BERMUDEZ

Cerro de Pasco – Perú - 2023

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



T E S I S

**Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el servicio
de neonatología del Hospital Daniel Alcides Carrión (Pasco)
2020-2021**

Sustentada y aprobada ante los miembros del jurado:

**Mg. Miguel Ángel VENTURA JANAMPA
PRESIDENTE**

**Mg. Sandra Lizbeth ROJAS UBALDO
MIEMBRO**

**Mc. César Martín NAPA SÁNCHEZ
MIEMBRO**

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida y la oportunidad de estar concluyendo un sueño muy anhelado, por haber sido mi guía, proveedor y ayudador en todo tiempo; cada día me demostró su amor y hoy estoy aquí solo por su misericordia.

A mis padres Eliseo Balvin Román y Clorinda Chacón Maguiño por brindarme su amor incondicional, paciencia, esfuerzo, dedicación, entrega, por no dejarme rendir y estar en cada etapa de mi vida siendo sabios con sus consejos.

A mis Abuelitos Abraham y Reynalda, Porfirio y Estela, porque a pesar de ya no estar hoy aquí me dieron unos padres maravillosos, y sembraron en mi corazón un amor incondicional hacia mi familia. Los llevare siempre en mí.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por no haberme dejado sola en ningún momento, y haberme puesto en diferentes situaciones que sirvieron para seguir formándome como persona y profesional. A mis Padres, hermanas, cuñado y sobrino por ser mi soporte, darme su amor y ayudarme con cada objetivo que me trazaba para llegar hoy a esta meta, gracias a ellos por infundir en mi vida valentía y amor. A todas las personas que de alguna forma fueron parte de todos estos años de aprendizaje; Médicos, pacientes, colegas, amigos, gracias por ser parte de este sueño.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo general determinar cuáles son los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2020-2021, Pasco. Fue un estudio de diseño no experimental, descriptivo-observacional y retrospectivo. El instrumento de investigación fue la histórica clínica perinatal y la ficha de registro de datos. La muestra fue no probabilística, y la constituyeron 164 historias clínicas de recién nacidos pretérmino atendidos en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Los resultados que se obtuvieron fueron las siguientes; los factores de riesgo asociados al parto pretérmino, que guardan relación estadísticamente significativa fueron; la edad materna extrema ≤ 19 años y ≥ 35 ($p=0.020$), el Índice de masa corporal bajo ($p=0.049$), el control prenatal menor a 6 veces ($p=0.022$) y que el mayor porcentaje en los tres factores se encontraron en los pretérminos tardíos. En relación a los antecedentes obstétricos el único que fue un factor asociado al parto pretérmino es la Paridad mayor 3 ($p=0.037$), y que el mayor porcentaje (35.4%) se encontraron en los pretérmino tardíos. En relación a las complicaciones maternas que estuvieron asociadas con el parto pretérmino, ellas fueron la Infección del tracto urinario ($p=0.024$) y la Anemia materna ($p=0.020$), siendo en ambos que el mayor porcentaje se encontraron en los pretérmino tardíos. En relación a las complicaciones fetales, éstas no estuvieron asociadas con el parto pretérmino, ellas fueron la gestación Múltiple, el Polihidramnios y el Oligoamnios. Conclusiones: La edad Materna, IMC bajo, el control prenatal menor a 6, la paridad mayor a 3, la infección del tracto urinario y la anemia materna, fueron factores asociados al parto Pretérmino.

Palabras Clave: Parto Pretérmino, Edad materna, Índice de masa corporal, Control Prenatal, antecedentes obstétricos, complicaciones maternas y complicaciones fetales.

ABSTRACT

The general objective of this study was to determine the risk factors associated with preterm birth at the Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión in the year 2020-2021, Pasco. It was a non-experimental, descriptive-observational and retrospective study. The research instrument was the perinatal clinical history and the data registration form. The sample was non-probabilistic and consisted of 164 clinical histories of preterm newborns attended at the Daniel Alcides Carrión National Hospital. The results obtained were the following; the risk factors associated with preterm delivery, which are statistically significant were; extreme maternal age ≤ 19 years and ≥ 35 ($p=0.020$), low Body Mass Index ($p=0.049$), prenatal control less than 6 times ($p=0.022$) and that the highest percentage in the three factors were found in late preterm babies. In relation to obstetric history, the only factor associated with preterm delivery was Parity greater than 3 ($p=0.037$), and the highest percentage (35.4%) was found in late preterm. In relation to maternal complications that were associated with preterm delivery, they were urinary tract infection ($p=0.024$) and maternal anemia ($p=0.020$), and in both cases the highest percentage was found in late preterm. In relation to fetal complications, these were not associated with preterm delivery, they were Multiple gestation, Polyhydramnios and Oligohydramnios. Conclusions: Maternal age, low BMI, prenatal control less than 6, parity greater than 3, urinary tract infection and maternal anemia were factors associated with preterm delivery.

Keywords: Preterm delivery, maternal age, body mass index, prenatal control, obstetric history, maternal complications and fetal complications.

INTRODUCCIÓN

En el mundo el parto pretérmino es considerado un problema de salud pública, se estima que nacen 15 millones de bebés prematuros cada año y es la principal causa de muerte en recién nacidos de menos de 28 días de edad. Muchos recién nacidos pretérminos, que sobrevivieron sufren una discapacidad de por vida, incluidos problemas visuales, problemas auditivos y discapacidades de aprendizaje (1)

Así también, se ha informado que las tasas de parto prematuro se encuentran entre el 5 % y el 7 % de los nacidos vivos en algunos países desarrollados, pero se estima que son más altas en los países en vías de desarrollo. Beck menciona que “el parto prematuro es un problema de salud perinatal importante en todo el mundo” (2)

A Nivel nacional, en el Perú según los datos brindados por la Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI) del Minsa, en el año 2021 se reportaron 31 688 (6.85 %) de los recién nacidos fueron prematuros. La primera causa de defunción neonatal en el Perú en el año 2021 fue la relacionada a la prematuridad con un 27%. En los últimos reportes que se tienen en Perú, se ve un ligero aumento, ya que de enero a octubre del 2022 se reportaron 27 383 nacimientos prematuros, lo que representa un incremento de 0.10% en comparación con el mismo periodo del 2021. (3)

Por lo señalado, esta tesis de investigación tuvo el propósito de investigar los factores de riesgo asociados a parto pretérmino, de los recién nacidos atendidos en el servicio de neonatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Por lo cual, la investigación cuenta con 4 capítulos, que son:

Capítulo I: Se identifica el problema de investigación de esta tesis, se formula los objetivos, la justificación y limitaciones del estudio.

Capítulo II: Se brinda el marco teórico del estudio; como los antecedentes de estudio, las bases teóricas- científicas, la hipótesis, las variables y su definición operacional.

Capítulo III: Se describe la metodología, diseño, población y muestra, técnicas e instrumentos de registro de datos, tratamiento estadístico y la orientación ética.

Capítulo IV: Se presenta el análisis e interpretación de los resultados, discusión, las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

La autora.

ÍNDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
ÍNDICE	

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.	Identificación y determinación del problema.....	1
1.2.	Delimitación de la investigación.....	3
1.3.	Formulación del problema.....	3
	1.3.1. Problema general:.....	3
	1.3.2. Problemas específicos.....	3
1.4.	Formulación de objetivos.....	4
	1.4.1. Objetivo general.....	4
	1.4.2. Objetivos específicos.....	4
1.5.	Justificación de la investigación.....	4
1.6.	Limitaciones de la investigación.....	6

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.	Antecedentes de estudio.....	7
2.2.	Bases teóricas - científicas.....	12
2.3.	Definición de términos básicos.....	22
2.4.	Formulación de hipótesis.....	22
	2.4.1. Hipótesis General.....	22
	2.4.2. Hipótesis Específica.....	22
2.5.	Identificación de variables.....	23

- 2.6. Definición operacional de variables e indicadores; **Error! Marcador no definido.**

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1.	Tipo de investigación.....	27
3.2.	Nivel de Investigación	27
3.3.	Métodos de investigación	27
3.4.	Diseño de Investigación	28
3.5.	Población y muestra.....	28
3.6.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	29
3.7.	Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación.....	29
3.8.	Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	29
3.9.	Tratamiento estadístico	30
3.10.	Orientación ética filosófica y epistémica.	30

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1.	Descripción del trabajo de campo	31
4.2.	Presentación, análisis e interpretación de resultados	32
4.3.	Prueba de Hipótesis	54
4.4.	Discusión de resultados	62

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de frecuencia de la clasificación del recién nacido pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021.	32
Tabla 2. Distribución de frecuencia de las características del recién nacido pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021.	33
Tabla 3. Distribución de frecuencias según la edad materna en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021.....	34
Tabla 4. Distribución de frecuencias según índice de masa corporal bajo en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021.....	35
Tabla 5. Distribución de frecuencias según inadecuado número prenatal en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020 - 2021.....	36
Tabla 6. Distribución de frecuencias según periodo intergenésico cortó en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021.....	38
Tabla 7. Distribución de frecuencias según antecedente de aborto en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020 - 2021.....	39
Tabla 8. Distribución de frecuencias según paridad (≥ 3) en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020 - 2021	40
Tabla 9. Distribución de frecuencias según antecedente de parto pretérmino en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020 - 2021	42

Tabla 10. Distribución de frecuencias según infección del tracto urinario en gestantes en relación al parto pretérmino en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020 - 2021.	43
Tabla 11. Distribución de frecuencias según anemia materna en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021.....	44
Tabla 12. Distribución de frecuencias según corioamnionitis en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021.....	46
Tabla 13. Distribución de frecuencia según ruptura prematura de membranas en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021.	47
Tabla 14. Distribución de frecuencia según hemorragia de la segunda mitad del embarazo relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021	48
Tabla 15. Distribución de frecuencias según embarazo múltiple en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021.....	50
Tabla 16. Distribución de frecuencias según polihidramnios en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021.....	51
Tabla 17. Distribución de frecuencias según oligohidramnios en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020 - 2021.....	52
Tabla 18. Prueba De normalidad de kolmogorov- smirnov de los factores asociados al parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021	54

Tabla 19. Estadístico de contrastación de la edad materna extrema y el parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021	55
Tabla 20. Estadístico de intensidad de asociación de la edad materna extrema y el parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021	55
Tabla 21. Estadístico de contrastación del índice de masa corporal bajo y el parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021	56
Tabla 22. Estadístico de intensidad de asociación del índice de masa corporal bajo y el parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021	57
Tabla 23. Estadístico de contrastación del control prenatal menor a 6 y el parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021	58
Tabla 24. Estadístico de intensidad de asociación del control prenatal menor a 6 y el parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021	58
Tabla 25. Estadístico de contrastación del los antecedentes obstétricos y el parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021	59
Tabla 26. Estadístico de intensidad de asociación los antecedentes obstétricos (paridad) y el parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021	59
Tabla 27. Estadístico de contrastación del las complicaciones maternas y el parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021	60

Tabla 28. Estadístico de intensidad de asociación las complicaciones maternas y el parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021	61
Tabla 29. Estadístico de contrastación del las complicaciones fetales y el parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021	62

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Clasificación del Recién Nacido Pretérmino atendidos en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020 - 2021.	32
Gráfico 2. Edad Materna en relación al Parto Pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020 - 2021.	35
Gráfico 3. Índice De Masa Corporal Bajo al inicio del embarazo en relación al Parto Pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020 - 2021.....	36
Gráfico 4. Control Prenatal Menor a 6 en relación al Parto Pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020 - 2021. .	37
Gráfico 5. Periodo Intergenésico Corto en relación al Parto Pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021. ..	39
Gráfico 6. Antecedente de Aborto en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020 - 2021 ..	40
Gráfico 7. Paridad Mayor a 3 en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020 - 2021	41
Gráfico 8. Antecedente de parto pretérmino en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020 - 2021	43
Gráfico 9. Infección del tracto urinario en gestantes en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021.	44
Gráfico 10. Anemia Materna en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021.	45
Gráfico 11. Corioamnionitis en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021.	46

Gráfico 12. Ruptura Prematura de Membranas en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021.	48
Gráfico 13. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021.	49
Gráfico 14. Embarazo Múltiple en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021	51
Gráfico 15. Polihidramnios en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020 - 2021.	52

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Identificación y determinación del problema

La prematuridad afecta el curso de vida de todo ser humano y es un problema de salud pública, en el mundo, se estima que nacen 15 millones de bebés prematuros cada año, eso es más de 1 recién nacido por cada 10 recién nacidos. Debemos tener en cuenta que la principal causa de muerte en recién nacidos de menos de 28 días de edad es el parto prematuro, con más de un millón de recién nacidos prematuros que mueren cada año. Muchos recién nacidos sobrevivientes sufren una discapacidad de por vida, incluidas problemas visuales, problemas auditivos y discapacidades de aprendizaje. La tasa de nacimiento prematuro está en incremento de manera alarmante, en casi todos los países con datos confiables. (4)

Es por ello que el parto prematuro es un importante problema de salud perinatal, que favorece a incrementar el riesgo de mortalidad de los niños menores de 5 años de forma directa, representando el 18 % de todas las muertes entre los niños menores de 5 años. El parto prematuro también incrementa la mortalidad materna de forma indirecta (5)

Hay variaciones significativas en las tasas de parto prematuro y mortalidad entre países y dentro de los países. Sin embargo, la carga de nacimientos prematuros es particularmente alta en los países de ingresos bajos y medianos.

En el Perú, según los datos brindados por la Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI) del Minsa, en el año 2021 se reportaron 31 688 (6.85 %) de los recién nacidos fueron prematuros, siendo las regiones que se encuentran por encima del promedio nacional, las siguientes: Lima Callao, Áncash, Piura, Tumbes, Amazonas, Lambayeque y Ucayali. Así también, se reportaron 29 904 (6.46%) recién nacidos con bajo peso al nacer. Las regiones que se encuentran por encima del promedio nacional son: Cajamarca, Pasco, Huancavelica, San Martín, Huánuco, Lima Centro, Loreto, Ucayali, Junín, Áncash, Amazonas, Piura, Ayacucho, La Libertad, Puno y Tumbes. El bajo peso al nacer, junto con la prematuridad, es el principal factor predictivo asociado a la mortalidad del recién nacido. La principal causa de muerte neonatal en el Perú en el año 2021 fue la asociada a la prematuridad con un 27.21 %. Respecto a las características de defunción por peso, el 68.74 % de muertes lo constituyen los recién nacidos de bajo peso. Hasta la fecha en los últimos reportes que se tienen en Perú, se ve un ligero aumento en lo que va del año. Durante el 2022, de enero a octubre se reportaron 27 383 nacimientos prematuros, lo que representa un incremento de 0.10 % en comparación con el mismo periodo del 2021. Los recién nacidos prematuros representaron durante ese período el 6.89 % del total de nacidos vivos, mientras que entre enero y octubre del 2021 fueron el 6.79 %. (6)

Se considera que la prematuridad es un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad infantil en todo el mundo, constituyéndose así como uno de los problemas más importantes de la salud pública a nivel mundial. (6)

Por lo detallado anteriormente, nos permitió realizar la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el 2020-2021? Es importante poder

determinar esto porque las repercusiones que se dan en el recién nacido tienden a afectar la calidad de vida del recién nacido, conociendo los factores de riesgo asociados a prematuridad en nuestra realidad, este nos permita mejorar las intervenciones sanitarias para enfrentar el problema de mortalidad neonatal, y así contribuir a la disminución de la aun alta tasa de mortalidad y morbilidad neonatal existentes.

1.2. Delimitación de la investigación

a. Delimitación Espacial

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión.

b. Delimitación Temporal

La información que se considera como base de datos se recopiló de las historias clínicas pertenecientes a los recién nacidos pretérmino durante los años 2020 y 2021.

c. Delimitación de Universo

La unidad de análisis fueron los recién nacidos pretérmino en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión.

d. Delimitación de Contenido

Se limitó al estudio de la relación entre los factores de riesgo y parto pretérmino.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema General:

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el 2020-2021?

1.3.2. Problemas Específicos

- ¿Existe relación entre las edades extremas maternas y el parto pretérmino?

- ¿El Índice de Masa Corporal bajo es factor de riesgo para parto pretérmino?
- ¿Existe relación entre el control prenatal menor a 6 y el parto pretérmino?
- ¿Cuál es la relación entre antecedentes obstétricos con el parto pretérmino?
- ¿Las complicaciones maternas son factores de riesgo para parto pretérmino?
- ¿Cuál es la relación entre las complicaciones fetales y el parto pretérmino?

1.4. Formulación de objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar cuáles son los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2020-2021, Pasco.

1.4.2. Objetivos específicos:

- Identificar si las edades extremas son factores de riesgo para parto pretérmino.
- Determinar si el Índice de Masa Corporal bajo es factor de riesgo para parto pretérmino
- Identificar si el control prenatal menor a 6 es factor de riesgo para parto pretérmino.
- Identificar si los antecedentes obstétricos son factores de riesgo para parto pretérmino
- Determinar si las complicaciones maternas son factores de riesgo para parto pretérmino.
- Determinar si las complicaciones fetales son factores de riesgo para parto pretérmino.

1.5. Justificación de la investigación

La justificación se definió siguiendo los siguientes criterios:

- **Criterio de conveniencia:** Es conveniente este trabajo debido a que contribuirá a determinar cuáles son los factores asociados al parto pretérmino, para poder actuar sobre ellos y prevenirlos, ya que el parto

prematureo tiene efectos para toda la vida, como el aumento del riesgo para parálisis cerebral, trastornos visuales, problemas de aprendizaje, y un aumento del riesgo de enfermedades crónicas en la adultez, entre otros (7).

- **Criterio de Relevancia Social:** Actualmente, diversos factores de riesgo han sido identificados, como el antecedente de parto prematuro, la preeclampsia, las infecciones genitales, la edad materna avanzada, un IMC bajo de la madre, los embarazos múltiples, primiparidad, tabaquismo, la obesidad, entre otros. Ya que son diversos los factores que desencadenan un parto pretérmino, y estos varían de acuerdo a la población y al tiempo; es por ello que este trabajo nos permitirá conocer cuales predominan en nuestra población de estudio y cuál de ellos es el que se presenta con mayor frecuencia, para establecer las medidas preventivas adecuadas.
- **Criterio de implicaciones prácticas:** También es importante tener en cuenta que el costo económico de parto prematuro es alta en términos de atención neonatal, cuidado de la salud y necesidades educativas, con numerosas familias que sufren la pérdida súbita de un bebé prematuro o una estancia en el hospital estresante, a veces por muchos meses (8). Es por ello que este trabajo beneficiaría a reducir estos gastos ya que al conocer cuáles son los factores de riesgo asociados al parto pretérmino, se podrían prevenir y evitarlos.
- **Criterio de valor teórico:** El presente estudio se establecerá en antecedente metodológico para futuras investigaciones que deseen replicar, corroborar o ampliar los resultados alcanzados. Por lo tanto, es importante determinar cuáles son los factores de riesgo de parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión, con un reconocimiento oportuno que nos ayuden a identificar a este grupo de pacientes, junto con el desarrollo de estrategias multisectoriales de afrontamiento adecuadas para enfrentar este importante problema de Salud Pública.

1.6. Limitaciones de la investigación

- El Estudio no abarco todos los Hospitales de la Región de Pasco, solo el Hospital Público de la Provincia de Pasco.
- El tiempo de recolección de datos fue el mayor del esperado, por la demora para la autorización de recolección de datos.
- El acceso a las historias clínicas fue restringida, y de acceso difícil ya que se encuentran almacenadas en cajas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio

2.1.1. Antecedentes internacionales

- a) Abdifetah Ibrahim Omar et al. (9) (África, 2022)** este estudio titulado “Maternal Risk Factors Associated with Preterm Births among Pregnant Women in Mogadishu, Somalia”, tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo maternos relacionados con los nacimientos prematuros en Mogadishu, los resultados más importantes fueron que un historial previo de parto prematuro y preeclampsia, complicaciones obstétricas, aumentó significativamente el riesgo de partos prematuros. Se concluyó que la utilización de los servicios de atención prenatal, el uso de un partograma, las complicaciones obstétricas y los antecedentes previos de parto prematuro y preeclampsia tuvieron un efecto en las tasas de parto prematuro.
- b) Agustín Díaz-Rodríguez et al. (10) (República Dominicana, 2020)** estudio titulado “Risk factors associated with preterm birth in the Dominican Republic: a case-control study” fue desarrollado con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados con el parto prematuro y determinar la prevalencia de partos prematuros en República Dominicana. Los resultados que obtuvieron fueron que la edad materna mayor de 35 años, el parto

pretérmino previo, los antecedentes familiares de parto pretérmino y la ruptura prematura de membranas fueron factores de riesgo independientes para el parto pretérmino. Por otro lado, fueron factores protectores para el parto prematuro, el aumento de peso durante el embarazo, la adolescencia, y las consultas prenatales. Se concluyó que la edad materna mayor de 35 años, los antecedentes familiares de parto pretérmino, el parto pretérmino previo y la ruptura prematura de membranas fueron factores de riesgo independientes para el parto pretérmino.

- c) **Guevara** (11) (Ecuador, 2015) esta tesis titulada “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de Guaranda,” tuvo como objetivo de determinar los factores de riesgo asociados a parto pretérmino. Fue un estudio de diseño retrospectivo, de un total de 3090 historias clínicas de pacientes, 192 fueron amenazas de parto pretérmino desde el periodo 2013- hasta marzo 2015. Dentro de los resultados que se obtuvieron fueron que las gestantes con mayor riesgo de parto pretérmino son las de edad < 20 años (46.87%), zona rural (67.19%), escolaridad secundaria (40.62%) y nulípara (62.50%). Se concluyó que las gestantes con mayor riesgo de parto pretérmino son las nulíparas, de edad <20 años, zona rural, escolaridad secundaria, las patologías maternas y obstétricas que incrementan el riesgo de parto pretérmino son la preeclampsia y las infecciones de vías urinarias, con los porcentajes más altos, lo más importante es que estas patologías pueden diagnosticarse y tratarse en la atención prenatal.
- d) **Rodríguez S, et al.** (12) (México, 2013) esa investigación tuvo como título “Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles” fue un estudio de casos y controles, donde buscaban identificar los factores que intervienen en la prematuridad de los nacidos en un Hospital de Ginecoobstetricia de Monterrey. La muestra estuvo formada por 600

controles y 300 casos. Como resultado se obtuvo en el grupo de casos la prevalencia de la edad materna mayor de 35 años (14.6%), placenta previa (9.3%) e infecciones urinarias (46%). La asociación de factores como la ruptura prematura de membranas y procesos infecciosos fue más significativa con cervicovaginitis (76%). Se concluyó que de los factores de riesgo asociados con recién nacido prematuro resaltó la atención prenatal deficiente y la coexistencia de dos o más factores de riesgo

2.1.2 A nivel Nacional

- a) Ayala Peralta et al. (13)** (Lima, 2021) este estudio titulado “Factores de riesgo para parto pretérmino idiopático según prematuridad” realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal, tuvo como objetivo evaluar los factores de riesgo para parto pretérmino (PP) idiopático según prematuridad. Fu un estudio observacional de corte longitudinal, con 218 participantes. Cuyos resultados fueron cérvix corto (OR=5.9), obesidad materna (OR=5.7), antecedente de parto pretérmino (OR=5.5), edad materna avanzada (OR=2.5), antecedente de cesárea previa (OR=2.0), periodo intergenésico corto (OR=1.7), periodo intergenésico largo (OR=1.4) y primiparidad (OR=1.0). Se concluyó que los factores de riesgo asociados para parto pretérmino idiopático son longitud cervical corta, edad materna avanzada, periodo intergenésico corto, obesidad materna, antecedente de parto pretérmino, antecedente de cesárea previa, periodo intergenésico largo y primiparidad.
- b) Toro-Huamanchumo et al. (14)** (Trujillo, 2021) este estudio titulado “Factores maternos asociados a prematuridad en gestantes de un hospital público de Trujillo, Perú” tuvo por objetivo Identificar los factores maternos asociados a prematuridad un hospital público de Trujillo, e realizó un estudio de tipo caso-control retrospectivo en 2000 recién nacidos vivos de un hospital público, En los resultados se demostró que el número de controles prenatales

menor a cuatro durante la gestación, está asociado a prematuridad (OR 2,65; IC95%: 2,21-3,18). La ausencia de una ITU (OR 0,73; IC95%: 0,56-0,95), está asociado a menor riesgo de prematuridad. Se concluyó que el número de controles prenatales es un factor asociado importante para parto prematuro, mientras que la ausencia de una Infección del tracto Urinario puede estar asociada a menor tasa de partos prematuros en gestantes de riesgo.

- c) Paredes Bedoya (15) (Puno, 2019)** Esta tesis titulada “Factores de riesgo materno asociados a parto prematuro en el Hospital Regional “Manuel Nuñez Butron” – Puno, enero – diciembre 2018” cuyo objetivo fue determinar la existencia de factores de riesgo maternos asociados con el parto prematuro en el Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón” – Puno, fue un estudio de casos y control con una muestra de 85 casos y 85 controles. Dentro de los resultados que obtuvieron fueron asociados a parto pretermino el embarazo múltiple (OR=2,090), enfermedad hipertensiva del embarazo (OR=5,630), infección del tracto urinario (OR=2,821), hemorragia anteparto (OR=4,914), ruptura prematura de membranas (OR=2,803). Se concluyó que los factores de riesgo para parto prematuro fueron el embarazo múltiple, enfermedad hipertensiva del embarazo, infección del tracto urinario, hemorragia anteparto y ruptura prematura de membranas.
- d) Guadalupe S, et al. (16) (Lima, 2017)** estudio titulado “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015” fue realizado en el Hospital María auxiliadora donde se estudiaron 200 casos y 200 controles, fue un estudio descriptivo y retrospectivo, con el objetivo de identificar los factores que influyen en el parto antes de las 37 semanas de embarazo. Se obtuvieron los siguientes resultados; la edad, el estado civil, el control prenatal inadecuado, el número de paridad, la preeclampsia, la infección

del tracto urinario, y la rotura prematura de membrana tienen valor estadísticamente significativo ($p < 0.5$) y fueron factores de riesgo para parto pretérmino (OR:2.579). Se concluyó que los factores de riesgo asociados al parto pretérmino fueron la edad, la rotura prematura de membrana, el número de paridad, el control prenatal inadecuado, la preeclampsia, el estado civil y la infección del tracto urinario.

2.1.3. Antecedentes regionales

- a) Basualdo et al. (17) (Pasco, 2022)** en su tesis titulada “Factores De Riesgo Asociados A La Prematuridad En Parturientas Del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión Pasco, 2020” tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a la prematuridad en las puérperas del Hospital Daniel Alcides Carrión. Fue un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo de corte transversal desarrollado en 98 puérperas con hijos prematuros. Los resultados fueron que se tuvo frecuencias de edad extrema en el 29.6% prematuros tardíos; la talla menor de 1.5 m en el 29.6% con p valor mayor de 0.005. Entre los factores gineco – obstétricos se tuvo la multiparidad y gran multiparidad con frecuencias del 25.5%; atención prenatal inferior a 4 el 37.8%; el IMC bajo al inicio del embarazo el 23.5% en prematuros tardíos; el embarazo múltiple el 5.1%, además de la ganancia de peso bajo durante el embarazo el 31.6% en prematuros tardíos y el 9.2% prematuros moderados; los factores el antecedente de parto prematuro el 12.2%, el antecedente de aborto el 9.2% en prematuros tardíos, la infección del trato urinario y la rotura prematura de membranas tuvieron un p valor menor a 0.05. Se concluyó que los factores asociados a la prematuridad fueron antecedente de aborto, antecedente de parto pretérmino, la rotura prematura de membranas y la infección del tracto urinario.

2.2. Bases teóricas - científicas

2.2.1. Parto Pretérmino

2.2.1.1. Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) definen el parto pretérmino o prematuro al que se produce entre las semanas 22 y 36^{6/7} de gestación, es decir, entre 154 y 258 días. (18)

El Ministerio de Salud en su Guía técnica para la atención, diagnóstico y tratamiento de 10 condiciones obstétricas, define como parto pretérmino al que se produce posterior a las 22 semanas y antes de las completar las 37 semanas de embarazo. (< 259 días), concordando esta definición con otras reportadas en la literatura (19)

2.2.1.2. Clasificación

Según la edad gestacional en el momento del parto se clasifica en:

- Prematuro muy extremo: aquel recién nacido prematuro cuyo parto se produce antes de las 28 semanas de gestación. Representa el 5% de los partos pretérmino. Características: Recién nacido con dificultad para respirar y alimentarse solo, requiere estar conectado a un respirador y a un alimento intravenoso; recibe medicamentos, tiene muchos problemas de salud y tiene mayor riesgo a complicaciones en el hospital.
- Prematuro extremo: el que nace entre las 28 y 31^{6/7} semanas de gestación. Representa el 15% de los partos pretérmino. Características: Recién nacido con una respiración menos controlada y frecuente interrupciones en la misma, necesita oxígeno y debe permanecer en una incubadora para poder controlar apropiadamente la temperatura de su cuerpo. Su alimentación se da por medio de una sonda de

alimentación; se le suministra solución salina para asegurar calorías y elementos esenciales para su crecimiento.

- Prematuro moderado: el que nace entre las 32 y 33^{6/7} semanas de gestación (20% partos pretérmino). Características: Recién nacido sin los pulmones totalmente desarrollados, con dificultades para mantener una temperatura de calidad, tiene la capacidad de alimentarse solo, ya que puede tragar, respirar y agarrarse al pecho aunque se le dificulta y tiende a cansarse con facilidad.
- Prematuro tardío/leve: entre las 34.0 y 36^{6/7} semanas (60% partos pretérmino (20,21).

2.2.2. Fisiopatología del Parto Pretérmino

Existen tres componentes principales que contribuyen al trabajo de parto: contracciones uterinas persistentes, cambios cervicales y activación de la decidua y las membranas. La diferencia entre trabajo de parto a término y prematuro es que el primero ocurre a través de un proceso fisiológico normal y el segundo es patológico. Uno de los eventos clave que ocurren en el trabajo de parto prematuro que es patológico es el síndrome de respuesta inflamatoria fetal (FIRS), que implica inflamación sistémica y aumento de la interleucina-6 en plasma fetal, en respuesta a un desencadenante como la corioamnionitis. El hipotálamo fetal manda una señal que conduce a la secreción de CRH, lo que estimula la liberación de ACTH y, por lo tanto, la elaboración de cortisol por parte de las glándulas suprarrenales fetales, lo que desencadena la activación de la vía del parto. Una aglomeración de células inflamatorias en el estroma cervical conduce a la liberación de citoquinas y prostaglandinas que estimulan la maduración cervical. Estos cambios influyen en los glicosaminoglicanos y las estructuras del colágeno que forman el tejido cervical. La progesterona inhibe la degradación del colágeno mientras que el estrógeno la estimula. Por lo tanto, la progesterona se emplea para prevenir o retrasar la maduración. Ambas hormonas están

comprometidas en la regulación de la formación de uniones comunicantes y la regulación positiva de las proteínas conexina 43 que contribuyen al parto (22).

Asimismo, las contracciones son un contribuyente integral al trabajo de parto. El cambio de contracciones miométriales descoordinadas a contracciones uterinas coordinadas se atribuye al control neural. Por su parte, la oxitocina juega un papel esencial en el ritmo circadiano de estas contracciones. La degradación de la matriz extracelular se evalúa mediante la detección de fibronectina fetal en las secreciones cervicovaginales y también forma parte del proceso del parto. Cuando se detecta entre las 22 y las 37 semanas de edad gestacional, indica la interrupción de la interfaz decidual-coriónica y un mayor riesgo de parto prematuro. La evidencia implica a la apoptosis como un factor crítico que conduce al proceso anterior (22).

El parto prematuro espontáneo se considera un síndrome atribuido a múltiples procesos patológicos, entre los cuales están la sobredistensión uterina, las alteraciones vasculares, el estrés, la senescencia decidual, la insuficiencia cervical o la infección. De todas ellas, sólo la infección intraamniótica ha sido relacionada causalmente al parto prematuro espontáneo, del resto sólo hay asociaciones histológicas, clínicas o epidemiológicas (23).

2.2.3. Factores de Riesgo del Parto Pretérmino:

Como no se puede establecer un mecanismo exacto en la mayoría de los casos se plantea la existencia de factores asociados con el parto prematuro. Logrando encontrar revisiones en profundidad sobre el tema. Entre estos se incluyen los relacionados con el estado de la madre, las características personales y la edad de la madre entre otros. Se piensa que un número creciente de factores de riesgo interactúan para provocar una transición de estado de reposo uterino hacia el trabajo de parto pretérmino o ruptura prematura de membranas (24).

2.2.3.1. Parto pretérmino previo

Uno de los más importantes es la historia de parto pretérmino previo, las gestantes con historia de parto pretérmino previo tienen un riesgo incrementado de entre 1,5 y 2,5 veces más en su próxima gestación. Una revisión sistemática y meta-análisis revela que el riesgo de parto pretérmino recurrente es del 30%. (24). Específicamente, el riesgo de recurrencia debido a parto pretérmino de inicio espontáneo es del 23%, mientras que el riesgo de recurrencia debido a rotura prematura de membranas pretérmino es del 7% (25). Tanto el número de partos pretérmino previos como la edad gestacional del parto previo influyen significativamente en el riesgo de recurrencia.

2.2.3.2. Parto pretérmino gemelar previo

En mujeres embarazadas con un parto pretérmino gemelar previo, el riesgo de recurrencia en una gestación única posterior varía según la edad gestacional del parto gemelar, con un riesgo de recurrencia del 40% cuando el parto fue antes de las 30 semanas de gestación (26).

2.2.3.3. Antecedente de aborto

El antecedente de aborto durante el segundo trimestre (>16 semanas) constituye otro importante factor de riesgo de parto pretérmino. Se ha reportado que el antecedente de parto a término tras uno pretérmino previo reduce el riesgo de recurrencia del parto pretérmino en gestantes que tuvieron un aborto del segundo trimestre, pero no en aquellas que presentaron un parto \geq 24 semanas de gestación (27).

2.2.3.4. Antecedentes de dilatación cervical y legrado uterino

Los antecedentes de dilatación cervical y legrado uterino también se han asociado con un elevado riesgo de parto pretérmino en algunos estudios. La pérdida de tejido conectivo tras una cirugía cervical como la

conización o large loop excision of the transformation zone (LLETZ) se asocia a un riesgo incrementado de parto pretérmino. (28)

2.2.3.5. Embarazos múltiples

Los embarazos múltiples constituyen el 15-20% de todos los partos pretérmino. Aproximadamente el 60% de los embarazos gemelares tienen un parto antes de las 37 semanas de gestación, habiéndose descrito un riesgo hasta 9 veces mayor de parto pretérmino en embarazos gemelares en comparación con únicos. Se cree que el mecanismo causal es la sobredistensión uterina que resulta en contracciones y rotura prematura de membranas pretérmino (29).

2.2.3.6. Edad materna extrema

Es importante señalar que las mujeres embarazadas en edad extrema (menores de 20 años o mayores de 35 años) de la vida reproductiva muestran un mayor riesgo de parto prematuro. La edad materna es una variable importante en el análisis epidemiológico del parto prematuro. Ya que los estudios muestran que en edades extremas de la vida materna existe riesgo de parto prematuro, generando una alta tasa de morbilidad y mortalidad neonatal (30).

2.2.3.7. Factores socio-demográficos

Los factores de riesgo socio-demográficos para un parto pretérmino son el hábito tabáquico, bajo peso materno pregestacional y periodo intergenésico corto. Se han descrito tasas de parto pretérmino de 16-18% en gestantes de raza afroamericana y afrocaribeña, comparado con 5-9% en otros grupos raciales o étnicos. Las gestantes de asia del este e hispánicas tienen típicamente bajas tasa de parto pretérmino (31).

El período intergenésico es el espacio de tiempo que existe entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente. Un intervalo intergenésico < 18 meses se ha relacionado con una evolución perinatal

desfavorable. En las pacientes multíparas, el riesgo de presentar complicaciones tales como óbito, diabetes gestacional, labor de parto pretérmino, trastorno hipertensivo del embarazo, sufrimiento fetal agudo y bajo peso al nacer aumenta a razón de un intervalo intergenésico < 18 o > 60 meses, independientemente de otras variables como la edad (31).

2.2.3.8. Paridad

La multiparidad en los antecedentes constituye un factor importante de riesgo en la presentación del parto pretérmino teniendo un elevado porcentaje, con relación a la primigesta, debido a los antecedentes de abortos y partos prematuros (32).

2.2.3.9. Control prenatal

Un factor importante asociado al nacimiento prematuro es la poca adherencia al control prenatal (CPN), ya sea el no tener CPN o el CPN insuficiente, no permiten diagnosticar las complicaciones del embarazo y darles tratamiento oportuno, por ende podrían terminar en un nacimiento prematuro, por eso es que el CPN adecuado se ha identificado como medida protectora contra el parto prematuro. Se ha reconocido que cuando hay menos de 6 consultas prenatales es mayor la prevalencia del parto pretérmino, y que en mujeres con ausencia de controles el riesgo es mayor (33).

2.2.3.10. Ruptura prematura de membranas

La rotura prematura de membranas (RPM) se define como la pérdida de integridad de las membranas ovulares antes del inicio del trabajo de parto. Se origina antes de las 37 semanas de gestación en un 3-18% de los casos, siendo una de las importantes causas de parto pretérmino. Asumir una conducta expectante conlleva un riesgo infeccioso para la madre y el feto potencialmente peligroso. Prolongar la gestación permite alcanzar una mayor madurez fetal, con beneficios que podrían ser

decisivos para un resultado neonatal favorable. Por lo contrario, la actitud activa de finalización precoz de la gestación presenta efectos inversos: el riesgo de la prematuridad frente al beneficio de reducir la infección materno-fetal (34).

2.2.3.11. Anemia Materna

La anemia en el embarazo es uno de los problemas médicos más comunes que padecen las mujeres, se ha mostrado que si una mujer tiene anemia en algún momento de su embarazo o en los 7 días posteriores al parto tiene un mayor riesgo de morir. La anemia se presenta debido a diversos factores entre ellos están la ingesta de alimentos escasos en hierro y los factores nutricionales, así como también estrictas dietas, factores hereditarios relacionados a la hemoglobina, durante los primeros 3 meses de gestación los requerimientos de hierro son mínimos sin embargo aumentan durante el segundo y tercer trimestre. La anemia en el embarazo constituye uno de los principales problemas de origen nutricional, constituye causa importante de mortalidad perinatal y de prematuridad. Aún existe desconocimiento sobre las graves consecuencias de la deficiencia de hierro, lo que a su vez trae como consecuencias el aumento del número de casos de pérdidas fetales, bajo peso del recién nacido y partos prematuros (35).

2.2.3.12. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo

El sangrado vaginal producto de placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta o rotura uterina, que amenaza tanto la salud materna como el bienestar fetal, está asociado con un muy alto riesgo de parto pretérmino. Asimismo, el sangrado en la primera mitad del embarazo que no está asociado con desprendimiento de placenta o placenta previa, también está asociados con subsecuente parto prematuro (36).

2.2.3.13. Infección bacteriana ascendente

Existen diversos estudios que muestran la relación que existe entre la infección, inflamación y el parto prematuro.

- Corioamnionitis: estudios microbiológicos sugieren que la infección intrauterina puede ser la causa del 25 a 40% de los nacimientos prematuros, por lo que se considera como desencadenante de parto prematuro, el mecanismo mediante el cual lo realiza está relacionado con la activación del sistema inmune innato. La infección intrauterina puede estar confinado a la decidua, extenderse al espacio entre el corion y amnios y llegar a la cavidad amniótica y al feto (37).
- Infección del tracto urinario: si bien no es una infección del tracto genital femenino, la infección del tracto urinario está asociada y predispone a parto pretérmino. En algunos estudios se encuentra que la infección del tracto urinario aumenta tres veces la probabilidad de parto prematuro (37).
- Vaginosis bacteriana: el mecanismo por el cual la vaginosis bacteriana está asociada con el parto prematuro es desconocido, pero se cree que los microorganismos que causan la infección probablemente asciendan al útero, antes o durante la etapa temprana del embarazo (38).

2.2.3.14. Pre-eclampsia

Es una de las indicaciones médicas maternas más usuales de parto prematuro, las serias complicaciones de este síndrome de daño endotelial en las gestantes obliga terminar el embarazo a pesar de las complicaciones que trae consigo la decisión, se trata de plantearse el riesgo - beneficio con respecto a la salud materna (39).

2.2.4. Predictores del parto pretérmino

Debido a la insuficiente especificidad y sensibilidad que aporta el examen clínico para hacer el diagnóstico de parto pretérmino, la literatura revisada está de acuerdo en que predecir el parto pretérmino con ayuda de la determinación de fibronectina fetal y la medición de la longitud del cérvix por ecografía, es una de las técnicas más confiables (40).

2.2.4.1. Fibronectina fetal

Presente en la interfaz decidual coriónica es una proteína de la matriz extracelular. La paralización de esta interfaz debido a una infección subclínica o inflamación, desprendimiento o contracciones uterinas libera fibronectina fetal (fFT) en las secreciones cérvico vaginales, que es la base para su uso como marcador para predecir el nacimiento prematuro espontáneo (41). La medición de la fFT se realiza para diferenciar a las mujeres en trabajo de parto prematuro verdadero de aquellas con trabajo de parto falso. Teóricamente, la identificación precisa de mujeres en trabajo de parto prematuro proporciona una oportunidad para intervenciones que pueden optimizar los resultados neonatales. Por ejemplo, profilaxis de infección estreptocócica del grupo B, terapia con cortico esteroides prenatales, sulfato de magnesio para neuroprotección, entre otros. Debemos tener en cuenta que los resultados de fFT por sí solos no son útiles. La combinación de la prueba cuantitativa de fFT y la medición de la longitud cervical en mujeres sintomáticas acrecientan el valor predictivo (41).

2.2.4.2. Longitud cervical por ultrasonido

El examen de ultrasonido transvaginal es útil para afirmar o excluir el diagnóstico de parto prematuro cuando no está claro. Un cuello uterino corto en gestantes con menos de 34 semanas de gestación es predictivo de nacimiento prematuro en todas las poblaciones. El

conocimiento de la longitud del cuello uterino en gestantes con amenaza de trabajo de parto pretérmino puede optimizar el resultado, pero la información es limitada. Las mujeres sintomáticas con dilatación cervical $<3\text{cm}$ y longitud cervical de 20 a $< 30\text{mm}$ tienen un riesgo mayor de parto prematuro. En comparación con mujeres con longitudes cervicales más largas, en este grupo de pacientes es necesario complementar el estudio con fFT para alinear el manejo. Si la longitud cervical es $< 20\text{mm}$ corren un riesgo alto ($>25\%$) de dar a luz en siete días, la adición de la prueba de fFT no mejora significativamente el valor predictivo de la medición de la longitud cervical sola. Si la longitud cervical es $\geq 30\text{mm}$ tiene riesgo bajo ($<5\%$) de parto dentro de los siete días, la adición de la prueba de fFT no mejora significativamente el valor predictivo de la medición de la longitud cervical sola (42).

2.2.5. Prevención de Parto Pretérmino

La prevención es de suma importancia debido a la morbilidad y mortalidad significativa asociada a esta condición. Es por ello que es importante tener presente los factores de riesgo para parto pretérmino, con el objetivo de tratar aquellos que puedan ser modificables, y cuya intervención reduzca la incidencia de parto pretérmino.

Entre las medidas de prevención efectivas se encuentra; tratamiento antibiótico de ciertas infecciones genitales, tratamiento de bacteriuria asintomática, un mayor control prenatal, el tratamiento antibiótico en las pacientes con ruptura prematura de membranas, la suplementación con progesterona en pacientes con parto pretérmino previo o sin antecedente pero con longitud cervical muy corta antes de la semana 24 de gestación, el cerclaje en mujeres con antecedente de parto pretérmino previo menor a 34 semanas y con longitud cervical menor a 25 mm antes de las 24 semanas, el uso de pesario en pacientes

asintomáticas sin antecedentes de parto pretérmino con diagnóstico incidental de cérvix corto (43).

2.3. Definición de términos básicos

- **Parto Pretérmino:** Se define como es el parto que se produce posterior a las 22 semanas de gestación y antes de completar las 37 semanas
- **Mortalidad Neonatal:** se define como la muerte producida entre el nacimiento y los 28 días de vida, Así también es un indicador que evidencia el nivel de desarrollo que tiene la atención prenatal y del recién nacido en una determinada área geográfica o en un servicio.
- **Factores de Riesgo:** es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a una enfermedad.
- **Edad gestacional:** se define como el número de semanas entre el tiempo transcurrido desde la última menstruación
- **Paridad:** se define como el número de hijos nacidos vivos y fetos muertos mayores de 22 semanas de gestación

2.4. Formulación de hipótesis

2.4.1. Hipótesis General

Hi: Existen factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021

Ho: No existen factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021

2.4.2. Hipótesis Específica

- a) H1i: Las edades maternas extremas son factores de riesgo para parto pretérmino.

- b) H2i: El Índice de Masa Corporal Bajo es factor de riesgo para parto pretérmino
- c) H3i: El control Prenatal menor de 6 es factor de riesgo para parto pretérmino.
- d) H4i: Los antecedentes Obstétricos son factores de riesgo para parto pretérmino
- e) H5i: Las complicaciones maternas son factores de riesgo para parto pretérmino.
- f) H6i: Las complicaciones fetales son factores de riesgo para parto pretérmino.

2.5. Identificación de variables

Por su Relación de Dependencia:

a) Variable Independiente: Factores de Riesgo:

- Edad Materna extrema
- IMC bajo
- Control Pre natal (<6)
- Antecedentes Obstétricos
- Complicaciones Maternas
- Complicaciones fetales

b) Variable Dependiente: Parto Pretérmino

- Pretérmino tardío
- Pretérmino Moderado
- Pretérmino Extremo
- Pretérmino Muy Extremo

2.6. Definición operacional de variables e indicadores

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA	INSTRUMENTO
Independiente							
Edad Materna	Cronológica	Tiempo de vida desde su nacimiento	Años cumplidos hasta la fecha	Edad Actual	Cuantitativa/Intervalo	- 11 a 19 años - 20 a 34 años - ≥ 35 años	- Historia clínica. - Ficha de registro de datos.
IMC	Escala de valoración nutricional OMS	Indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos.	Relación entre el peso y la estatura del cuerpo humano.	Peso/Talla ² (kg/m ²)	Cuantitativa/Intervalo	- Bajo Peso: ≤ 18.5 - Peso Normal 18.5 a 24.9 - Sobrepeso 25.0 a 29.9 - Obesidad ≥ 30	- Historia clínica. - Ficha de registro de datos.
Control prenatal	Número de controles	Conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas.	Cantidad de controles adecuados para la edad gestacional.	Gestante no controlada: ≤ 6 atenciones prenatales.	Cualitativa /Nominal	- Si - No	- Historia clínica. - Ficha de registro de datos.
Antecedentes obstétricos	Periodo intergenésico Corto	Tiempo que se encuentra entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio (fecha de última menstruación (FUM)) del siguiente embarazo.	Intervalos entre eventos obstétricos menores a 18 meses.	Periodo Intergenésico Corto (Menor a 18 meses)	Cualitativa /Nominal	- Si - No	- Historia clínica. - Ficha de registro de datos.
	Antecedente de Aborto	Interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal; edad gestacional menor de 22 semanas o peso fetal menor de 500 gramos.	Interrupción del embarazo como antecedente	Antecedente de Aborto	Cualitativa /Nominal	- Si - No	- Historia clínica. - Ficha de registro de datos.

	Paridad	Número de embarazos de una mujer con expulsión de un producto mayor de 22 semanas.	Cantidad de partos	Razón	Cuantitativa/ Razón	- 0 - 2 - ≥ 3	- Historia clínica. - Ficha de registro de datos.
	Antecedentes de Partos Pretérmino	Antecedente de gestaciones después de las 22 semanas y antes de las 37 semanas de gestación	Antecedente de parto pretérmino	Nomina	Cualitativa /Nominal	- Si - No	- Historia clínica. - Ficha de registro de datos.
Complicaciones Maternas	ITU en la gestación	Considerada generalmente como la existencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas	Urocultivo positivo en cualquier trimestre del embarazo	Nominal	Cualitativa /Nominal	- Si - No	- Historia clínica. - Ficha de registro de datos.
	Anemia Materna	Disminución en el número de glóbulos rojos (o hematíes) en la sangre o en los niveles de hemoglobina respecto a los valores normales.	Hemoglobina menor a 11gr/dl durante la gestación	Nominal	Cualitativa /Nominal	- Si - No	- Historia clínica. - Ficha de registro de datos.
	Coriomanionitis	Infección del líquido amniótico y también de las membranas que lo contienen.	Clínica de Corioamnionitis establecidos por Gibbs y cols.	Nominal	Cualitativa /Nominal	- Si - No	- Historia clínica. - Ficha de registro de datos.
	Ruptura prematura de membranas	Pérdida de la integridad de las membranas corioamnióticas que se producen desde las 22 semanas de gestación hasta antes del inicio del trabajo de parto	Pérdida de líquido amniótico antes del inicio del trabajo de parto y luego de las 20 semanas de embarazo.	Nominal	Cualitativa /Nominal	- Si - No	- Historia clínica. - Ficha de registro de datos.
	Hemorragia de la segunda mitad del embarazo	Sangrado obstétrico	Sangrado vaginal a partir de las 20 semanas de embarazo.	- DPP - Placenta previa - Rotura uterina	Cualitativa /Nominal	- Si - No	- Historia clínica. - Ficha de registro de datos.

Complicaciones fetales	Embarazo múltiple	Desarrollo simultáneo en el útero de dos o más fetos	Gestación de más de un producto.	Nominal	Cualitativa /Nominal	- Si - No	- Historia clínica. - Ficha de registro de datos.
	Polihidramnios	Exceso anormal de volumen amniótico y complica 1 a 2% de los embarazos.	Aumento excesivo de líquido amniótico.	Nominal	Cualitativa /Nominal	- Si - No	- Historia clínica. - Ficha de registro de datos.
	Oligohidramnios	Reducción anormal del volumen del líquido amniótico. Complica casi 1 a 2% de los embarazos	Volumen de líquido amniótico menor que el esperado.	Nominal	Cualitativa /Nominal	- Si - No	- Historia clínica. - Ficha de registro de datos.
Dependiente							
Parto Pretérmino	Cronológico	Aquel que ocurre después de las 22 semanas y antes de las 37 semanas de gestación, independiente del peso de nacimiento.	Edad Gestacional menor de las 37 semanas.	Nominal	Cuantitativa/ intervalo	- Prematuro tardío: 34 - 36 ss - Prematuro moderado: 32 - 33 ss - Prematuro extremo: 28 – 31 ss - Prematuro muy extremo: < 28 ss	- Historia clínica. - Ficha de registro de datos.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

La investigación es de tipo aplicada, porque los conocimientos a los que se concluyó servirán para mejorar la atención materno-perinatal.

Observacional ya que, en este estudio el investigador no manipula ninguna variable, por lo tanto el investigador solo observa. Se califica de retrospectivo, ya que comienza después del inicio de la enfermedad y busca en el pasado los supuestos factores causales que en este caso corresponde a la revisión del registro en las historias clínicas.

3.2. Nivel de Investigación

La investigación es de nivel correlacional, en la cual podemos medir dos o más variables y de esa forma establecer una relación estadística entre cada una de ellas

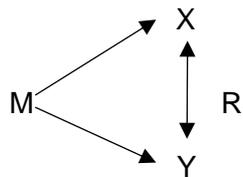
3.3. Métodos de investigación

Se usó el Método Descriptivo, científico hipotético deductivo, y la recolección de datos será mediante la aplicación de una ficha de datos. Se realizó una evaluación retrospectiva de la exposición a diferentes riesgos potenciales.

3.4. Diseño de Investigación

La investigación sigue el diseño no experimental, ya que no se manipulan las variables; Retrospectivo, porque los eventos que se investigan ocurrieron en el pasado. La investigación se ajusta a un estudio observacional, ya que solo se limita a observar la asociación entre los factores de riesgo y el parto pretérmino.

Esquema del diseño:



Donde:

M: Muestra con la que se realizó el estudio.

X: Variable Independiente

Y: Variable Dependiente

R: La relación de asociación entre las variables

3.5. Población y muestra

3.5.1. Población

La población del estudio estuvo constituida por los recién nacidos pretérminos atendidos en el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el 2020 y 2021; con historia clínica de recién nacido que tuvo historia completa respecto a las variables en estudio y con datos legibles.

3.5.2. Muestra

Muestra no probabilística, será realizada por conveniencia, se selecciona a la unidad de estudio, quienes cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo una muestra de 164 historias clínicas para la ejecución del estudio.

Criterios de inclusión:

- Recién nacido Prematuro atendido en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el periodo de estudio.
- Presencia de la Historia clínica de la madre completa

Criterios de exclusión:

- Recién Nacido prematuro con historias clínicas incompletas.
- Muerte fetal intrauterina y/o malformaciones fetales mayores.
- Recién nacido prematuro de madre con Covid-19
- Historia clínica con letra ilegible

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada para recolectar la información fue la observación de fuente secundaria, a través de la revisión de la historia clínica perinatal.

El instrumento que se utilizó para este fin es una ficha de registro de datos elaborada por el investigador en base a las variables del estudio, teniendo en cuenta los diversos materiales estudiados y revisados sobre el tema.

3.7. Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación

La selección del instrumento con la que se realizó la tesis de investigación fue escogida bajo criterio del investigador. La validación del instrumento de investigación está dada por resolución ministerial N° 214-2018/MINSA, en la que se acredita a la historia clínica perinatal como un instrumento clínico de recolección de datos del paciente, ya que las historias clínicas son documentos legales y son instrumentos de uso frecuente de investigación en salud.

La ficha de registro de datos cuenta con validación por 3 expertos, que son los médicos del servicio de Neonatología - Pediatría del Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco, se cuenta con un informe favorable de aprobación por medio de juicio de expertos.

En relación a la confiabilidad se realizó una prueba piloto a 15 neonatos pretérminos de la muestra y se aplicó la prueba estadística de fiabilidad del Alfa de Cronbach, con resultado de 0.804 de confiabilidad.

3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Se construyó una base de datos en Excel con el registro de datos, para filtración y revisión de datos, el análisis estadístico se realizó con el programa

SPSS Statistics v.27 en español, los datos serán expresados en cuadros y gráficos estadísticos. Los resultados obtenidos son presentados en tablas de simple, doble entrada y gráficos en los siguientes apartados.

3.9. Tratamiento estadístico

Para el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva, mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics Versión 27, para crear tablas y gráficos para cada variable investigada, los cuales sirvieron para la interpretación de resultados. Para la prueba de hipótesis se inició con la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov, cuyos valores de $p < 0.05$ determinan que los datos no tienen una distribución normal. Por lo que, se realizó la prueba de hipótesis mediante una prueba no paramétrica, la prueba Chi Cuadrado de Pearson, considerando un intervalo de confianza del 95%. Para la correlación de las variables se utilizó la prueba V de Cramer.

3.10. Orientación ética filosófica y epistémica

Se solicitó por escrito la autorización y permiso a la dirección del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión de Pasco, y al responsable de la unidad de estadística; respetando así el criterio de autoridad. Así también, en el desarrollo del presente trabajo de investigación se respetó los principios éticos de acuerdo con el código de ética de Helsinki, donde se resguarda la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en la investigación. Se tuvo en cuenta los valores, la originalidad y el estado de referencias en cuanto a las citas de otros autores respecto al tema. Así también nuestro estudio no es experimental, y se mantiene la confidencialidad de la información, por lo tanto se respeta el anonimato y la confidencialidad de la información.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Descripción del trabajo de campo

La investigación tuvo como ámbito de ejecución el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión – Pasco, para ello se solicitó la autorización correspondiente a la alta dirección y al jefe de estadística.

Para la obtención de los resultados, se realizó el registro de datos de manera directa de las historias clínicas de los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión en una base de datos de Excell, posterior a ello se realizó el análisis estadístico con el programa SPSSv27, a través de las técnicas de la estadística descriptiva, tales como: tablas de frecuencia simple, tablas de frecuencia compleja, grafico de barras, así como la estadística inferencial para la contrastación de la significancia estadística de la hipótesis, mediante la aplicación de la prueba de normalidad de Kolmogorov – Smirnov determinando que las pruebas estadísticas a utilizar fueron no paramétricas. Se empleó la prueba estadística de Chi cuadrado con un nivel de significancia del 5% con una confiabilidad del 95 %, para determinar la asociación entre las variables de estudio de las hipótesis. Para la correlación de las variables se utilizó la prueba V de Cramer.

4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados

Los resultados se obtuvieron del procesamiento en el programa IBM SPSS versión 27, se muestran a continuación través de tablas y gráficos estadísticos; asimismo, se presenta el análisis e interpretación de cada uno de ellos:

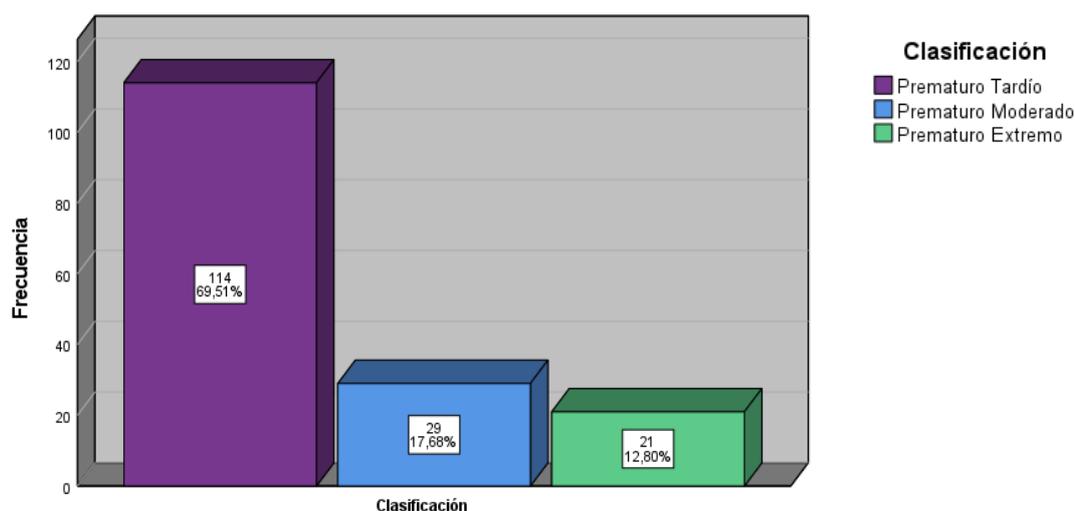
Tabla 1. Clasificación del Recién Nacido Pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021.

Clasificación del Recién Nacido Pretérmino	Nº	%
Prematuro Tardío	114	69,5
Prematuro Moderado	29	17,7
Prematuro Extremo	21	12,8
Total	164	100,0

Fuente: Ficha de Registro.

Comentario: Con respecto al presente cuadro estadístico; tenemos a la clasificación del Recién Nacido Pretérmino; podemos observar que del 100% (164) de recién nacidos del servicio de neonatología; el 69.5% (114) son prematuros tardíos (34–36ss); el 17.7% (29) son prematuros Moderado (32 - 33ss); el 12.8% (21) son prematuros extremos (28 -31ss).

Gráfico 1. Clasificación del Recién Nacido Pretérmino atendidos en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021.



Fuente: Ficha de registro.

Tabla 2. Características del Recién Nacido Pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021.

Característica		Nº	%
Peso	2.500 a 4000	37	22,6
	<2500	107	65,2
	<1500	19	11,6
	<1000	1	0,6
	Total	164	100,0
Sexo	Femenino	81	49,4
	Masculino	83	50,6
	Total	164	100,0
Apgar	7 a 10	127	77,4
	4 a 6	29	17,7
	0 a 3	8	4,9
	Total	164	100,0

Fuente: Ficha de Registro.

Comentario: Con respecto al presente cuadro estadístico; tenemos las características del Recién Nacido Pretérmino; podemos observar que del 100% (164) de recién nacidos del servicio de neonatología; respecto a la característica peso el 65.2% (107) presentan bajo peso; el 22.6% (37) presentan peso normal; el 11.6% (19) presentan muy bajo peso, y el 0.6% (1) presenta extremadamente muy bajo peso.

Respecto a la característica sexo del 100% (164); el 50.6% (83) son del sexo masculino; el 49.4% (81) son de sexo femenino.

Respecto a la característica Apgar; el 77.4% (127) presentaron un apagar de 7 a 10 al primer minuto, lo que equivale a presentar un neonato vigoroso; el 17.7% (29) presentaron un apgar al primer minutos de 4 a 6, lo que equivale a una depresión moderada; el 4.9% (8) presentaron un apgar al primer minuto de 0 a 3, lo que equivale a una depresión severa

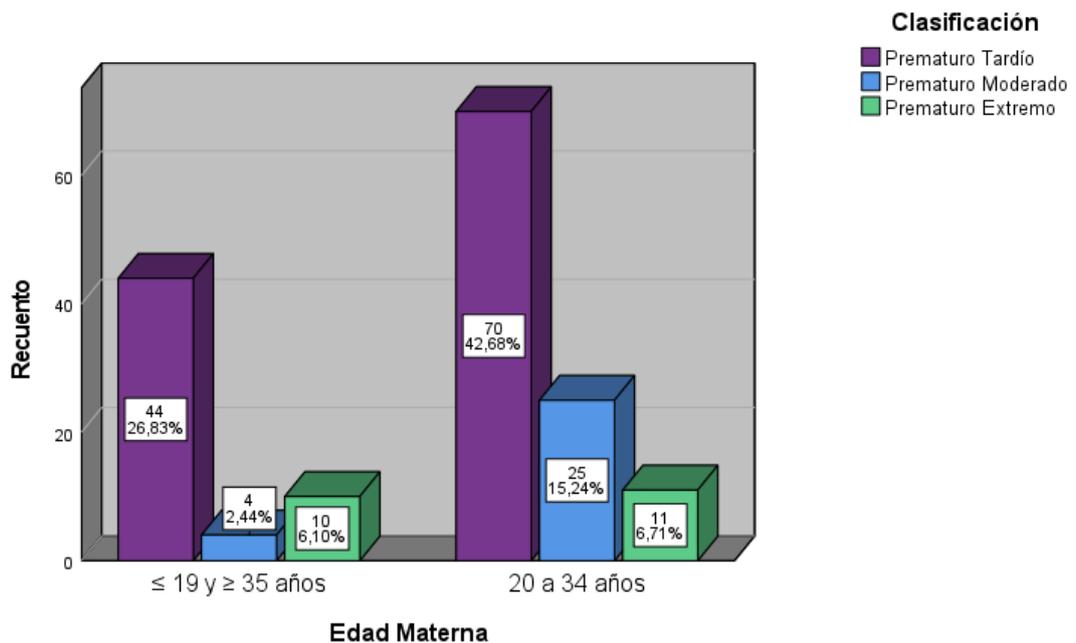
Tabla 3. Edad materna en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021.

Edad Materna	Clasificación							
	Prematuro Tardío		Prematuro Moderado		Prematuro Extremo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
≤ 19 y ≥ 35 años	44	26,8	4	2,4	10	6,1	58	35,4
20 a 34 años	70	42,7	25	15,2	11	6,7	106	64,6
Total	114	69,5	29	17,7	21	12,8	164	100,0

Fuente: Ficha de registro.

Comentario: Se presenta un cuadro estadístico de doble entrada porque contiene a dos variables; una de ellas es la variable edad materna con sus indicadores ≤ 19 y ≥ 35 años y 20 a 34 años, la otra variable es prematuridad con su clasificación en Prematuro tardío, prematuro moderado y prematuro extremo; se puede observar que del 100% (164) de recién nacidos del servicio de neonatología; el 64.6% (106) las madres tuvieron la edad entre 20 a 34 años, de los cuales el 26.8% (44) son prematuros tardíos (34–36ss); el 6.1% (10) son prematuros extremos (28 -31ss) y el 2.4% (4) son prematuros Moderado (32 -33ss); y el 35.4% (58) las madres tuvieron la edad entre 20 a 34 años, de los cuales el 42.7% (70) son prematuros tardíos (34–36ss), el 15.2% (25) son prematuros Moderado (32 -33ss), el 6.7% (11) son prematuros extremos (28 -31ss).

Grafico 2. Edad materna en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021.



Fuente: Ficha de registro.

Tabla 4. Índice de masa corporal bajo en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021.

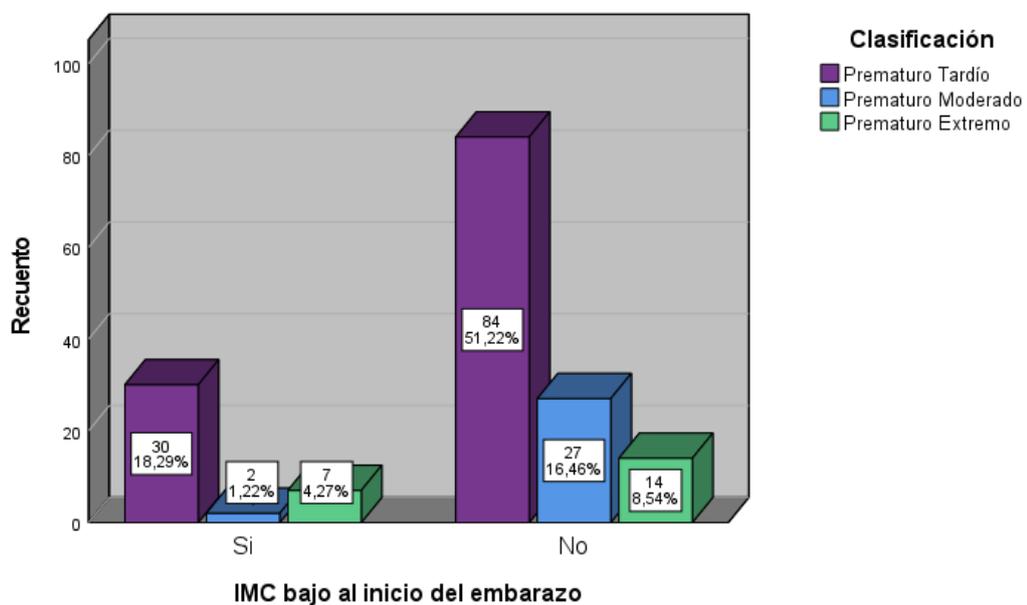
IMC bajo al inicio del embarazo	Clasificación							
	Prematuro Tardío		Prematuro Moderado		Prematuro Extremo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	30	18,3	2	1,2	7	4,3	39	23,8
No	84	51,2	27	16,5	14	8,5	125	76,2
Total	114	69,5	29	17,5	21	12,8	164	100,0

Fuente: Ficha de registro.

Comentario: Se presenta un cuadro estadístico de doble entrada porque contiene a dos variables; una de ellas es la variable IMC Bajo al inicio del embarazo con sus indicadores Si y No, la otra variable es prematuridad con su clasificación en Prematuro tardío, prematuro moderado y prematuro extremo;

podemos observar que del 100% (164); el 76.2% de las madres No presento IMC bajo al inicio del embarazo, de los cuales el 51.2% (84) son prematuros tardíos; el 16.5% (27) son prematuros Moderado y el 8.5% (14) son prematuros extremos; el 23.8% (39) de las madres presentaron IMC Bajo al inicio del embarazo, de los cuales el 18.3 (30) son prematuros tardíos; el 4.3% (7) son prematuros extremos y el 1.2% (2) son prematuros moderados.

Grafico 3. Índice de Masa Corporal bajo al inicio del embarazo en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021.



Fuente: Ficha de registro.

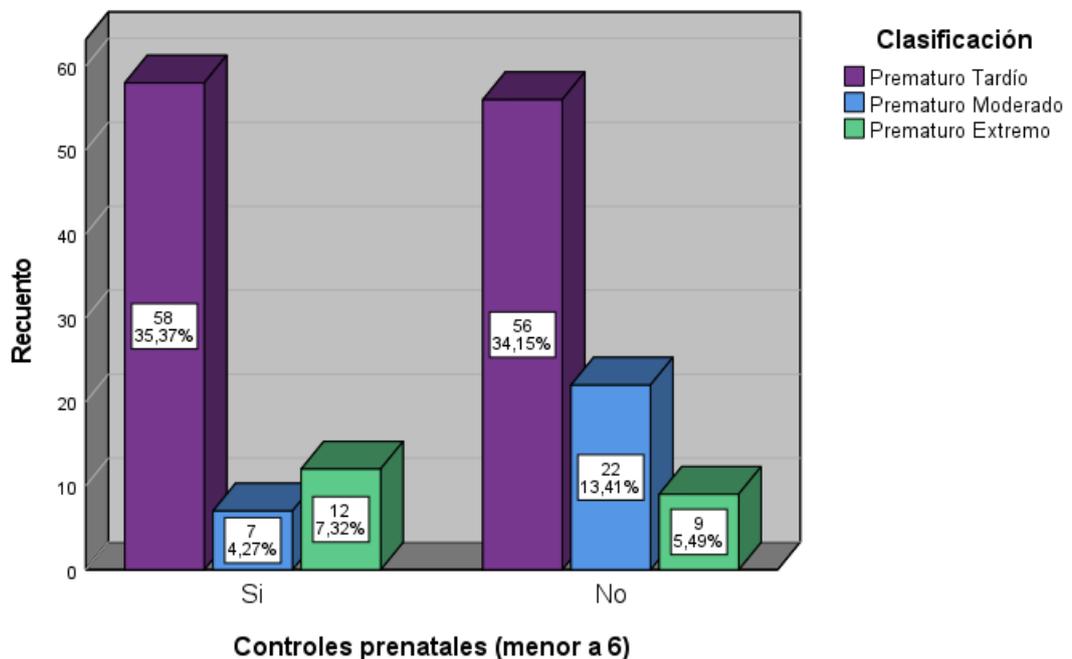
Tabla 5. Control prenatal menor a 6 en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020 - 2021.

Controles prenatales (< 6)	Clasificación							
	Prematuro Tardío		Prematuro Moderado		Prematuro Extremo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	58	35,4	7	4,3	12	7,3	77	47,0
No	56	34,1	22	13,4	9	5,5	87	53,0
Total	114	69,5	29	17,7	21	12,8	164	100,0

Fuente: Ficha de registro.

Comentario: Se presenta un cuadro estadístico de doble entrada porque contiene a dos variables; una de ellas es la variable Controles prenatales (< 6) con sus indicadores Si y No, la otra variable es prematuridad con su clasificación en Prematuro tardío, prematuro moderado y prematuro extremo; podemos observar que del 100% (164); el 53.0% no tuvieron menos de 6 controles Prenatales, de los cuales el 34.1% (56) son prematuros tardíos; el 13.4% (22) son prematuros Moderado y el 5.5% (9) son prematuros extremos; el 47.0% (77) Si tuvieron menos de 6 controles Prenatales, de los cuales el 35.4% (58) son prematuros tardíos; el 7.3% (12) son prematuros extremos y el 4.3% (7) son prematuros moderados.

Grafico 4. Control prenatal menor a 6 en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020 - 2021.



Fuente: Ficha de registro.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

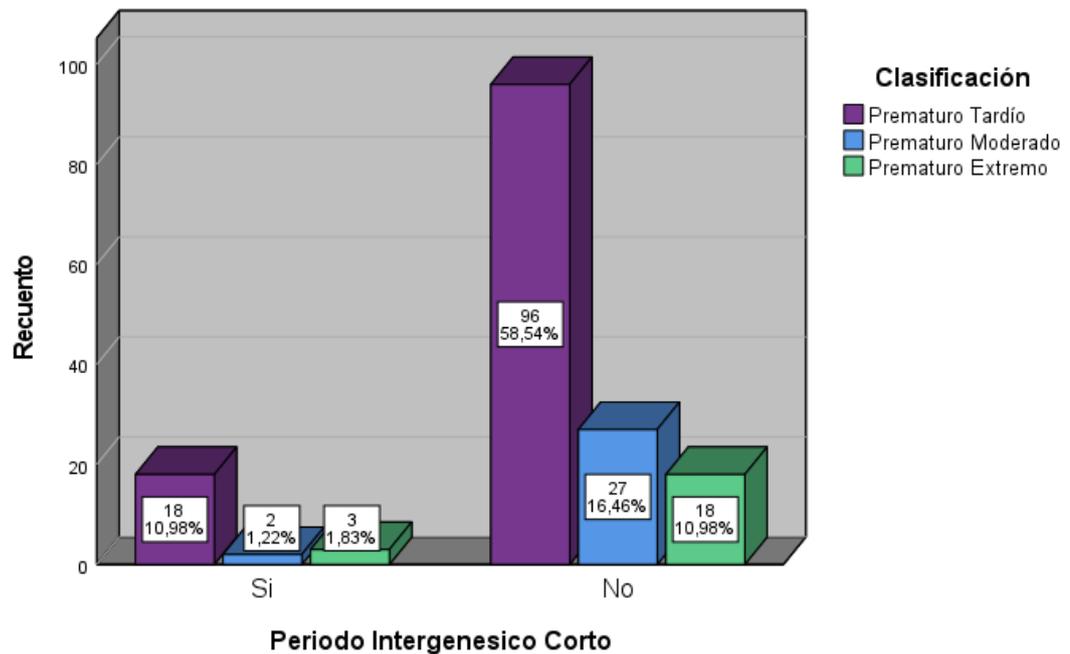
Tabla 6. Periodo Intergenésico cortó en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021.

Periodo Intergenésico Corto	Clasificación							
	Prematuro Tardío		Prematuro Moderado		Prematuro Extremo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	18	11,0	2	1,2	3	1,8	23	14,0
No	96	58,5	27	16,5	18	11,0	141	86,0
Total	114	69,5	29	17,7	21	12,8	164	100,0

Fuente: Ficha de registro.

Comentario: Se presenta un cuadro estadístico de doble entrada porque contiene a dos variables; una de ellas es la variable Periodo intergenésico corto con sus indicadores Si y No, la otra variable es prematuridad con su clasificación en Prematuro tardío, prematuro moderado y prematuro extremo; podemos observar que del 100% (164); el 86.0% (141) no tuvieron periodo intergenésico corto, de los cuales el 58.5% (94) son prematuros tardíos, el 16.5% (27) son prematuros Moderado y el 11.0% (18) son prematuros extremos; el 14.0% (23) Si tuvieron periodo intergenésico corto, de los cuales el 11.0% (18) son prematuros tardíos; el 1.8% (3) son prematuros extremos y el 1.2% (2) son prematuros moderados.

Grafico 5. Periodo intergenésico corto relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021.



Fuente: Ficha de registro.

Tabla 7. Antecedente de aborto en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020 - 2021.

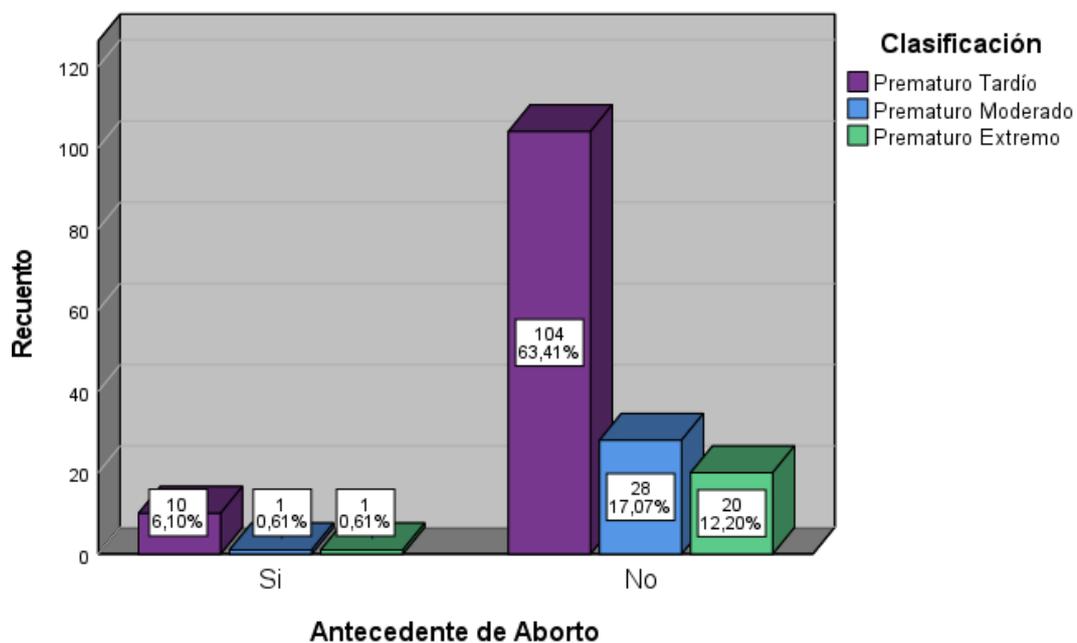
Antecedente de aborto	Clasificación						Total	
	Prematuro Tardío		Prematuro Moderado		Prematuro Extremo			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	10	6,1	1	0,6	1	0,6	12	7,3
No	104	63,4	28	17,1	20	12,2	152	92,7
Total	114	69,5	29	17,7	21	12,8	164	100,0

Fuente: Ficha de registro.

Comentario: Se presenta un cuadro estadístico de doble entrada porque contiene a dos variables; una de ellas es la variable Antecedente de aborto con sus indicadores Si y No, la otra variable es prematuridad con su clasificación en Prematuro tardío, prematuro moderado y prematuro extremo; podemos observar que del 100% (164) de recién nacidos; el 92.7% (152) no presentaron antecedente de aborto, de los cuales el 63.4% (104) son prematuros tardíos; el 17.1% (28) son

prematuras Moderado y el 12.2% (20) son prematuras extremas; el 7.3% (12) Si presentaron antecedente de Aborto, de los cuales el 6.1 (10) son prematuras tardíos; y los prematuras moderados y prematuras extremas son el 0.6% (1) cada uno.

Grafico 6. Antecedente de aborto en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020 - 2021



Fuente: Ficha de registro.

Tabla 8. Paridad mayor a 3 en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020 - 2021

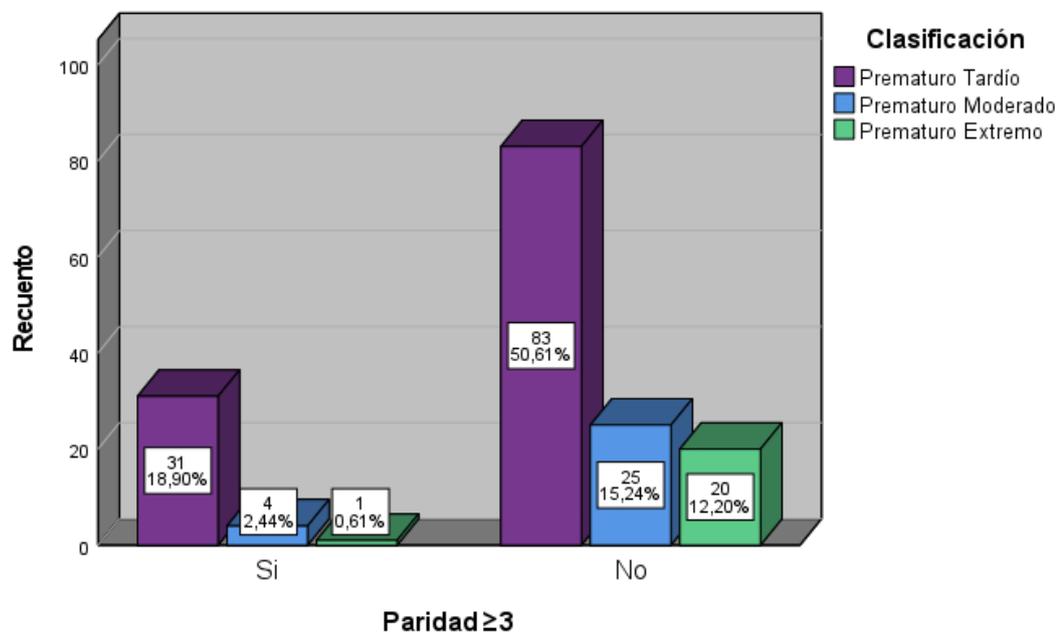
Paridad (≥3)	Clasificación							
	Prematuro Tardío		Prematuro Moderado		Prematuro Extremo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	31	18,9	4	2,4	1	0,6	36	22,0
No	83	50,6	25	15,2	20	12,2	128	78,0
Total	114	69,5	29	17,7	21	12,8	164	100,0

Fuente: Ficha de registro.

Comentario: Se presenta un cuadro estadístico de doble entrada porque contiene a dos variables; una de ellas es la variable Paridad mayor a 3 con sus

indicadores Si y No, la otra variable es prematuridad con su clasificación en Prematuro tardío, prematuro moderado y prematuro extremo; podemos observar que del 100% (164); el 78.0% no tienen Paridad (≥ 3), de los cuales el 50.6% (83) son prematuros tardíos; el 15.2% (25) son prematuros Moderado y el 12.2% (20) son prematuros extremos; el 22.0% (36) Si tienen Paridad (≥ 3), de los cuales el 18.9% (31) son prematuros tardíos, el 2.4% (4) son prematuros tardíos y el 0.6% (1) son prematuros extremos.

Grafico 7. Paridad mayor a 3 en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020 - 2021



Fuente: Ficha de Registro.

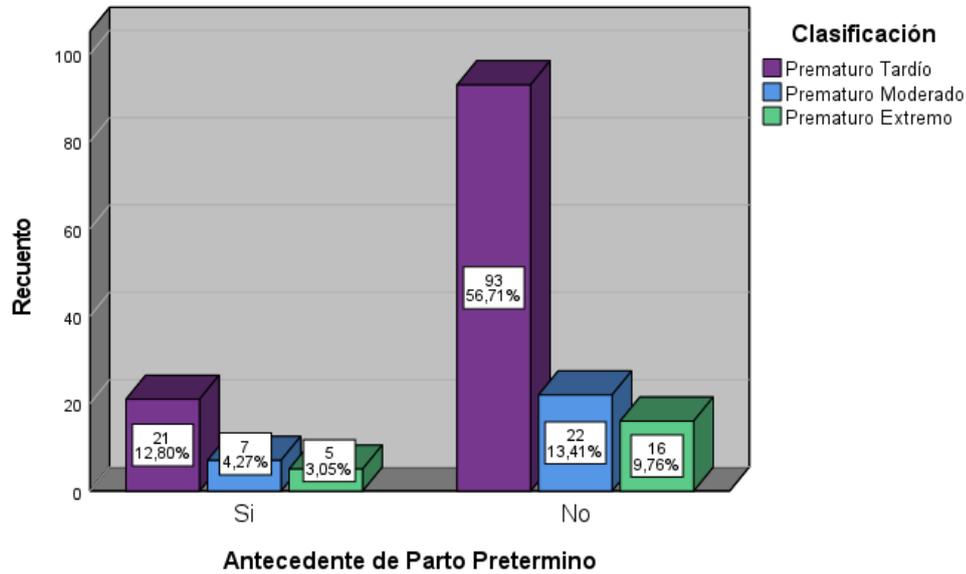
Tabla 9. Antecedente de Parto pretérmino en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020 - 2021

Antecedente de Parto Pretérmino	Prematuro Tardío		Prematuro Moderado		Prematuro Extremo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	21	12,8	7	4,3	5	3,0	33	20,1
No	93	56,7	22	13,4	16	9,8	131	79,9
Total	114	69,5	29	17,7	21	12,8	164	100,0

Fuente: Ficha de registro.

Comentario: Se presenta un cuadro estadístico de doble entrada porque contiene a dos variables; una de ellas es la variable Antecedente de Parto Pretérmino con sus indicadores Si y No, la otra variable es prematuridad con su clasificación en Prematuro tardío, prematuro moderado y prematuro extremo; podemos observar que del 100% (164); el 79.9% no tienen Antecedente de parto Pretérmino, de los cuales el 56.7% (93) son prematuros tardíos, el 13.4% (22) son prematuros Moderado y el 9.8% (16) son prematuros extremos; el 20.1% (33) Si tienen antecedente de parto pretérmino, de los cuales el 12.8% (21) son prematuros tardíos; el 4.3% (7) son prematuros moderado y el 3.0% (5) son prematuros extremos.

Grafico 8. Antecedente de Parto pretérmino en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020 - 2021



Fuente: Ficha de registro.

COMPLICACIONES MATERNAS

Tabla 10. Infección del tracto urinario en gestantes en relación al parto pretérmino en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021.

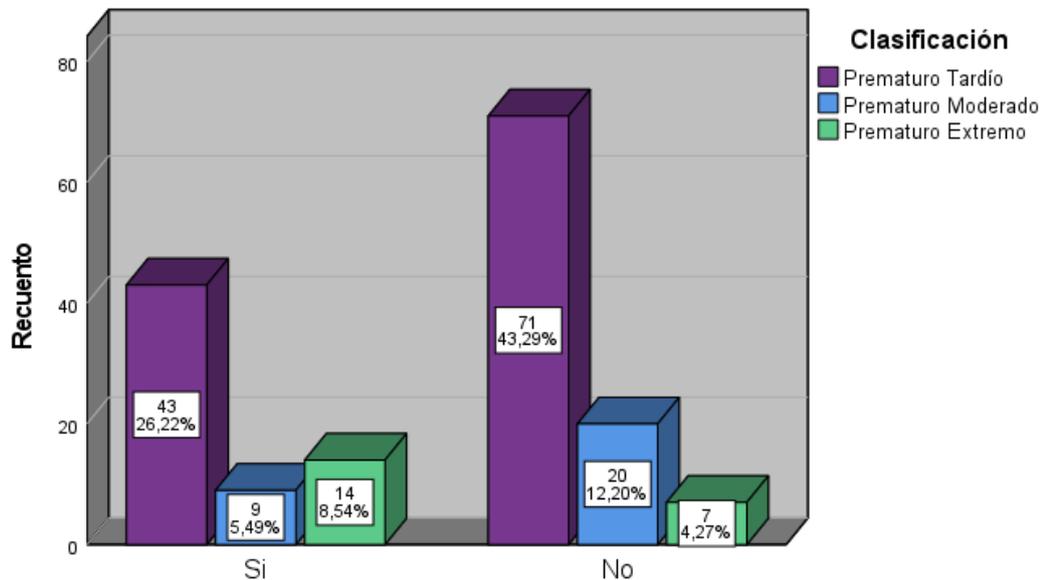
Infección del tracto urinario	Clasificación							
	Prematuro Tardío		Prematuro Moderado		Prematuro Extremo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	43	26,2	9	5,5	14	8,5	66	40,2
No	71	43,3	20	12,2	7	4,3	98	59,8
Total	114	69,5	29	17,7	21	100,0	164	100,0

Fuente: Ficha de registro.

Comentario: Se presenta un cuadro estadístico de doble entrada porque contiene a dos variables; una de ellas es la variable Infección del tracto urinario con sus indicadores Si y No, la otra variable es prematuridad con su clasificación en Prematuro tardío, prematuro moderado y prematuro extremo; podemos

observar que del 100% (164); el 59.8% de las madres presentaron Infección del tracto Urinario, de las cuales el 43.3% (71) concibieron prematuros tardíos, el 12.2% (20) concibieron prematuros Moderado y el 4.3% (7) concibieron prematuros extremos; el 40.2% (66) de las madres presentaron Infección del tracto urinario, de las cuales el 26.2% (43) concibieron prematuros tardíos, el 8.5% (14) concibieron prematuros extremos y el 5.5% (9) concibieron prematuros moderados.

Grafico 9. Infección del tracto urinario en gestantes en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021.



Infección del tracto urinario

Fuente: Ficha de registro.

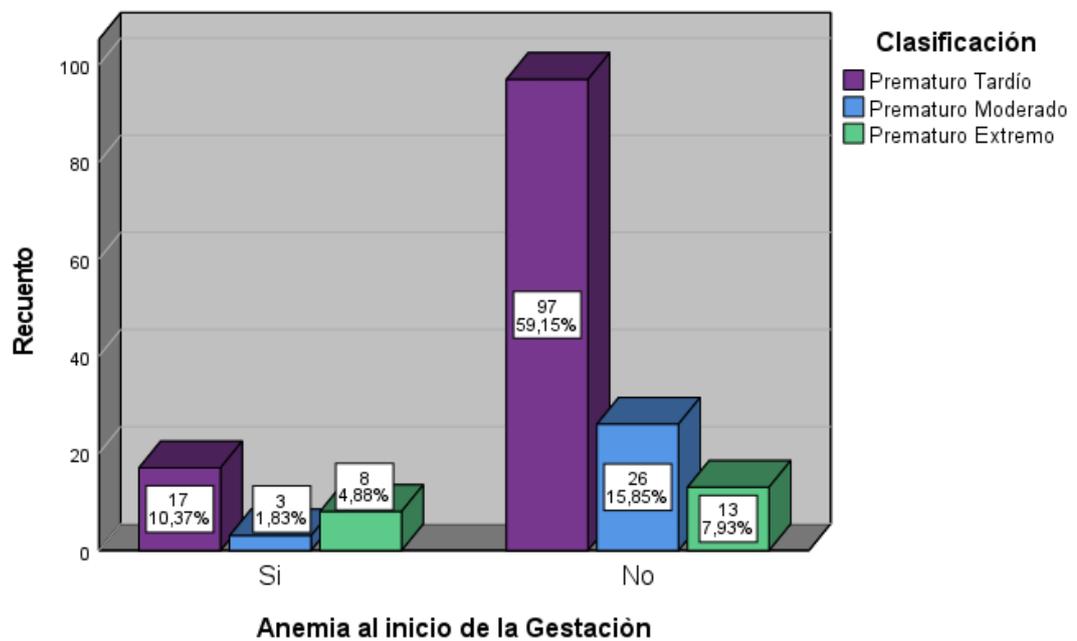
Tabla 11. Anemia Materna en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021.

Anemia al inicio de la Gestación	Clasificación							
	Prematuro Tardío		Prematuro Moderado		Prematuro Extremo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	17	10,4	3	1,8	8	4,9	28	17,1
No	97	59,1	26	15,9	13	7,9	136	82,9
Total	114	69,5	29	17,7	21	12,8	164	100,0

Fuente: Ficha de registro.

Comentario: Se presenta un cuadro estadístico de doble entrada porque contiene a dos variables; una de ellas es la variable Anemia al inicio de la Gestación con sus indicadores Si y No, la otra variable es prematuridad con su clasificación en Prematuro tardío, prematuro moderado y prematuro extremo; podemos observar que del 100% (164); el 82.9% de las madres No tuvieron anemia al inicio de la Gestación, de las cuales el 59.1% (97) concibieron prematuros tardíos, el 15.9% (26) concibieron prematuros Moderado y el 7.9% (13) concibieron prematuros extremos; el 17.1% (28) de las madres Si tuvieron anemia al inicio de la Gestación, de las cuales el 10.4% (17) concibieron prematuros tardíos, el 4.9% (8) concibieron prematuros extremos y el 1.8% (3) concibieron prematuros moderados.

Grafico 10. Anemia Materna en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021.



Fuente: Ficha de registro.

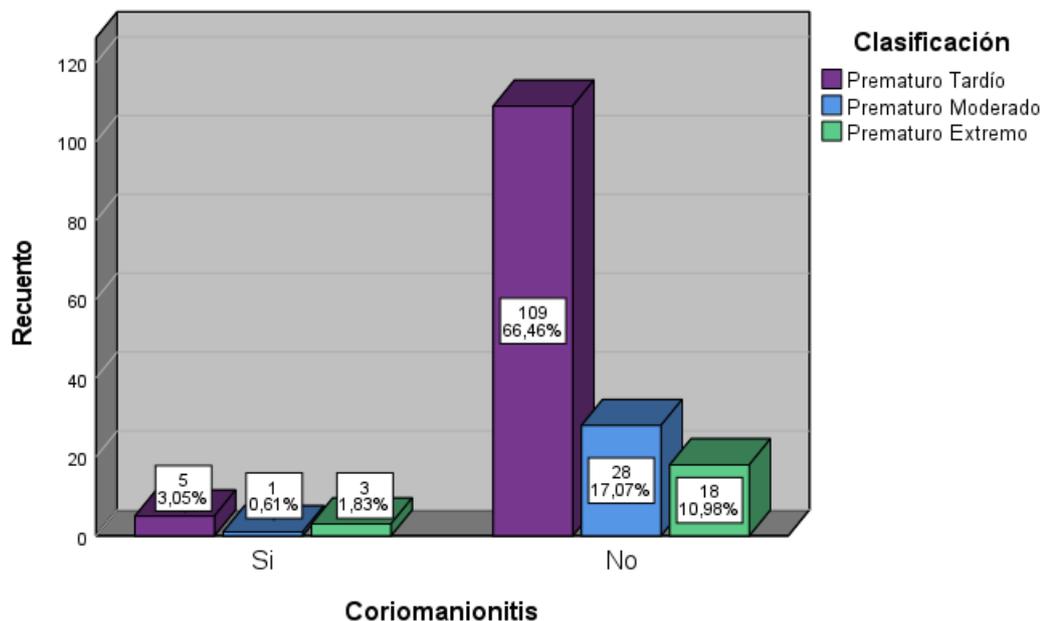
Tabla 12. Corioamnionitis en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021.

Corioamnionitis	Clasificación							
	Prematuro Tardío		Prematuro Moderado		Prematuro Extremo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	5	3,0	1	0,6	3	1,8	9	5,5
No	109	66,5	28	17,1	18	11,0	155	94,5
Total	114	69,5	29	17,7	21	12,8	164	100,0

Fuente: Ficha de registro.

Comentario: Se presenta un cuadro estadístico de doble entrada porque contiene a dos variables; una de ellas es la variable Corioamnionitis, la otra variable es prematuridad; podemos observar que del 100% (164); el 94.5% No presentaron Corioamnionitis, de las cuales el 66.5% (109) son prematuros tardíos, el 17.1% (28) son prematuros Moderado y el 11.0% (18) prematuros extremos; el 5.5% (9) Si presentaron Corioamnionitis, de las cuales el 3.0% (5) son prematuros tardíos, el 1.8% (3) son prematuros extremos y el 0.6% (1) prematuros moderados.

Grafico 11. Corioamnionitis en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021.



Fuente: Ficha de registro.

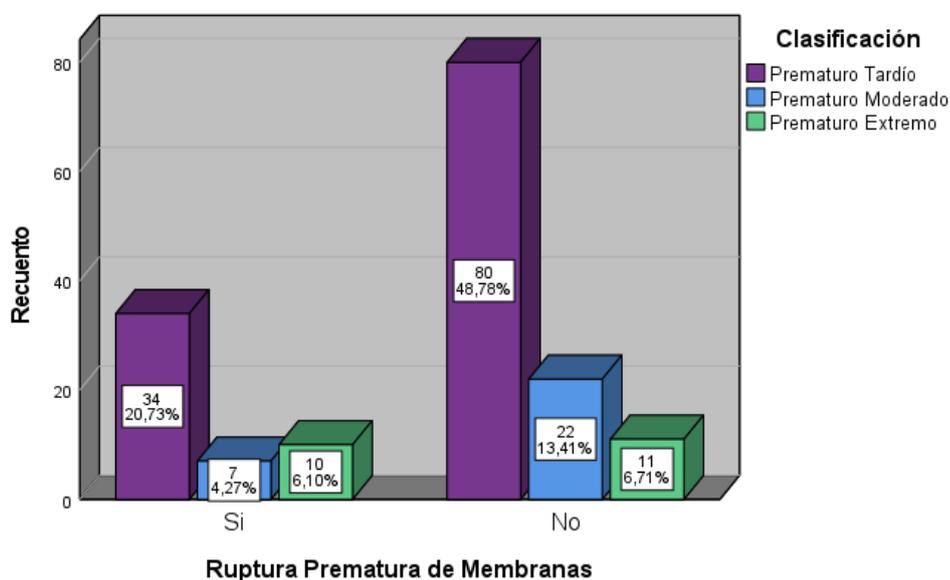
Tabla 13. Ruptura Prematura de Membranas en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021.

Ruptura prematura de membrana	Clasificación							
	Prematuro Tardío		Prematuro Moderado		Prematuro Extremo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	34	20,7	7	4,3	10	6,1	51	31,1
No	80	48,8	22	13,4	11	6,7	113	68,9
Total	114	69,5	29	17,7	21	12,8	164	100,0

Fuente: Ficha de registro.

Comentario: Se presenta un cuadro estadístico de doble entrada porque contiene a dos variables; una de ellas es la variable Ruptura prematura de Membranas (RPM) con sus indicadores Si y No, la otra variable es prematuridad con su clasificación en Prematuro tardío, prematuro moderado y prematuro extremo; podemos observar que del 100% (164); el 68.9% (113) No presentaron RPM, de las cuales el 48.8% (80) son prematuros tardíos, el 13.4% (22) prematuros Moderado y el 6.7% (11) prematuros extremos; el 31.1% (51) Si presentaron RPM, de las cuales el 20.7% (34) son prematuros tardíos, el 6.1% (10) son prematuros extremos y el 4.3% (7) son prematuros moderados.

Grafico 12. Ruptura Prematura de Membranas en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021.



Fuente: Ficha de registro.

Tabla 14. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021

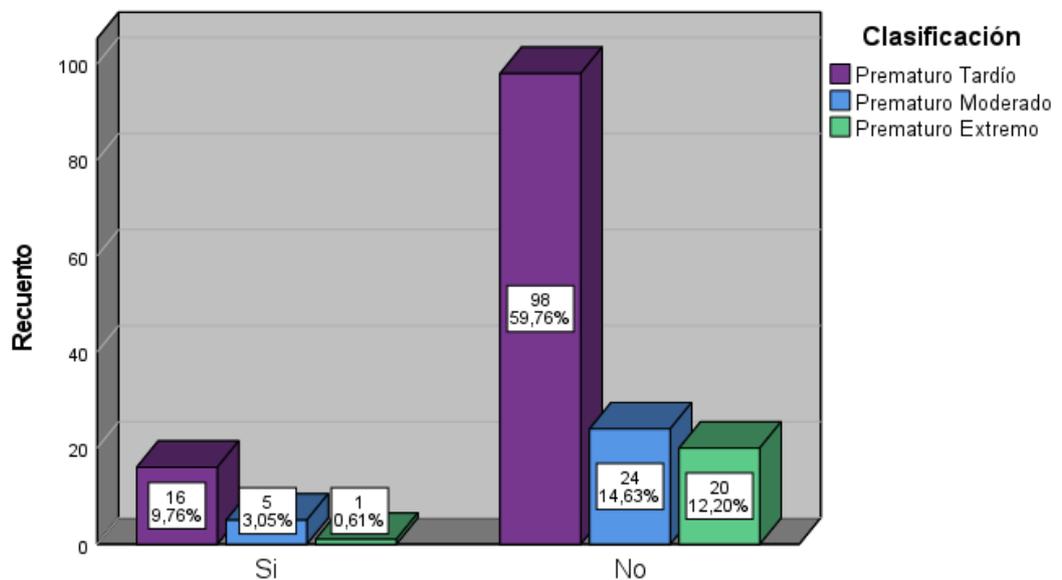
Hemorragia de la II mitad del embarazo	Clasificación							
	Prematuro Tardío		Prematuro Moderado		Prematuro Extremo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	16	9,8	5	3,0	1	0,6	22	13,4
No	98	59,8	24	14,6	20	12,2	142	86,6
Total	114	69,5	29	17,7	21	100,0	164	100,0

Fuente: Ficha de registro.

Comentario: Se presenta un cuadro estadístico de doble entrada porque contiene a dos variables; una de ellas es la variable Anemia al inicio de la Gestación con sus indicadores Si y No, la otra variable es prematuridad con su clasificación en Prematuro tardío, prematuro moderado y prematuro extremo; podemos observar que del 100% (164); el 82.6% (142) de las madres No

presentaron Hemorragia de la II mitad del embarazo, de las cuales el 59.8% (98) concibieron prematuros tardíos, el 14.6% (24) concibieron prematuros Moderado y el 12.2% (20) concibieron prematuros extremos; el 13.4% (22) de las madres Si presentaron Hemorragia de la II mitad del embarazo, de las cuales el 9.8% (16) concibieron prematuros tardíos, el 3.0% (5) concibieron prematuros moderado y el 0.6% (1) concibieron prematuros extremos.

Grafico 13. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021.



Hemorragia de la II mitad del embarazo

Fuente: Ficha de registro.

COMPLICACIONES FETALES

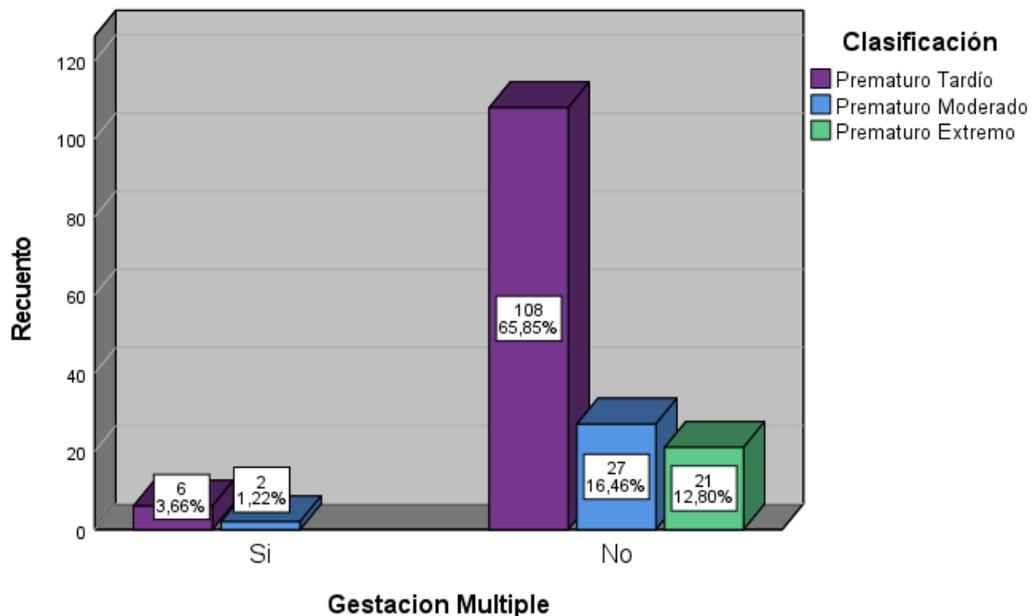
Tabla 15. Embarazo Múltiple en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021

Gestación Múltiple	Clasificación							
	Prematuro Tardío		Prematuro Moderado		Prematuro Extremo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	6	3,7	2	1,2	0	0,0	8	4,9
No	108	65,9	27	16,5	21	12,8	156	95,1
Total	114	69,5	29	17,7	21	12,8	164	100,0

Fuente: Ficha de registro.

Comentario: Se presenta un cuadro estadístico de doble entrada porque contiene a dos variables; una de ellas es la variable Gestación Múltiple con sus indicadores Si y No, la otra variable es prematuridad con su clasificación en Prematuro tardío, prematuro moderado y prematuro extremo; podemos observar que del 100% (164); el 95.1% (156) No presentaron Gestación Múltiple, de las cuales el 65.9% (108) son prematuros tardíos, el 16.5% (27) son prematuros Moderado y el 12.8% (21) son prematuros extremos; el 4.9% (8) Si presentaron Gestación Múltiple, de las cuales el 3.7% (6) son prematuros tardíos, el 1.2% (2) son prematuros moderados y no hubo ningún prematuro extremo relacionado a la presencia de Gestación Múltiple.

Grafico 14. Embarazo Múltiple en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021



Fuente: Ficha de registro.

Tabla 16. Polihidramnios en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020- 2021.

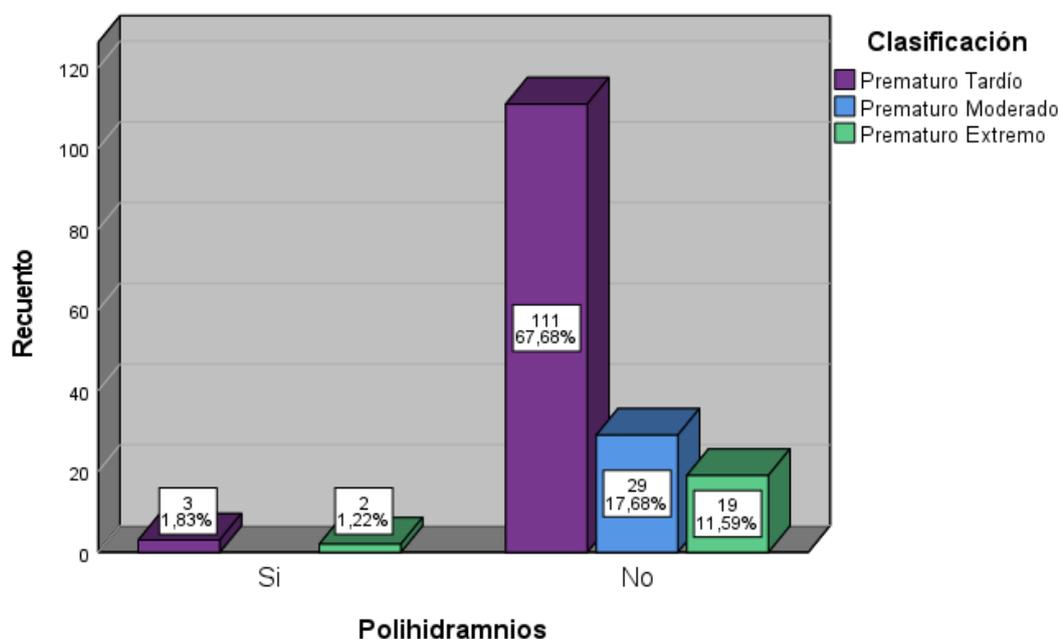
Polihidramnios	Clasificación							
	Prematuro Tardío		Prematuro Moderado		Prematuro Extremo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	3	1,8	0	0,0	2	1,2	5	3,0
No	111	67,7	29	17,7	19	11,6	159	97,0
Total	114	69,5	29	17,7	21	12,8	164	100,0

Fuente: Ficha de registro.

Comentario: Se presenta un cuadro estadístico de doble entrada porque contiene a dos variables; una de ellas es la variable Polihidramnios con sus indicadores Si y No, la otra variable es prematuridad con su clasificación en Prematuro tardío, prematuro moderado y prematuro extremo; podemos observar que del 100% (164); el 97.0% (159) No presentaron Polihidramnios, de las cuales el 67.7% (111) son prematuros tardíos, el 17.7% (19) son prematuros Moderado y el 11.6% (19) son prematuros extremos; el 3.0% (5) Si presentaron

Polihidramnios, de las cuales el 1.8% (3) son prematuros tardíos, el 1.2% (2) son prematuros extremos y ninguno fue prematuro moderado.

Grafico 15. Polihidramnios en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020 - 2021.



Fuente: Ficha de registro.

Tabla 17. Oligohidramnios en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020 - 2021.

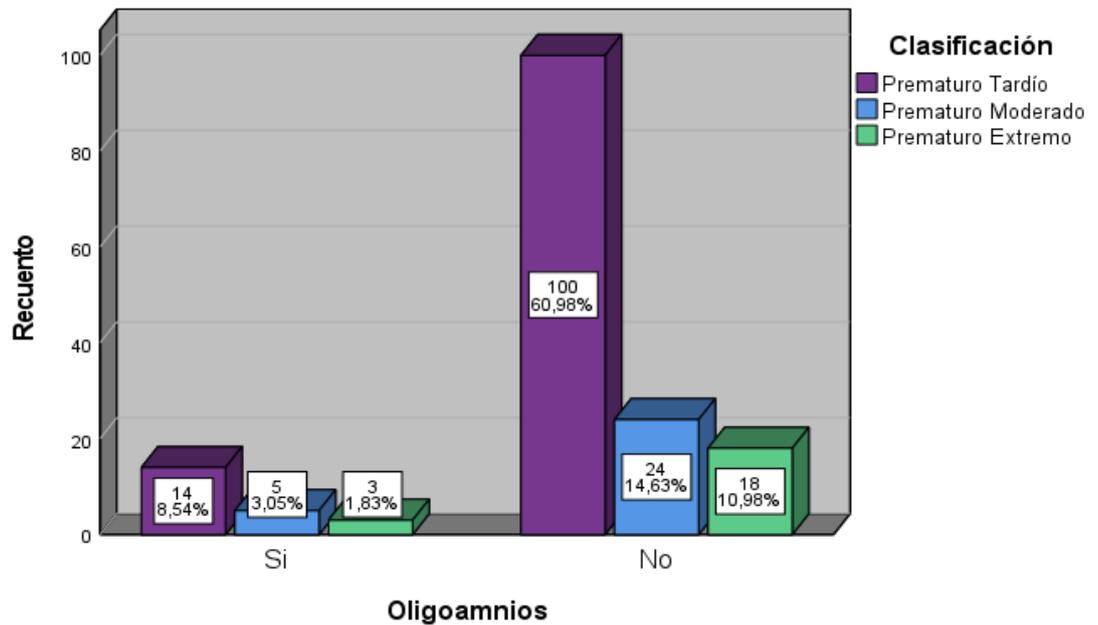
Oligoamnios	Clasificación							
	Prematuro Tardío		Prematuro Moderado		Prematuro Extremo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	14	8,5	5	3,0	3	1,8	22	13,4
No	100	61,0	24	14,6	18	11,0	142	86,6
Total	114	69,5	29	17,7	21	12,8	164	100,0

Fuente: Ficha de registro.

Comentario: Se presenta un cuadro estadístico de doble entrada porque contiene a dos variables; una de ellas es la variable Oligoamnios con sus indicadores Si y No, la otra variable es prematuridad con su clasificación en Prematuro tardío, prematuro moderado y prematuro extremo; podemos observar que del 100% (164); el 86.6% (142) No presentaron Oligoamnios, de las cuales el

61.0% (100) son prematuros tardíos, el 14.6% (24) son prematuros Moderado y el 11.0% (18) son prematuros extremos; el 13.4% (22) Si presentaron Oligoamnios, de las cuales el 8.5% (14) son prematuros tardíos, el 3.0% (5) son prematuros moderados y el 1.8% (3) son prematuros extremos.

Grafico 16. Oligohidramnios en relación al parto pretérmino atendido en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Cerro de Pasco 2020 - 2021.



Fuente: Ficha de registro.

4.3. Prueba de Hipótesis

Tabla 18: Prueba de normalidad de Kolmogorov- Smirnov de los factores asociados al parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Edad Materna Extrema	,416	164	,000	,604	164	,000
Bajo Peso Materno al inicio del embarazo	,473	164	,000	,528	164	,000
Paridad >3	,482	164	,000	,510	164	,000
Controles prenatales (< 6)	,356	164	,000	,635	164	,000
Antecedente de Parto Pretérmino	,490	164	,000	,491	164	,000
Infección del tracto urinario	,391	164	,000	,622	164	,000
Ruptura Prematura de Membranas	,438	164	,000	,582	164	,000
Hemorragia de la II mitad del embarazo	,518	164	,000	,402	164	,000
Periodo Intergenésico Corto	,516	164	,000	,412	164	,000
Antecedente de Aborto	,537	164	,000	,285	164	,000
Anemia al inicio de la Gestación	,504	164	,000	,455	164	,000
Corioamnionitis	,540	164	,000	,238	164	,000
Gestación Múltiple	,541	164	,000	,221	164	,000
Polihidramnios	,540	164	,000	,162	164	,000
Oligoamnios	,518	164	,000	,402	164	,000

Fuente: Elaboración a través del software IBM SPSS v.27.

Comentario. La presente tabla se elaboró con una significancia estadística del 0,05 y un intervalo de confianza del 95%. Se aplicó la prueba estadística de Kolmogórov- Smirnov, se considera esta prueba ya que se cuenta con una población de estudio de investigación mayor a 50 unidades muestrales. En las variables Edad Materna, Bajo Peso Materno al inicio del embarazo, Paridad >3, Controles prenatales (< 6), Antecedente de Parto Pretérmino, Infección del tracto urinario, Ruptura Prematura de Membranas, Hemorragia de la II mitad del

embarazo, Periodo Intergenésico Corto, Antecedente de Aborto, Anemia al inicio de la Gestación, Corioamnionitis, Gestación Múltiple, Polihidramnios y Oligoamnios se obtuvo un p valor de 0.000, por lo que no existe normalidad, por ello se aplica la prueba de Chi-cuadrado de Pearson a fin de establecer significancia estadística.

Análisis estadístico de hipótesis 01

Hipótesis de investigación

Hi: Las edades maternas extremas son factores de riesgo para parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021

Hipótesis Nula

Ho: Las edades maternas extremas no son factores de riesgo al parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021

Tabla 19: Estadístico de contrastación de la edad Materna extrema y el parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,804 ^a	2	,020
Razón de verosimilitud	8,707	2	,013
Asociación lineal por lineal	,065	1	,799
N de casos válidos	164		

Fuente: Elaboración a través del software IBM SPSS v.27.

Tabla 20: Estadístico de intensidad de asociación de la edad Materna extrema y el parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,218	,020
	V de Cramer	,218	,020
N de casos válidos		164	

Fuente: Elaboración a través del software IBM SPSS v.27.

Conclusión estadística:

Al aplicar la prueba estadística Chi² de Pearson con un nivel de significancia estadística de 0,05 y un nivel de confianza del 95% se calculó el valor de $p=0,020$, por lo que se encontró una asociación estadística entre las variables de estudio, edades maternas extremas y parto pretérmino, por lo que se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula. (Tabla 19)

Así también, con una significancia estadística del 0,05 y un intervalo de confianza del 95% a la aplicación de la prueba estadística V de Cramer, se calculó el valor de 0,218 por lo que la intensidad de la relación (asociación) de las variables edades maternas extremas y parto pretérmino es moderado (Tabla 20)

Análisis estadístico de hipótesis 02

Hipótesis de investigación

Hi: El Índice de Masa Corporal Bajo es factor de riesgo para parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021

Hipótesis Nula

Ho: El Índice de Masa Corporal Bajo No es factor de riesgo al parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021

Tabla 21: Estadístico de contrastación del Índice de Masa Corporal Bajo y el parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,023 ^a	2	,049
Razón de verosimilitud	7,227	2	,027
Asociación lineal por lineal	,052	1	,819
N de casos válidos	164		

Fuente: Elaboración a través del software IBM SPSS v.27.

Tabla 22: Estadístico de intensidad de asociación del Índice de Masa Corporal Bajo y el parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,192	,049
	V de Cramer	,192	,049
N de casos válidos		164	

Fuente: Elaboración a través del software IBM SPSS v.27.

Conclusión estadística:

Al aplicar la prueba estadística Chi2 de Pearson con un nivel de significancia estadística de 0,05 y un nivel de confianza del 95% se calculó el valor de $p=0,049$, por lo que se encontró una asociación estadística entre las variables de estudio, Índice de Masa Corporal Bajo y parto pretérmino, por lo que se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula. (Tabla 21)

Así también, con una significancia estadística del 0,05 y un intervalo de confianza del 95% a la aplicación de la prueba estadística V de Cramer, se calculó el valor de 0,192 por lo que la intensidad de la relación (asociación) de las variables Índice de Masa Corporal Bajo y parto pretérmino es débil (Tabla 22)

Análisis estadístico de hipótesis 03

Hipótesis de investigación

Hi: El Control prenatal menor a 6 es factor de riesgo para parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021

Hipótesis Nula

Ho: El Control prenatal menor a 6 no es factor de riesgo al parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021

Tabla 23: Estadístico de contrastación del Control prenatal menor a 6 y el parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021

	Valor	GI	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,641 ^a	2	,022
Razón de verosimilitud	8,003	2	,018
Asociación lineal por lineal	,265	1	,607
N de casos válidos	164		

Fuente: Elaboración a través del software IBM SPSS v.27.

Tabla 24: Estadístico de intensidad de asociación del Control prenatal menor a 6 y el parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021

	Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal Phi	,216	,022
V de Cramer	,216	,022
N de casos válidos	164	

Fuente: Elaboración a través del software IBM SPSS v.27.

Conclusión estadística:

Al aplicar la prueba estadística Chi² de Pearson con un nivel de significancia estadística de 0,05 y un nivel de confianza del 95% se calculó el valor de $p=0,022$, por lo que se encontró una asociación estadística entre las variables de estudio, Control prenatal menor a 6 y parto pretérmino, por lo que se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula. (Tabla 23)

Así también, con una significancia estadística del 0,05 y un intervalo de confianza del 95% a la aplicación de la prueba estadística V de Cramer, se calculó el valor de 0,216 por lo que la intensidad de la relación (asociación) de las variables, Control prenatal menor a 6 y parto pretérmino es moderado (Tabla 24)

Análisis estadístico de hipótesis 04

Hipótesis de investigación

Hi: Los Antecedentes Obstétricos son factores de riesgo para parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021

Hipótesis Nula

Ho: Los Antecedentes Obstétricos no son factores de riesgo al parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021

Tabla 25: Estadístico de contrastación del los Antecedentes Obstétricos y el parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021

		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	Antecedente de Aborto	1,198 ^a	2	,549
	Paridad	6,576 ^a	2	,037
	Antecedente de parto Pretérmino	0,674 ^a	2	,714
	Periodo Intergenésico	1,518 ^a	2	,468

Fuente: Elaboración a través del software IBM SPSS v.27.

Tabla 26: Estadístico de intensidad de asociación los Antecedentes Obstétricos (Paridad) y el parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021

		Valor	Significación aproximada
Phi V de Cramer	Paridad	,200	,037
	V de Cramer	,200	,037
N de casos válidos		164	

Fuente: Elaboración a través del software IBM SPSS v.27.

Conclusión estadística:

Al aplicar la prueba estadística Chi² de Pearson con un nivel de significancia estadística de 0,05 y un nivel de confianza del 95%, se encontró un p calculado=0,037 lo que demuestra que existe asociación estadística entre las variables, paridad mayor de 3 con el parto pretérmino, por lo que se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula. Sin embargo, no se determinó asociación significativa para la variable antecedente de Aborto con un p calculado=0,549 y la variable antecedente de parto pretérmino con un p

calculado=0,714. Por lo que se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula. (Tabla 25)

Así también, con una significancia estadística del 0,05 y un intervalo de confianza del 95% a la aplicación de la prueba estadística V de Cramer, se calculó el valor de 0,218 por lo que la intensidad de la relación (asociación) de las variables edades maternas extremas y parto pretérmino es moderado (Tabla 26).

Análisis estadístico de hipótesis 05

Hipótesis de investigación

Hi: Las complicaciones maternas son factores de riesgo para parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021

Hipótesis Nula

Ho: Las complicaciones maternas no son factores de riesgo al parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021

Tabla 27: Estadístico de contrastación del las complicaciones maternas y el parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021

		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi- cuadrado de Pearson	Infección del tracto Urinario	7,422 ^a	2	,024
	Anemia Materna	7,858 ^a	2	,020
	Corioamnionitis	3,633 ^a	2	,163
	Ruptura Prematura de Membranas	3,417 ^a	2	,181
	Hemorragia de la II mitad del embarazo	1,757 ^a	2	,415

Fuente: Elaboración a través del software IBM SPSS v.27.

Tabla 28: Estadístico de intensidad de asociación las complicaciones maternas y el parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021

		Valor	Significación aproximada
Phi V de Cramer	Infeccion del tracto Urinario	,213	,024
	Anemia Materna	,219	,020
N de casos válidos		164	

Fuente: Elaboración a través del software IBM SPSS v.27.

Conclusión estadística:

Al aplicar la prueba estadística Chi² de Pearson con un nivel de significancia estadística de 0,05 y un nivel de confianza del 95%, se encontró un p calculado=0,024 para la variable infección del trato urinario, y un p calculado=0.020 para la variable anemia materna, lo que demuestra que existe asociación estadística entre las variables, Infección del tracto urinario y anemia materna con el parto pretérmino, por lo que se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula. Sin embargo, no se determinó asociación significativa para la variable corioamnionitis con un p calculado=0,163, la variable Ruptura prematura de membrana con un p calculado=0,181 y la variable Hemorragia de la II mitad del embarazo, por lo que se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula (Tabla 27).

Así también, con una significancia estadística del 0,05 y un intervalo de confianza del 95% a la aplicación de la prueba estadística V de Cramer, se calculó el valor de 0,213 para la variable Infeccion del tracto urinaraario, y un valor de 0.219 para la variable Anemia materna, por lo que la intensidad de la relación (asociación) de las variables Infección del tracto Urinario, Anemia materna y parto pretérmino es moderado (Tabla 28).

Análisis estadístico de hipótesis 06

Hipótesis de investigación

Hi: Las complicaciones fetales son factores de riesgo para parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021

Hipótesis Nula

Ho: Las complicaciones fetales no son factores de riesgo al parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021

Tabla 29: Estadístico de contrastación del las complicaciones fetales y el parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021

		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado	Gestación Múltiple	1,368 ^a	2	,505
de	Polihidramnios	3,958 ^a	2	,138
Pearson	Oligoamnios	,506 ^a	2	,777

Fuente: Elaboración a través del software IBM SPSS v.27.

Conclusión estadística:

Al aplicar la prueba estadística Chi² de Pearson con un nivel de significancia estadística de 0,05 y un nivel de confianza del 95%, no se determinó asociación significativa para gestación Múltiple con un p calculado=0,505, la variable Polihidramnios con un p calculado=0,138 y la variable Oligoamnios, por lo que se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula (Tabla 29).

4.4. Discusión de resultados

En el presente estudio de investigación se evaluó los factores de riesgo asociados al parto pretérmino, de los recién nacidos atendidos el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco en el periodo de los años 2020-2021, nos permitió conocer qué factores de riesgo se encuentran asociados parto pretérmino, y su nivel de correlación. De la misma manera también se revisó las características de los recién nacidos pretérmino.

R. Díaz-Granda, et al. (2019) (44) en su investigación encontró según la clasificación, que los más numerosos son los prematuros tardíos 75,0% y los menos numerosos fueron los prematuros extremos 5,6%. Semejante al de nuestra población la clasificación del recién nacido pretérmino fue en predominio el 69.5% (114) los prematuros tardíos o tardíos (34–36ss), seguidos del 17.7% (29) prematuros Moderado (32 -33ss) y en un menor porcentaje de 12.8% (21) son prematuros extremos (28 - 31ss) y no se tuvo ningún caso de prematuro muy extremo que cumpla con los criterios de inclusión. Así también en su estudio en relación al sexo se encontró en un 48,8% del sexo masculino y 51,2% del sexo femenino, resultado diferente al del presente estudio donde los del mayor porcentaje fueron del sexo masculino con un 50.6% (83), mientras que del sexo femenino fue de 49.4% (81). En relación al peso en su investigación un 70% tuvo peso menor a 2500, de manera semejante al del presente estudio donde se obtuvo un 65,2% con peso menor a 2500.

López-Veliz (45) en su tesis sobre la edad materna extrema asociado al parto pretérmino encontró un p calculado de $p=0,027$, por lo que determinó que existe asociación entre la edad materna extrema y el parto Pretérmino, del mismo modo en nuestro estudio de encontró un $p=0.020$, por lo que concuerda con nuestro resultados.

Meléndez et al. (46) en la investigación realizada encontraron una asociación estadística significativa con $p= 0.016$ en relación al IMC bajo al inicio de la gestación, por lo que coincide con el presente trabajo de investigación donde se calculó un $p=0.049$ para el IMC Bajo en relación al recién nacido pretérmino.

Ahumada-Barríos et al. (47) en su investigación obtuvo que un bajo número de controles prenatales $p=0.001$ está asociado a la prematuridad, del mismo modo nuestro estudio de investigación calculo un $p=0.22$, por lo que coinciden al considerar a un menos número de controles prenatales como factor de riesgo asociado para el parto pretérmino.

Gil Mejia (48) en su estudio sobre los factores de riesgo asociado al parto pretérmino, en relación a los factores obstétricos (antecedente de aborto, paridad mayor a 3, antecedente de parto pretérmino y periodo intergenésico corto) obtuvieron un valor de $p < 0.050$ estableciendo una asociación significativamente estadística, en el caso de nuestra investigación en la única variable que se coincide es en la paridad mayor a 3 con un p calculado = 0.037, donde se establece una asociación significativamente estadística. Pero no coincide con el antecedente de aborto, el antecedente de parto pretérmino, ni el periodo intergenésico corto, quienes no tienen una asociación significativamente estadística con el parto pretérmino

Aliaga (49) en su estudio de investigación sobre factores de riesgo asociados al parto pretérmino, obtuvo una asociación estadísticamente significativa con un $p = 0.03$ para la hemorragia de la II mitad del embarazado, en relación al parto pretérmino, lo que no coincide con nuestro trabajo de investigación donde se obtuvo un $p = 0,415$ y no se encontró asociación estadísticamente significativa. Del mismo modo Aliaga (49) en su estudio obtiene una asociación estadísticamente significativa con un $p = 0.01$ del embarazo múltiple, y de la Infección del tracto urinario, lo cual difiere de nuestro trabajo de investigación donde no se determinó asociación significativa para gestación Múltiple con un p calculado = 0,505, pero coincide con la variable Infección del tracto urinario con $p = 0.024$ obtenido en nuestro trabajo de investigación.

Abhishek Gurung et al. (50) en su trabajo de investigación sobre los factores de riesgo asociados a parto pretérmino, obtuvo que la anemia materna se asocia significativamente con los partos prematuros con un $p = 0.001$, coincidiendo así con nuestro trabajo de investigación donde se obtuvo un $p = 0.020$, lo que demuestra que existe asociación estadística entre las variables, anemia materna con el parto pretérmino.

Rodríguez (51) en su tesis de investigación, obtuvo que la Corioamnionitis es un factor con mayor asociación estadística para tener un recién nacido pretérmino, lo que difiere de nuestro trabajo de investigación donde no se determinó asociación significativa para la variable corioamnionitis con un p calculado=0,163.

Guillermo Arias et. al. (52) en su trabajo de investigación obtuvo que el oligoamnios tiene un resultado significativo para el nacimiento de pretérmino, lo que no coincide con el presente trabajo de investigación donde no se determinó asociación significativa para el oligoamnios con un $p=0,777$.

Castro (53) en su tesis de investigación en relación al polihidramnios como factor de riesgo adverso para las complicaciones materno-perinatales, obtuvo $p<0,05$ con lo que demuestra una asociación significativa, por el contrario en el presente trabajo de investigación se obtuvo un p calculado=0,138 no se determinó asociación significativa con el parto pretérmino.

CONCLUSIONES

1. Se estableció que la edad materna extrema ≤ 19 años y ≥ 35 años fue un factor asociado al parto pretérmino, y que el mayor porcentaje (26.8%) se encontraron en los pretérmino tardíos.
2. Respecto al Índice de masa corporal bajo se estableció que fue un factor asociado al parto pretérmino, y que el mayor porcentaje (18.3%) se encontraron en los pretérmino tardíos.
3. Se estableció que el control prenatal (< 6) fue un factor asociado al parto pretérmino, y que el mayor porcentaje (35.4%) se encontraron en los pretérmino tardíos.
4. Respecto a los antecedentes obstétricos el único que fue un factor asociado al parto pretérmino es la Paridad mayor a 3, y el mayor porcentaje (35.4%) se encuentran en los pretérmino tardíos. Y los que no estuvieron asociadas, son el antecedente de aborto, antecedente de parto pretérmino y periodo intergenésico corto.
5. Respecto a las complicaciones maternas, las que estuvieron asociadas con el parto pretérmino, son la Infección del tracto urinario y la Anemia materna, siendo en ambos que el mayor porcentaje se encuentran en los pretérmino tardíos. No estuvieron asociadas con el parto pretérmino, son la corioamnionitis, ruptura prematura de membranas y hemorragia de la II mitad del embarazo.
6. Respecto a las complicaciones fetales, no estuvieron asociadas con el parto pretérmino, ellas fueron la gestación Múltiple, el Polihidramnios y el Oligoamnios.

RECOMENDACIONES

1. Proporcionar a la gestante charlas sobre la importancia de la atención prenatal, complicaciones en el embarazo, la identificación oportuna de los factores de riesgo, con los cual podríamos prevenir y/o tratar oportunamente el parto pretérmino.
2. Incentivar a las gestantes a acudir a las consultas prenatales, para realizar un adecuado monitoreo durante el embarazo y así realizar la detección temprana de algún factores de riesgo asociados e intervenir en ellos.
3. Se sugiere realizar promoción y difusión sobre educación sexual y reproductiva en instituciones públicas, privadas.
4. Se sugiera mayor difusión de la atención Pre-concepcional, con la finalidad de que se pueda planificar una gestación, y prevenir los factores de riesgo asociados al parto pretérmino.
5. Se recomienda la realización de nuevas investigaciones para con ello se pueda proporcionar cada vez una mejor atención de salud, y disminuir los partos pretérmino en nuestra región.
6. Se recomienda realizar estudio sobre la morbilidad y mortalidad de los prematuros en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Matos-Alviso LJ, Reyes-Hernández KL, López-Navarrete GE, Reyes-Hernández MU, Aguilar-Figueroa ES, O. P-P, et al. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 10 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2020/sj203h.pdf>
2. Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran AP, Merialdi M, Requejo JH, et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. Bull World Health Organ [Internet]. 2010;88(1):31–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.08.062554>
3. Nacimientos prematuros en el Perú se incrementan a 6.89 % en lo que va del 2022 [Internet]. Gob.pe. [citado el 10 de noviembre 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>
4. Launch of the WHO recommendations for care of the preterm or low birth weight infant [Internet]. Who.int. [citado el 10 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2022/11/17/default-calendar/launch-of-the-who-recommendations-for-care-of-the-preterm-or-low-birth-weight-infant>
5. Walani SR. Global burden of preterm birth. Int J Gynaecol Obstet [Internet]. 2020;150(1):31–3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.13195>
6. Minsa implementará método canguro en hospitales a nivel nacional para atender a bebés prematuros y/o de bajo peso al nacer [Internet]. Gob.pe. [citado el 10 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/618610-minsa-implementara-metodo-canguro-en-hospitales-a-nivel-nacional-para-atender-a-bebes-prematuros-y-o-de-bajo-peso-al-nacer>

7. Mwaniki MK, Atieno M, Lawn JE, Newton CR. Long-term neurodevelopmental outcomes after intrauterine and neonatal insults: a systematic review. *Lancet* [Internet]. 2012;379(9814):445–52. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61577-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61577-8)
8. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller A-B, Narwal R, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet* [Internet]. 2012;379(9832):2162–72. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60820-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60820-4)
9. Omar AI, Mohamed AD, Farah MG, Mahad IA, Mohamed SA, Dimbil AH, et al. Maternal risk factors associated with preterm births among pregnant women in Mogadishu, Somalia. *Children (Basel)* [Internet]. 2022;9(10):1518. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/children9101518>
10. Díaz-Rodríguez A, Feliz-Matos L, Ruiz Matuk CB. Risk factors associated with preterm birth in the Dominican Republic: a case-control study. *BMJ Open* [Internet]. 2021;11(12):e045399. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045399>
11. Guevara Díaz WD. Factores de Riesgo asociados a Parto Pretermino en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de Guaranda, Periodo 2013-2015. Universidad Regional Autónoma de los Andes.; 2015.
12. Rodríguez CSI, Ramos GR, Hernández HRJ. Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles. *Ginecol Obstet Mex.* 2013;81(09):499-503.
13. Ayala Peralta FD, Gonzales-Medina C, Minaya León P, Mejico Caja M, Morales Alvarado S, Valdivieso Oliva V, et al. Factores de riesgo para parto pretérmino idiopático según prematuridad. *Investigación Materno Perinatal* [Internet]. 2022;11(1):18–25. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33421/inmp.2022277>

14. Toro-Huamanchumo CJ, Barboza JJ, Pinedo-Castillo L, Barros-Sevillano S, Gronerth-Silva JK, Gálvez-Díaz NDC, et al. Factores maternos asociados a prematuridad en gestantes de un hospital público de Trujillo, Perú. Rev Cuerpo Med HNAAA [Internet]. 2021;14(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.143.1246>
15. Paredes Bedoya MM. Factores de riesgo materno asociados a parto prematuro en el Hospital Regional Manuel Nuñez Butron. [Puno]: universidad nacional del altiplano; 2019.
16. Guadalupe-Huamán SM, Oshiro-Canashiro S. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015. Rev Fac Med Humana [Internet]. 2017 [citado el 13 de noviembre de 2022];17(1):32–42. Disponible en: <https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/746>
17. Basualdo Bernuy, Gaby Zarela. Isidro Robles, Darilyn Hensley. Factores De Riesgo Asociados A La Prematuridad En Parturientas Del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión Pasco, 2020. [Huancavelica]: Universidad Nacional De Huancavelica; 2022.
18. Gutiérrez Ramos M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. Rev peru ginecol obstet [Internet]. 2018;64(3):405–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v64i2105>
19. MINSA. Guías técnicas para la atención, diagnóstico y tratamiento de 10 condiciones obstétricas [Internet]. Gob.pe. 2011 [citado el 13 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1889.pdf>
20. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Parto pretérmino. Prog Obstet Ginecol 2020;63:283-321.
21. Bernal Castañeda M. Bebés prematuros y bebés con bajo peso al nacer : prevención desde el embarazo. En: Prevención de la enfermedad y la muerte

en el embarazo y la primera infancia: un aporte desde la psicología del consumidor. Fundación Universitaria Konrad Lorenz; 2019. p. 181–201.

22. Suman V, Luther EE. Preterm Labor. En: StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; 2022.
23. Contreras AG. Desencadenantes del parto prematuro. Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada: Servicio de Obstetricia y Ginecología; 10 de Enero de 2019.
24. Practice bulletin no. 130: Prediction and prevention of preterm birth. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2012;120(4):964–73. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/aog.0b013e3182723b1b>
25. Phillips C, Velji Z, Hanly C, Metcalfe A. Risk of recurrent spontaneous preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* [Internet]. 2017;7(6):e015402. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015402>
26. Facco FL, Nash K, Grobman WA. Are women who have had a preterm twin delivery at greater risk of preterm birth in a subsequent singleton pregnancy? *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2007;197(3):253.e1-3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2007.06.049>
27. Turitz A, Elovitz M, Levine L, Purisch S. The effect of prior term birth on risk of recurrent spontaneous preterm birth. *Am J Perinatol* [Internet]. 2018;35(04):380–4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0037-1607317>
28. Bruinsma FJ, Quinn MA. The risk of preterm birth following treatment for precancerous changes in the cervix: a systematic review and meta-analysis: Cervical dysplasia and preterm birth: a meta-analysis. *BJOG* [Internet]. 2011;118(9):1031–41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.02944.x>
29. Hamilton BE, Martin JA, Osterman MJK, Curtin SC, Matthews TJ. Births: Final data for 2014. *Natl Vital Stat Rep*. 2015;64(12):1–64.

30. Rizo Baeza Fj. Edad Y Origen De La Madre Como Factores De Riesgo De Prematuridad. Universidad De Alicante; 2012.
31. Domínguez L, Vigil-De Gracia P. El intervalo intergenésico: un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales. Clin Invest Ginecol Obstet [Internet]. 2005;32(3):122–6. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210573X05734870>
32. Zerna-Bravo C, Fonseca-Tumbaco R, Viteri-Rojas AM, Zerna-Gavilanes C. Identificación de factores de riesgo de parto pretérmino. Caso Hospital Enrique C. Sotomayor // Identification of risk factors for premature delivery of newborns at Hospital Enrique C. Sotomayor. Cienc Unemi [Internet]. 2018;11(26):134. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.29076/issn.2528-7737vol11iss26.2018pp134-142p>
33. Alfonso L. Trabajos Originales Epidemiología de la prematuridad y sus determinantes, en una población de mujeres adolescentes y adultas de Colombia [Internet]. Conicyt.cl. [citado el 13 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v81n5/art05.pdf>
34. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Rotura Prematura de Membranas. Protocolo SEGO. Disponible en: <http://www.sego.es> [Consultado 14 nov 2022]
35. Salazar R, Erlita D. Anemia materna y su asociación a prematuridad – Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” 2017. Universidad Científica del Perú; 2019.
36. Taboada, R. Factores de riesgo asociados a parto pretermino en el Hospital Regional de Loreto Felipe Arriola Iglesias de enero a diciembre 2013 [Tesis]. : Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2015.
<http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/>

37. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet* [Internet]. 2008;371(9606):75–84. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60074-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60074-4)
38. Sayres WG Jr. Preterm labor. *Am Fam Physician*. 2010;81(4):477–84.
39. Cunningham F, MacDonald P, Gant N, Tardóno K, Gilstrap III L, Hankins G, et al. Parto prematuro. En: *Williams Obstetricia 23a Edición*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 804-831.
40. García A, Rosales S, Jiménez G. Diagnóstico y manejo del parto pretérmino. *Colegio Mexicano de especialistas en Ginecología y Obstetricia*; 2010: p.129 – 149.
41. Gupta S, Roman AS. 17- α hydroxyprogesterone caproate for the prevention of preterm birth. *Womens Health (Lond Engl)* [Internet]. 2012;8(1):21–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2217/whe.11.78>
42. Ch. L. Preterm Labor [Internet]. *Uptodate.com*. 2017 [citado el 14 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-preterm-labor>
43. Ramírez Murillo K. Prevención de parto pretérmino [Internet]. *Scielo*. 2018 [citado el 14 de noviembre de 2022]. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152018000100115&lng=en&tlng=es.
44. Díaz-Granda R, Díaz-Granda LS. Factores fetales asociados a parto prematuro [Internet]. *Bvsalud.org*. [citado el 10 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1053238/9-factores-fetales-asociados.pdf>
45. Véliz MJL. Edad materna extrema como factor de riesgo para parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2017. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018.

46. Meléndez-González CV, Saldaña-Solórzano CF, González-Habib R, Tirán-Saucedo J. Relación entre el índice de masa corporal bajo previo al embarazo y el riesgo de parto prematuro. *Ginecol Obstet Mex* 2017 sept;85(9):589-594.
47. Ahumada-Barrios ME, Alvarado GF. Risk Factors for premature birth in a hospital. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2016;24(0):e2750. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0775.2750>
48. Gil ME. Factores De Riesgo Maternos En La Amenaza De Parto Pretérmino En Gestantes Atendidas En El Hospital li-1 Rioja. [Lima]: Universidad San Martin De Porres; 2020.
49. Aliaga Rafael CG. Factores clínicos asociados a parto pretermino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Centro Medico Naval “Cirujano Mayor Santiago Tavera”. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2018.
50. Gurung A, Wrammert J, Sunny AK, Gurung R, Rana N, Basaula YN, et al. Incidence, risk factors and consequences of preterm birth - findings from a multi-centric observational study for 14 months in Nepal. *Arch Public Health* [Internet]. 2020;78(1):64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13690-020-00446-7>
51. Cachi YHR. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, El Agustino 2018. [Lima]: Universidad San Martin de Porres; 2020
52. Arias Macías G, Torres MR, Pérez Valdés N, Milián Vida M. Factores prenatales relacionados con la prematuridad. *Rev Cubana Pediatr* [Internet]. 2001 [citado el 18 de febrero de 2023];73(1):5–10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312001000100002
53. Aguilar, M. Polihidramnios idiopático como factor de riesgo de resultados adversos materno-perinatales en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo enero 2012 - julio 2015 [Tesis]. : Universidad Privada Antenor Orrego - UPAO; 2017. <https://hdl.handle.net/20.500.12759/2572>

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
E.F.P. MEDICINA HUMANA

ANEXO 1

FICHA DE REGISTRO

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN EL
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES
CARRIÓN (PASCO) 2020-2021

OBJETIVO GENERAL: Determinar cuáles son los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante los años 2020-2021, Pasco.

N° de Ficha: _____

A) CLASIFICACIÓN DEL PARTO PRETÉRMINO:

- Parto Pretérmino Extremo: < 28 ss ()
- Parto Pretérmino Severo: 28 – 31 ss ()
- Parto Pretérmino Moderado: 32 -33ss ()
- Parto Pretérmino Tardío: 34 – 36 ss ()

B) CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO:

- Peso: 2.500 a 4000 () <2500 () <1500 () <1000 ()
- Apgar al 1': 7 a 10 () 4 a 6 () 0 a 3 ()
- Sexo: Masculino () Femenino ()

C) DATOS MATERNOS

1. Edad de Madre: 11 a 19 años () 20 a 34 años () \geq 35 años ()
2. Paridad >3: Si () No ()
3. Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

D) FACTORES DE RIESGO MATERNOS:

	DATOS	Si	No
1	Controles prenatales (≥ 6)		
2	Antecedente de Parto pretérmino		
3	Infección del tracto urinario.		
4	Ruptura prematura de membranas.		
5	Hemorragia de la segunda mitad del embarazo.		
6	Periodo intergenésico corto		
7	Antecedente de Aborto		
8	Anemia durante el embarazo		
9	Corioamnionitis		

E) FACTORES DE RIESGO FETALES

	DATOS	Si	No
1	Gestación múltiple		
2	Polihidramnios		
3	Oligoamnios		

ANEXO 2

Historia clínica pediátrica



I DATOS MATERNOS		ESTADO CIVIL		G. INSTRUCCION		PADRE		Edad <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS		F. RIESGO <input type="text"/>			
EDAD años <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> unión consorte <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> otro		<input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> años		<input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> años		DOMICILIO _____		CODIGO POSTAL <input type="text"/> <input type="text"/>			
								DISTRITO _____		TELEF. _____			
II ANTECEDENTES PRENATALES EMBARAZO ACTUAL													
PESO Kg. <input type="text"/> <input type="text"/>		TALLA (cm) <input type="text"/> <input type="text"/>		G <input type="text"/> P <input type="text"/>		EG. (PUR) <input type="text"/>		EG. (AU) <input type="text"/>		EG. (ECO) <input type="text"/>			
ANTECEDENTES DE RIESGO PERINATAL													
GEST. ANTER. A <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>		INT. INTER. _____ Años _____ Meses		Peso > 4000 <input type="checkbox"/>		Peso > 2500 <input type="checkbox"/>		Por términos <input type="checkbox"/>		Muerte neonatal <input type="checkbox"/>			
Matimuerdos <input type="checkbox"/>		Distócicos <input type="checkbox"/>		ANTECED. FAMILIARES		INFECC. MATERNAS		ENF. MATERNAS		CPN No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> N Veces <input type="text"/> <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> T.B.C. <input type="checkbox"/> Gemelares <input type="checkbox"/> Malformaciones <input type="checkbox"/> Otros _____		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> T.B.C. activo <input type="checkbox"/> Lúes <input type="checkbox"/> TORCH <input type="checkbox"/> ITU III trim <input type="checkbox"/> Urocultivo + Germen _____ <input type="checkbox"/> Otros _____		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Pre eclampsia <input type="checkbox"/> Eclampsia <input type="checkbox"/> HTT <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Hipo - Hipertiroid <input type="checkbox"/> Otros _____		FÁRMACOS EN GESTACIÓN _____ _____ _____							
EXÁMENES AUXILIARES													
GRUPO <input type="text"/> Rh. <input type="text"/>		Hb. <input type="text"/> Gr. <input type="text"/>		Hcto. <input type="text"/> % <input type="text"/>		VDRL (RPR) _____		FECHA _____/_____/_____					
Coomb.: _____		HIV: _____		Examen de Orina: _____		Ecografía: _____		Otros: _____					
III ANTECEDENTES NATALES LABOR Y PARTO													
INICIO DE LABOR		PRESENTACIÓN		SUFRIMIENTO FETAL		ANESTESIA		DROGA		F- VITALES: PA: _____/_____ TEMP: _____ °C			
FECHA _____/_____/_____ Hora: _____ <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Espontánea <input type="checkbox"/> Inducido <input type="checkbox"/> Desconocido		<input type="checkbox"/> Cefálica <input type="checkbox"/> Podálica <input type="checkbox"/> Cara <input type="checkbox"/> Frente <input type="checkbox"/> Transversa <input type="checkbox"/> Desconocido		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Lam <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> DIP II <input type="checkbox"/> Distocia cordón <input type="checkbox"/> Acidosis		<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Peridural <input type="checkbox"/> Epidural <input type="checkbox"/> Raquídea <input type="checkbox"/> General Droga: _____		<input type="checkbox"/> Diazepan <input type="checkbox"/> Sulfato Mg <input type="checkbox"/> Oxitócicos <input type="checkbox"/> Antibióticos					
PARTO		TIPO DE PARTO		INDICACIÓN CESAREA		INDICACIÓN CESAREA		RUPT. MEMB.					
<input type="checkbox"/> Espontáneo <input type="checkbox"/> Precipitado <input type="checkbox"/> Prolongado <input type="checkbox"/> Estimulado		<input type="checkbox"/> Eutócico <input type="checkbox"/> Forceps <input type="checkbox"/> Vaccum <input type="checkbox"/> Cesarea electiva <input type="checkbox"/> Cesarea emergen <input type="checkbox"/> Podálico		<input type="checkbox"/> Cesarea previa <input type="checkbox"/> Sufrimiento fetal <input type="checkbox"/> Parto prolongado <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Eclamp Pre eclam <input type="checkbox"/> ICP <input type="checkbox"/> Otra _____		<input type="checkbox"/> Sala partos <input type="checkbox"/> C. Quirúrgico <input type="checkbox"/> Cama <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Vehículo - Trayecto Otro _____		_____ Minutos _____ Horas _____ Dias					
1er período _____ hrs.		2do período _____ min.											
LIQUIDO AMNIÓTICO		CORDON UMBILICAL		PLACENTA									
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Fétido <input type="checkbox"/> Meconial		<input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Polidramnios <input type="checkbox"/> Oligohidramnios		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Circular <input type="checkbox"/> Nudo		<input type="checkbox"/> Visos incomp. <input type="checkbox"/> Friable <input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hipertrof		<input type="checkbox"/> Calif - infar <input type="checkbox"/> Cofoamionitis			
APELLIDO PATERNO _____		MATERNO _____		NOMBRES _____		SERV. N° _____		CAMA N° _____		HISTORIA CLINICA N° _____			

ANEXO 3

RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

MINISTERIO DE SALUD

No. 214-2018/MINSA



Resolución Ministerial

Lima, 13 de Mayo del 2018.



A. SALINAS



R. ESPINO



H. REBAZA



D. HIDALGO



C. VIRÚ

Visto, el Expediente N° 17-075782-002, que contiene la Nota Informativa N° 264-2017-DGAIN/MINSA y el Informe N° 094-2017-DIPOS-DGAIN/MINSA, de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional del Ministerio de Salud;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo 29 de la Ley N° 26842, modificado por la Única Disposición Complementaria Modificatoria de la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas establece que el acto médico debe estar sustentado en una historia clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente para resolver el problema de salud diagnosticado y que la historia clínica es manuscrita o electrónica para cada persona que se atiende en un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. En forma progresiva debe ser soportada en medios electrónicos y compartida por profesionales, establecimientos de salud y niveles de atención;

Que, el numeral 1) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, dispone como ámbito de competencia del Ministerio de Salud, la salud de las personas;

Que, el artículo 4 de la Ley precitada, dispone que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, los literales a) y b) del artículo 5 de la acotada Ley, señalan que son funciones rectoras del Ministerio de Salud, el formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades, Recuperación y Rehabilitación en Salud, bajo su competencia, aplicable a

todos los niveles de gobierno; así como dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales;

Que, el artículo 98 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA establece que la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional es el órgano de línea del Ministerio de Salud, dependiente del Ministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud responsable de proponer normatividad en materia de organización y gestión de servicios en salud. Asimismo, propone la normatividad para implementar el intercambio prestacional con la finalidad de generar mayor cobertura de los servicios y utilizar la oferta pública de forma eficiente. Supervisa la política en materia de aseguramiento en salud a nivel nacional;

Que, por Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, se aprueba la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", modificada mediante Resoluciones Ministeriales N°s 204-2015/MINSA y 078-2016/MINSA;



Que, mediante el documento del visto, la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, en el marco de sus competencias funcionales ha elaborado la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, con el objetivo de establecer los procesos y procedimientos para la administración y gestión de la historia clínica a nivel del Sector Salud, así como estandarizar el contenido básico de la historia clínica para registrar apropiadamente la atención del usuario en salud y asegurar el manejo, conservación y eliminación de la historia clínica en correspondencia con el actual contexto sanitario, legal, administrativo y tecnológico, en virtud a la aplicación de las tecnologías de la información y comunicación, en el ámbito de la salud de conformidad con la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas y su modificatoria;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional;



Que, mediante el Informe N° 043-2018-OGAJ/MINSA, la Oficina General de Asesoría Jurídica ha emitido opinión legal;

Con el visado del Director General de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, el Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, de la Secretaría General y del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud; y,

De conformidad con lo establecido en el Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y en el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA;



SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2.- Derogar la Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, que aprueba la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica" y sus modificatorias aprobadas por Resoluciones Ministeriales N°s 204-2015/MINSA y la Resolución Ministerial N° 078-2016/MINSA.

ANEXO 4

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN



**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

INFORME DE OPINIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS INFORMATIVOS:

- 1.1. Título de la Investigación: Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el servicio de neonatología del Hospital Daniel Alcides Carrión (Pasco) 2020-2021
- 1.2. Nombre del instrumento motivo de evaluación: Ficha de registro de Datos
- 1.3. Autor del Instrumento: Bach. BALVIN CHACÓN, Diana Evelyng
- 1.4. Apellidos y Nombres del Experto: Jaime Pari Navarro
- 1.5. Cargo o Institución donde labora: Medico Pediatra

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios	Deficiente 0 - 20	Bajo 21- 40	Regular 41- 60	Buena 61- 80	Muy buena 81- 100
Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado					93
Objetividad	Está expresado en conductas observables.					95
Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología.				80	
Organización	Existe una organización lógica					98
Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.					95
Intencionalidad	Adecuado para cumplir con los objetivos.					95
Consistencia	Basados en aspectos teóricos científicos.					90
Coherencia	Entre los índices, indicadores y dimensiones.					95
Metodología	La estrategia responde al propósito del estudio.					90
Oportunidad	El instrumento será aplicado en el momento oportuno o más adecuado, según sus procedimientos.					95
Suma					80	846
Suma Total				926		

Promedio de Valoración: (SUMA TOTAL/100)= 9.28

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Deficiente	Bajo	Regular	Buena	Muy Buena
1-2	3-4	5-6	7-8	9-10

Firma del Experto:

DNI: 08133349

Lugar y Fecha: 23-01-23



B. JAIME PARI NAVARRO
MÉDICO PEDIATRA
CMP 32537 RNE. 29080



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

INFORME DE OPINIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS INFORMATIVOS:

- 1.1. Título de la Investigación: Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el servicio de neonatología del Hospital Daniel Alcides Carrión (Pasco) 2020-2021
1.2. Nombre del instrumento motivo de evaluación: Ficha de registro de Datos
1.3. Autor del Instrumento: Bach. BALVIN CHACÓN, Diana Evelyng
1.4. Apellidos y Nombres del Experto: Dr. Segovia Aguilar, Franks Andres
1.5. Cargo o Institución donde labora: Medico Pediatra en el hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el servicio de Pediatría y Neonatología

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios	Deficiente 0 - 20	Bajo 21- 40	Regular 41- 60	Buena 61- 80	Muy buena 81- 100
Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado					90
Objetividad	Está expresado en conductas observables.				80	
Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología.					85
Organización	Existe una organización lógica					90
Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.					85
Intencionalidad	Adecuado para cumplir con los objetivos.					90
Consistencia	Basados en aspectos teóricos científicos.					95
Coherencia	Entre los índices, indicadores y dimensiones.					90
Metodología	La estrategia responde al propósito del estudio.					90
Oportunidad	El instrumento será aplicado en el momento oportuno o más adecuado, según sus procedimientos.					95
Suma					80	820
Suma Total				900		

Promedio de Valoración: (SUMA TOTAL/100)= 9

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Deficiente	Bajo	Regular	Buena	Muy Buena
1-2	3-4	5-6	7-8	9-10 <input checked="" type="checkbox"/>

Firma del Experto:

DNI: 42943672

Dr. Diana A. Segovia Aguilar
MÉDICO PEDIATRA
CMP. 069563

Lugar y Fecha: Cerro de Pasco 16 de Enero



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
INFORME DE OPINIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS INFORMATIVOS:

- 1.1. Título de la Investigación: Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el servicio de neonatología del Hospital Daniel Alcides Carrión (Pasco) 2020-2021
- 1.2. Nombre del instrumento motivo de evaluación: Ficha de registro de Datos
- 1.3. Autor del Instrumento: Bach. BALVIN CHACÓN, Diana Evelyn
- 1.4. Apellidos y Nombres del Experto:
- 1.5. Cargo o Institución donde labora:

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios	Deficiente 0 - 20	Bajo 21- 40	Regular 41- 60	Buena 61- 80	Muy buena 81- 100
Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado					85
Objetividad	Está expresado en conductas observables.					95
Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología.					85
Organización	Existe una organización lógica					90
Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.					95
Intencionalidad	Adecuado para cumplir con los objetivos.					95
Consistencia	Basados en aspectos teóricos científicos.					95
Coherencia	Entre los índices, indicadores y dimensiones.					90
Metodología	La estrategia responde al propósito del estudio.					90
Oportunidad	El instrumento será aplicado en el momento oportuno o más adecuado, según sus procedimientos.					95
Suma						915
Suma Total						915

Promedio de Valoración: (SUMA TOTAL/100)= 9.1

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Deficiente	Bajo	Regular	Buena	Muy Buena
1-2	3-4	5-6	7-8	9-10

Firma del Experto:

DNI: 40640597

Lugar y Fecha:


Carlos Alberto Huamancayo Inga
MÉDICO CIRUJANO
CMP 84842

Confiabilidad de la ficha de recolección de datos:

Se realizó la prueba de confiabilidad del Alfa de Cronbach, aplicando el SPSSv27, siendo el resultado de 0.804 de fiabilidad de la ficha de registro de datos y aplicado a una muestra piloto de 15 historias clínicas de recién nacidos prematuros atendidos en el servicio de neonatología del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión durante el 2020-2021, Pasco.

Resumen de procesamiento de casos

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

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,804	17

ANEXO 5

AUTENTICIDAD DE DATOS RECOLECTADOS

CONSTANCIA DE RECOLECCION DE DATOS

En atención a los documentos: *Informe N°009-2023-UGC/HDAC-PASCO* y *OFICIO N° 060-2023-UNDAC/FM/D*; mediante la presente, se hace constar que la **Srta. BALVIN CHACON Diana Evelyng**, identificado con **DNI N° 71323641**; alumno de la Facultad de Medicina, de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, ha realizado la recolección de datos de 164 historias clínicas, para su proyecto de investigación: **"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETERMINO EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION (PASCO) 2020-2021"**

Se expide la presente a solicitud del interesado, para los fines de la elaboración del proyecto de tesis.

Cerro de Pasco, 17 de marzo del 2023

Atentamente;

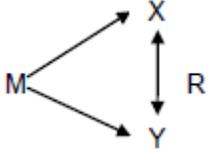
 HOSPITAL REGIONAL DR.
DANIEL A. CARRIÓN-PASCO
ING. DAYANA CAROLINA COSME CORAZAO
IEFF DE LA UNIDAD DE ESTADÍSTICA E
INFORMÁTICA

ANEXO 6

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN (PASCO) 2020-2021

Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología	Población y Muestra
<p>Problema General: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el 2020-2021?</p> <p>Problemas Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Existe relación entre las edades maternas extremas y el parto prematuro? - ¿El Índice de Masa Corporal bajo es factor de riesgo para parto pretérmino? 	<p>Objetivo general: Determinar cuáles son los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2020-2021, Pasco.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar si las edades maternas extremas son factores de riesgo para parto pretérmino. - Determinar si el Índice de Masa Corporal bajo es factor de riesgo para parto pretérmino 	<p>Hipótesis general: Existen factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Pasco en el año 2020-2021</p> <p>Hipótesis específica: H1i: Las edades maternas extremas son factores de riesgo para parto pretérmino. H2i: El Índice de Masa Corporal Bajo es factor de riesgo para parto pretérmino H3i: El control Prenatal menor de 6 es factor de</p>	<p>Variable Independiente: Factores de Riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad Materna extrema - IMC bajo - Control Pre natal (<6) - Antecedentes Obstétricos - Complicaciones Maternas - Complicaciones fetales <p>Variable Dependiente: Parto Pretérmino</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pretérmino tardío - Pretérmino Moderado 	<p>Tipo de investigación Tipo aplicada</p> <p>Nivel de Investigación Correlacional</p> <p>Diseño de Investigación No experimental, analítico, observacional, retrospectivo.</p> <p>Esquema del diseño:</p>	<p>Población Está constituida por los recién nacidos pretérminos atendidos en el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el 2020 y 2021; con historia clínica de recién nacido que tuvo historia completa respecto a las variables en estudio y con datos legibles.</p> <p>Muestra Muestra no probabilística, por conveniencia, quienes cumplan con</p>

<ul style="list-style-type: none"> - ¿Existe relación entre el control prenatal menor a 6 y el parto prematuro? - ¿Cuál es la relación entre los antecedentes obstétricos con el parto pretérmino? - ¿Las complicaciones maternas son factores de riesgo para parto pretérmino? - ¿Cuál es la relación entre las complicaciones fetales y el parto pretérmino? 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar si el control prenatal menor a 6 es factor de riesgo para parto pretérmino. - Identificar si los antecedentes obstétricos son factores de riesgo para parto pretérmino - Determinar si las complicaciones maternas son factores de riesgo para parto pretérmino. - Determinar si las complicaciones fetales son factores de riesgo para parto pretérmino. 	<p>riesgo para parto pretérmino.</p> <p>H4i: Los antecedentes Obstétricos son factores de riesgo para parto pretérmino</p> <p>H5i: Las complicaciones maternas son factores de riesgo para parto pretérmino.</p> <p>H6i: Las complicaciones fetales son factores de riesgo para parto pretérmino.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pretérmino Extremo - Pretérmino Muy Extremo 	<div style="text-align: center;">  <pre> graph LR M --> X M --> Y X <--> R Y </pre> </div> <p>Donde: M: Muestra con la que se realizó el estudio. X: Variable Independiente Y: Variable Dependiente R: La relación de asociación entre las variables</p>	<p>los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo una muestra de 164 historias clínicas para la ejecución del estudio.</p>
--	--	---	--	---	---