

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**

**ESCUELA DE POSGRADO**



**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS  
DE LA SALUD**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS**

**TESIS:**

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO.  
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2023**

Para optar el Grado Académico de

**MAESTRO EN CIENCIAS**

**MENCIÓN: SALUD PÚBLICA**

Presentada por:

**LADY DALILA CABRERA ROMERO**

Asesor:

**M.Cs. GLORIA AGRIPINA ROSAS ALARCÓN**

Cajamarca, Perú

2025

### CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador:  
Lady Dalila Cabrera Romero  
DNI: 46555520  
Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud. Programa de Maestría en Ciencias. Mención: Salud Pública.
2. Asesor: M.Cs. Gloria Agripina Rosas Alarcón
3. Grado académico o título profesional  
 Bachiller       Título profesional       Segunda especialidad  
 Maestro       Doctor
4. Tipo de Investigación:  
 Tesis       Trabajo de investigación       Trabajo de suficiencia profesional  
 Trabajo académico
5. Título de Trabajo de Investigación:  
  
Factores de riesgo asociados a parto pretérmino. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2023.
6. Fecha de evaluación: 16/02/2025
7. Software antiplagio:                     TURNITIN
8. Porcentaje de Informe de Similitud: 17%
9. Código Documento: 3117:430763992
10. Resultado de la Evaluación de Similitud:  
**X APROBADO**

Fecha Emisión: 19/08/2025

<i>Firma y/o Sello Emisor Constancia</i>
 ..... <b>M.Cs. Gloria Agripina Rosas Alarcón</b> DNI: 26717965

\* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

COPYRIGHT © 2025 BY  
**LADY DALILA CABRERA ROMERO**  
Todos los derechos reservados



**Universidad Nacional de Cajamarca**  
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2019-SUNEDU/CD  
**Escuela de Posgrado**  
CAJAMARCA - PERU



**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS**

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS**

Siendo las 15:30 horas del día 13 de diciembre de dos mil veinticuatro, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. SARA ELIZABETH PALACIOS SÁNCHEZ**, **Dra. RUTH ELIZABETH VIGO BARDALES**, **Dra. ELENA SOLEDAD UGAZ BURGA** y en calidad de Asesora la **M.Cs. GLORIA AGRIPINA ROSAS ALARCÓN**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno de la Escuela de Posgrado y la Directiva para la Sustentación de Proyectos de Tesis, Seminarios de Tesis, Sustentación de Tesis y Actualización de Marco Teórico de los Programas de Maestría y Doctorado, se dió inicio a la Sustentación de la Tesis titulada: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2023**; presentada por la **Bachiller en Obstetricia, LADY DALILA CABRERA ROMERO**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó... aprobar... con la calificación de 17 (Excelente) la mencionada Tesis; en tal virtud, la **Bachiller en Obstetricia, LADY DALILA CABRERA ROMERO**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que la acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

Siendo las 17:10 horas del mismo día, se dio por concluido el acto.

.....  
Gloria Rosas  
M.Cs. Gloria Agripina Rosas Alarcón  
Asesora

.....  
Sara Elizabeth Palacios Sánchez  
Dra. Sara Elizabeth Palacios Sánchez  
Jurado Evaluador

.....  
Ruth Elizabeth Vigo Bardales  
Dra. Ruth Elizabeth Vigo Bardales  
Jurado Evaluador

.....  
Elena Soledad Ugaz Burga  
Dra. Elena Soledad Ugaz Burga  
Jurado Evaluador

A:

Mi hijo Mateo, el ser que más amo después de Dios, por ser mi fortaleza, mi inspiración en cada día, que me permite seguir creciendo profesionalmente y el impulso para que todas las metas que logre alcanzar le sirvan como ejemplo.

A mis padres, con amor, por motivarme a seguir adelante. ¡Este logro es de ustedes también!

A todos mis hermanos a quienes quiero mucho, por su apoyo moral e incondicional, espero les sirva como muestra que todo se puede lograr.

**Lady Cabrera**

## AGRADECIMIENTO:

A Dios, por ser mi Roca Eterna y darme la fuerza para culminar esta meta.

A mi Alma Mater, la Universidad Nacional de Cajamarca, su área de posgrado y sus docentes, por brindarme sus conocimientos, apoyo y facilitar mi formación durante esta etapa.

A mi asesora, la M.Cs. Obsta Gloria Rosas Alarcón, por su apoyo en el desarrollo de esta investigación.

Al Hospital Regional Docente de Cajamarca, por facilitarme el ingreso a sus instalaciones para la realización del presente estudio.

**Lady Cabrera**

**“Los padres de un bebé prematuro son extra especiales; después de todo, Dios no escoge a cualquiera para ser testigo de un milagro”**

17 de noviembre – Día Internacional del Bebé Prematuro

**II Cumbre Latinoamericana de la prematurez – OMS – OPS – 2016**

## ÍNDICE GENERAL

	Pág.
<b>DEDICATORIA:</b> .....	<b>v</b>
<b>AGRADECIMIENTO:</b> .....	<b>vi</b>
<b>ÍNDICE GENERAL</b> .....	<b>viii</b>
<b>LISTA DE TABLAS</b> .....	<b>x</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>xi</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>xii</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>xiii</b>
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1. Planteamiento del problema</b> .....	<b>1</b>
1.2. Formulación del problema.....	5
<b>1.3. Justificación</b> .....	<b>5</b>
<b>1.4. Objetivos de la investigación</b> .....	<b>7</b>
1.4.1. Objetivo general .....	7
1.4.2. Objetivos específicos .....	7
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>8</b>
2.1. Antecedentes de la investigación.....	<b>8</b>
2.1.1. Antecedentes internacionales .....	<b>8</b>
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	<b>11</b>
2.1.3. Antecedentes locales.....	<b>13</b>
2.2. Marco doctrinal.....	14
2.3. Marco conceptual .....	16
2.3.1. Factores de riesgo .....	16
2.3.1.1. Factores de riesgo sociodemográficos .....	16
2.3.1.2. Factores de riesgo gineco-obstétricos .....	18

2.3.1.3. Factores de riesgo clínicos.....	22
2.3.2. Parto pretérmino .....	26
2.4. Bases legales.....	30
2.5. Definición de términos básicos.....	31
2.6. Hipótesis de la investigación .....	32
2.7. Variables.....	32
2.8. Operacionalización de variables .....	33
<b>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>34</b>
3.1. Ubicación geográfica.....	34
3.2. Diseño y tipo de investigación.....	34
3.3. Población, muestra, unidad de análisis y unidad de observación.....	35
3.4. Técnicas e instrumentos de recopilación de información.....	38
3.5. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información.....	39
3.6. Principios éticos de la investigación.....	40
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>41</b>
4.1. Prevalencia y clasificación de partos pretérmino .....	41
4.2. Factores de riesgo sociodemográficos asociados a parto pretérmino.....	45
4.3. Factores de riesgo gineco obstétricos asociados a parto pretérmino .....	50
4.4. Factores de riesgo clínicos asociados a parto pretérmino .....	56
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>63</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>64</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>84</b>

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Prevalencia del parto pretérmino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca durante el año 2023. ....	41
Tabla 2. Clasificación del parto pretérmino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2023.....	42
Tabla 3. Factores de riesgo sociodemográficos asociados a parto pretérmino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2023. ....	45
Tabla 4. Factores de riesgo gineco obstétricos asociados a parto pretérmino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2023. ....	50
Tabla 5. Factores de riesgo clínicos asociados a parto pretérmino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2023.....	56

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar los principales factores de riesgo asociados a parto pretérmino, atendido en el Hospital Regional Docente Cajamarca, en el año 2023; se planteó una investigación de diseño no experimental, tipo casos y controles y de corte transversal, con una muestra de 103 casos de parto pretérmino y 103 casos de parto a término. Se encontró una prevalencia de 26,2% de parto pretérmino, con 83,5% de partos prematuros moderados y tardíos, 15,5% muy prematuros y 0,9% de prematuros extremos. En cuanto a los principales factores sociodemográficos, constituyeron riesgo: la edad mayor de 35 años (OR: 1,993; IC: 1,041 – 3,816) las pacientes menores de 18 y mayores de 35 años juntos (OR: 2,244; IC: 1,211 – 4,158); mientras que las edades de mayor a 18 y menor de 35 años, constituye un factor de protección (OR: 0,446; IC: 0,241 – 0,826). Respecto a los factores gineco obstétricos se determinó mayor riesgo en aquellas gestantes con menos de 3 atenciones prenatales (APN) (OR: 17,386; IC: 2,251–134,278), de 4 a 5 APN (OR: 6,036; IC: 2,377–15,325), número inadecuado de APN para edad gestacional (OR: 8,707; IC: 3,671–20,651), antecedente de parto pretérmino (OR: 3,575; IC: 1,125 – 11,363) y antecedente de cesárea (OR: 2,515; IC: 1,040 – 6,079); siendo factor de protección tener de 6 a más APN (OR: 0,102; IC: 0,043 – 0,241). Los principales factores de riesgo clínicos, fueron el embarazo gemelar actual (OR: 2,062; IC: 1,787 – 2,378), los trastornos hipertensivos del embarazo (OR: 3,575; IC: 1,817 – 7,035), la preeclampsia severa por sí sola (OR: 4,494; IC: 2,133 – 9,466), los THE severos (PES, eclampsia y S. HELLP) (OR: 4,689; IC: 2,229 – 9,863) y la rotura prematura de membranas (OR: 9,852; IC: 3,943 – 24,612).

**Palabras clave:** parto pretérmino, factores de riesgo y protección, sociodemográficos, gineco obstétricos, clínicos.

## ABSTRACT

The objective of this study was to determine the main risk factors associated with preterm birth in women whose delivery was attended at the Cajamarca Regional Teaching Hospital, in 2023; Therefore, non-experimental, a case-control study, cross-sectional, and retrospective, was proposed in 103 cases of women with preterm delivery and 103 cases of women with term delivery. Among the results, it was found that there is a prevalence of 26.2% of preterm birth, with 83.5% of moderate and late preterm births, 15.5% very preterm births and 0.9% of extremely preterm births. In terms of sociodemographic factors, age over 35 years was at risk (OR: 1,993; IC: 1,041 – 3,816) and under 18 and over 35 years old together (OR: 2,244; IC: 1,211 – 4,158); while the age of 18 to 35 years was a protective factor (OR: 0,446; IC: 0,241 – 0,826). Regarding obstetric gynecologic factors, the risk factors were having fewer than 3 APNs (OR: 17,386; IC: 2,251–134,278), 4-5 prenatal care (APN) (OR: 6,036; IC: 2,377–15,325), inadequate number of APNs for gestational age (OR: 8,707; IC: 3,671–20,651), history preterm birth (OR: 3,575; IC: 1,125 – 11,363) and a history of cesarean section (OR: 2,515; IC: 1,040 – 6,079); being a protection factor of 6 or more APNs (OR: 0,102; IC: 0,043 – 0,241). Respect to clinical factors, current twin pregnancy was a risk factor (OR: 2,062; IC: 1,787 – 2,378), Hypertensive Disorders of Pregnancy (OR: 3,575; IC: 1,817 – 7,035), Severe preeclampsia (OR: 4,494; IC: 2,133 – 9,466), Severe THE (PES, eclampsia and S. HELLP) (OR: 4,689; IC: 2,229 – 9,863) and premature rupture of membranes (OR: 9,852; IC: 3,943 – 24,612).

**Key words:** preterm delivery, risk and protective factors, sociodemographic, obstetric gynecology, clinical.

## INTRODUCCIÓN

El parto pretérmino es la principal causa de morbilidad y mortalidad neonatal y la segunda en niños por debajo de los 5 años. La prevalencia de estas complicaciones perinatales es inversamente proporcional a la edad gestacional en la que se produce el parto. Los efectos de la prematuridad en los recién nacidos, sus padres y la sociedad hacen del parto pretérmino un problema de salud pública relevante. Además, la investigación en el parto pretérmino es una de las prioridades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para los próximos años. Es también uno de los objetivos clave en la estrategia global de reducir las muertes neonatales de Naciones Unidas (1).

El parto pretérmino va a exponer al recién nacido a un inicio de vida con una serie de complicaciones de salud que aumentarán su morbi-mortalidad, pudiendo repercutir en su vida y desarrollo futuro (2) alcanzando a nivel familiar, social, económico y político (3), por lo que, es importante identificar oportunamente los principales factores de riesgo y prevenir posibles complicaciones, para ello constituye una herramienta valiosa realizar estudios de investigación sobre los factores presentes en el parto pretérmino, con la finalidad de identificar aquellas características prevenibles.

El objetivo principal del estudio fue identificar los factores de riesgo presentes en el parto pretérmino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, encontrando entre los resultados diferentes particularidades, base para implementar estrategias de promoción de la salud sexual y reproductiva, y prevención de la enfermedad, dirigidas a la comunidad en sus diferentes etapas de vida, bajo un enfoque integral e inclusivo.

Este documento se divide en cuatro capítulos, el primero abarca el planteamiento del problema, la justificación y los objetivos; el segundo, donde se describen los antecedentes de la investigación, teorías y conceptos en relación a las variables y la hipótesis; en el tercero, relata todo el marco metodológico; y el cuarto, se presentan los resultados, análisis y discusión, con la finalidad de llegar a las conclusiones y recomendaciones propuestas por la investigadora.

La autora

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA

### 1.1. Planteamiento del problema

El parto pretérmino es una complicación obstétrica que está en aumento y que continúa provocando graves consecuencias perinatales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que cada año nacen 15 millones de niños prematuros, correspondiendo el 60% a África Subsahariana y Asia meridional (4), así también, indica que es una de las principales causas de mortalidad neonatal e infantil, siendo un total de 5 millones los niños menores de 5 años que fallecieron para el año 2020, de las cuales, 50% correspondía solo a neonatos prematuros (5), siendo, 15% prematuros menores de 32 semanas (6). Esta misma entidad señala, que muchas de las muertes neonatales por prematuridad son prevenibles en países desarrollados; sin embargo, los países en vías de desarrollo no pueden lograr disminuir su incidencia, obteniendo una tasa de nacimientos prematuros que varía entre 5% a 18% del total de nacimientos (7).

El parto pretérmino tiene diferentes consecuencias a corto y largo plazo, especialmente en el recién nacido, incrementando la mortalidad neonatal e infantil hasta 5 veces más (8); además de ello, aquellos que sobreviven, pueden tener de forma inmediata, semanas o meses después del nacimiento, algunas afecciones que provocarán lesiones cerebrales, discapacidades, infecciones bacterianas o retinopatías, que de no ser tratadas adecuadamente podrían conllevar a la ceguera total en el niño (9,10).

Otros problemas que suelen aparecer en los recién nacidos prematuros, generalmente después del parto, son respiratorios (síndrome de dificultad respiratoria, displasia broncopulmonar, apnea), circulatorios (presión arterial baja, conducto arterioso persistente, soplo cardíaco), cerebrales (hemorragia intraventricular), digestivos (enterocolitis necrosante), entre otros; además, tienen un sistema inmunitario y nervioso inmaduro, lo cual los vuelve propensos a enfermarse, incluso teniendo problemas para controlar su temperatura (11).

En América Latina, 1.2 millones de recién nacidos son producto de partos pretérmino, encontrando un porcentaje entre 13,6% en Costa Rica, 7% a 12% en Colombia, 5,1% en Ecuador, entre otros (12,13). En el Perú, para el año 2019, no se logra obtener datos exactos en cuanto a la tasa de nacimientos prematuros, puesto que se ha observado diferentes cifras de diversas fuentes, tal es así, que el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), a través de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), reporta un total de 23%; la OMS indicó una tasa de 8,8% y, el Sistema de Registro de Certificado de Nacido Vivo de la RENIEC (Registro Nacional de Identificación y Estado Civil), 7%; arrojando un promedio anual de 30 000 nacimientos prematuros a nivel nacional. Por otro lado, se observa un admirable aumento de los casos de defunciones de recién nacidos pretérminos del 2011 al 2018, con 60% y 70% respectivamente (14).

El Centro Nacional de Epidemiología del Perú reconoce que la tasa de nacimientos prematuros es 7%, la misma que se mantiene desde el año 2015; los departamentos que acogen mayor número de defunciones por esta causa son Piura, La Libertad, Lambayeque, Junín, Arequipa y Cerro de Pasco, donde se encuentran un total de 6 a 8 niños prematuros por cada 100 nacimientos (14); así también, para el año 2021, a nivel nacional se registró a la prematuridad como la primera causa asociada a mortalidad neonatal, con 27% (5).

Cajamarca presenta un porcentaje de alrededor del 6% de nacimientos prematuros (15); sin embargo, el Hospital Regional Docente de Cajamarca, institución de salud de máximo nivel en la región, registró un total de 21,1% de nacimientos de niños con edad gestacional menor a 37 semanas, según el ASIS 2020 (16).

Si bien la causa exacta del parto pretérmino no se conoce claramente, es necesario determinar cuáles son los factores principales que se asocian a su desencadenamiento, los cuales pueden ser sociodemográficos, gineco obstétricos y clínicos; con la finalidad de buscar estrategias para su prevención o control; y que los recién nacidos logren alcanzar una edad gestacional apropiada.

Diversos estudios internacionales consideran, principalmente, entre los factores de riesgo obstétricos a la rotura prematura de membranas, la cual, provoca que 25% de estos casos terminen en parto pretérmino, de la misma forma, 30 a 50% de gestaciones múltiples tienen un desenlace precoz; también se encontró que las anomalías congénitas se asociaron a un 8,3% de los partos que culminaron entre las 22 a 29 semanas y un 6,4% en los que terminaron entre las 30 a 34 semanas (17); así también, otro factor importante es el antecedente de partos pretérminos, el cual, se asocia al 49% de esta patología (18).

En estudios realizados en Latinoamérica, se demostró que los factores clínicos son los que se relacionan a corioamnionitis, señalando que 73% de estos casos terminaron en parto prematuro espontáneo y 16% tuvieron la necesidad de intervenir en el inicio del parto prematuro. Lo mismo sucede en los casos de vaginosis bacteriana ya que aumenta en un 60% el riesgo de parto pretérmino (19)

A nivel nacional, algunas investigaciones realizadas entre el 2018 al 2022 señalan que los factores de riesgo que se asocian a parto pretérmino se relaciona con condiciones

sociobiológicas, historia obstétrica y complicaciones antes y durante el embarazo; de tal manera que, las características que se asocian a parto prematuro consideran a la procedencia rural o extranjera latinoamericana como responsable de 37,3% de casos (20).

Huarcaya et al. (21), cita a Rivas en su investigación, señalando que muchos de los factores de riesgo que se asocian al parto pretérmino se relaciona con las condiciones de vida de las mujeres y sus características sociodemográficas, tales como la calidad de los servicios de salud que reciben; también a características clínicas como el estado nutricional, antecedente de anemia, entre otros.

En ese sentido, factores de riesgo como los sociodemográficos, llámese la edad, nivel de instrucción, ocupación, estado civil, hábitos nocivos, estado nutricional se asocian a la ocurrencia de parto pretérmino (22), pues, demuestran que este tipo de características influyen en los estilos de vida y cuidados que puede manifestar cada mujer en su embarazo, pudiendo ser en ocasiones desfavorable; ya que, aquellas mujeres con bajas condiciones sociales tienen mayor desconocimiento de los cuidados saludables que deben tener para el cuidado de su gestación y su propia salud (23,24).

Así también, en el caso de los factores gineco – obstétricos y clínicos, se puede señalar que existe desconocimiento en la población en las secuelas que puede dejar diferentes características reproductivas o complicaciones clínicas, tales como abortos previos, infecciones del tracto urinario, antecedentes de rotura prematura de membranas (RPM) (25), de partos pretérmino, o preeclampsia, entre otras, ocasionando el aumento de los embarazos de alto riesgo que pueden terminar en un parto pretérmino, siendo el recién nacido el más afectado (26,27).

Conocer los factores de riesgo asociados a parto pretérmino

En base a lo señalado anteriormente, surgió la necesidad de identificar cuáles son los principales factores de riesgo que se asocian a parto pretérmino en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, centro asistencial de referencia de la provincia, donde encontramos un incremento alarmante de casos, con la consecuencia de graves daños neonatales; la información obtenida nos permitirá plantear estrategias de prevención y mejorar los indicadores en salud perinatal.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuáles son los factores de riesgo sociodemográficos, gineco-obstétricos y clínicos asociados a parto pretérmino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2023?

## **1.3. Justificación**

La presente investigación surgió ante la evidencia en la práctica diaria del aumento de la frecuencia de casos de partos prematuros; teniendo en cuenta que se trata de una patología que trae consecuencias graves para los recién nacidos, pudiendo llegar hasta la muerte (24); aquellos casos donde sobreviven, las consecuencias pueden ser graves como bajo peso al nacer, problemas en el neurodesarrollo, dificultades de integración visual-motora y lenguaje, cognitivas o de aprendizaje, a nivel neurológico puede ocasionar parálisis cerebral y ceguera, en el aparato cardiovascular, se puede presentar hipotensión arterial, hipovolemia, disfunción cardíaca, persistencia del conducto arterioso, a nivel gastrointestinal, se asocia a enterocolitis necrotizante, también pueden tener alteraciones metabólicas como la regulación de la temperatura, hipoglucemia, entre otros. (12)

Además, estas dificultades se pueden extender a lo largo de la infancia, evidenciándose en los dos primeros años de vida, problemas en la succión y deglución, infecciones

respiratorias, displasia broncopulmonar; y, en la etapa escolar, se añaden dificultades como escasa autonomía, baja autoestima, sobreprotección familiar, dificultades de aprendizaje, dislexia, menor peso y crecimiento, entre otros (28). Por otro lado, la prematuridad es un componente importante de la carga de enfermedad que provoca discapacidad y la pérdida de años de vida (5); también, significa un problema sociosanitario, al presentar dificultades socioeducativas, sin mencionar los altos costes para el sistema de salud y las familias de estos niños, especialmente para la madre (28).

Prevenir un parto prematuro, constituye un reto para los profesionales encargados de la salud materna y perinatal, ya que, es posible intervenir en aquellos factores que se pueden prevenir, pero es necesaria la identificación oportuna y precoz para marcar la diferencia entre un niño expuesto a todas las complicaciones y secuelas de nacer antes de tiempo y a término; los resultados obtenidos en el estudio son relevantes porque permiten proponer estrategias aplicables en la localidad que facilitan al sistema de salud implantar una cultura de prevención a través de la educación y promoción de la salud.

Asimismo, la investigación, se convierte en una herramienta académica - científica para los profesionales encargados del cuidado de la salud materna, teniendo en cuenta experiencias propias de la localidad, contribuyendo con evidencia a la necesidad de priorizar la salud perinatal. La relevancia social que aporta este estudio se fundamenta, en prevenir los nacimientos prematuros y lograr la disminución de las consecuencias de estos casos, contribuyendo a nivel social, para mejorar la salud emocional de las familias, así como, reducir el gasto generado al Estado.

El Hospital Regional Docente de Cajamarca es la única institución de salud con capacidad resolutoria para atender recién nacidos prematuros extremos en la región; siendo un centro asistencial de referencia que presta atención a pacientes que pertenecen a otras instituciones

que no cuentan con la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), recibiendo incluso casos de instituciones como ESSALUD incrementando la demanda, llegando al desabastecimiento y colapso de los diferentes servicios. Se espera que los resultados contribuyan a plantear estrategias de prevención en todos los niveles de atención de salud, tanto en el primer nivel donde se debe priorizar la educación para la salud y la prevención de enfermedades, así como en el segundo y tercer nivel de atención, quienes buscan la recuperación de la salud, pero sin descuidar las actividades mencionadas anteriormente, priorizando en todo momento la salud materna y perinatal.

#### **1.4. Objetivos de la investigación**

##### **1.4.1. Objetivo general**

Determinar los principales factores de riesgo asociados a parto pretérmino en mujeres cuyo parto fue atendido en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2023.

##### **1.4.2. Objetivos específicos**

- Estimar la prevalencia de partos pretérmino y su clasificación en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2023.
- Identificar los principales factores de riesgo sociodemográficos que se asocian a parto pretérmino en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2023.
- Identificar los principales factores de riesgo gineco-obstétricos asociados a parto pretérmino en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2023.
- Identificar los principales factores de riesgo clínicos asociados a parto pretérmino en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2023.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de la investigación

Existen diferentes estudios a nivel mundial y regional, muchos de ellos evidencian múltiples factores de riesgo asociados al parto pretérmino, siendo los más mencionados la edad materna mayor de 35 años, nivel de escolaridad menor a la básica, atenciones prenatales insuficientes o inadecuadas, embarazos gemelares, patologías asociadas como la preeclampsia, la ruptura prematura de membranas, la diabetes mellitus, entre otros.

Sin embargo, en investigaciones nacionales y locales, los factores de riesgo para parto pretérmino más frecuentes son procedencia rural, no tener instrucción educativa, estado civil soltera, enfermedades como las infecciones urinarias en el embarazo, ruptura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta, preeclampsia y embarazo múltiple. Todos estos estudios se describen a continuación:

##### 2.1.1. Antecedentes internacionales

**Etil T et al.** (29) en su estudio, realizado en Uganda, en el 2023, tuvo como objetivo evaluar los posibles factores de riesgo asociados al parto prematuro en 590 registros médicos maternos de un Hospital. Entre sus principales resultados encontraron que existió una prevalencia de 35,8% de casos de partos pretérmino, asociándose como riesgo, tener preeclampsia (AOR = 0,142,  $p < 0,001$ , IC 95 %: 0,088–0,229) y bajo peso al nacer (AOR = 0,228,  $p < 0,001$ , IC 95 %: 0,099–0,527). Por lo que, en su investigación propusieron

resaltar la necesidad de evaluar el estado de preparación del sistema de salud en relación al manejo adecuado de amenaza de parto pretérmino, así como, la obligación de hacer cumplir las regulaciones del Estado.

**Brito E et al.** (30) realizaron en 2021, en Brasil, un estudio de casos y controles en 186 puérperas, con el objetivo de identificar los factores perinatales asociados a nacimientos prematuros en unidades neonatales de cuidados intensivos a partir de la atención prenatal. Como resultados señalaron que 5,9% de partos prematuros fueron considerados extremos (<31 semanas), 12,9% fueron moderados (entre 32 a 34 semanas 6 días) y 31,2% tardíos (35 a 36 semanas 6 días). Además, demostraron que son factores de riesgo la edad materna de 30 años a más (OR=2.8), escolaridad baja (OR=1.84), ingreso menor a 4 salarios mínimos (OR=2.8), insuficiente número de controles prenatales (OR=2.69) e inicio tardío de estos controles (OR=4.34); mientras que, la ausencia de complicaciones asociadas a ruptura prematura de membranas e infecciones durante el embarazo fueron factores protectores de parto pretérmino (OR=0.11).

**Bigolin L et al.** (31) también ejecutaron un estudio en Brasil, en el 2021, de tipo transversal, en 151 recién nacidos, con el objetivo de analizar las variables obstétricas asociadas con el nacimiento de partos prematuros; en donde, encontraron que el embarazo gemelar ( $p=0.019$ ) se asocia significativamente con parto prematuro; por otro lado, demostraron que a mayor número de partos prematuros anteriores, menor edad gestacional al nacer (Pearson= -0,522;  $p=0,008$ ). Llegando a la conclusión que, es necesario la identificación temprana de factores asociados a la prematuridad y la referencia oportuna de las mujeres a establecimientos con cuidados neonatales especializados en prematuridad.

**Suazo D et al.** (32) realizaron una investigación en Chile, en 2021, de tipo casos y controles en 85 mujeres con parto prematuro y 85 con parto a término; con el objetivo de evaluar la

relación entre las características sociodemográficas, obstétricas y psicosociales con el desenlace de parto prematuro. Encontraron que no existía diferencias en los antecedentes sociodemográficos (edad, nivel socioeconómico, estado civil y escolaridad) en ambos grupos. Sólo las mujeres con parto prematuro tenían mayor porcentaje de tener trabajo remunerado (43,4% vs. 25,9%,  $p=0.0171$ ). En cuanto al estado nutricional, la paridad, el antecedente de parto prematuro, patologías como HTA no se asociaron a un nuevo parto pretérmino. En cuanto a las características del embarazo actual entre los grupos de casos y controles respectivamente, fueron la amenaza de parto pretérmino (54% y 9,7%,  $p=0.0001$ ), ruptura prematura de membranas (36,9% y 14,1%,  $p=0.0007$ ), síndrome hipertensivo del embarazo (28,6% y 9,7%,  $p=0.0387$ ) y RCIU (15,5% y 0%,  $p=0.0011$ ) las complicaciones que se asociaron con parto prematuro.

**Rodríguez A et al.** (33) trabajaron en una investigación realizada en Cuba, en 2019, de tipo descriptiva, correlacional, de corte transversal y de casos y controles, en 226 casos de partos entre 28 a 36,6 semanas y 452 controles cuyos partos fueron de 37 semanas a más, con el objetivo de determinar los factores de riesgo de partos pretérmino. Encontrando entre sus resultados que la edad menor de 19 años (OR: 1.74, IC 1.11-2.73), edad mayor de 35 años (OR: 1.87, IC 1.2-2.93), nivel de instrucción secundaria (OR: 1,73, IC 1.07-2.80), antecedente de parto pretérmino (OR: 2.32, IC 1.45-3.50), preeclampsia (OR: 6.31, IC 3.96-10.05), infección vaginal (OR: 2.55, IC 1.83-3.54), infección urinaria (OR: 3.41, IC 2.44-4.76) y ruptura prematura de membranas (OR: 2.06, IC 1.48-2.86) fueron factores de riesgo para parto pretérmino; en cambio, el nivel de instrucción secundaria (OR: 0.66, IC 0.46-0.96) significó un factor de protección.

### **2.1.2. Antecedentes nacionales**

**Sánchez A.** (34) En su estudio realizado en Cerro de Pasco, en 2023, tipo descriptivo, retrospectivo y transversal en 17 casos y 17 controles; tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a parto prematuro; señalando entre los factores de riesgo sociobiológicos al 64,71% de casos y 76,47% de controles con instrucción menor a secundaria (OR: 1.56, IC95%: 1.02-4.54) y 47,06% de casos y 35,29% de controles de zona urbana (OR: 3.24, IC95%: 1.22-5.65), a diferencia de 41,18% de casos y 29,41% de controles con edades extremas (OR: 0.81, IC95%: 0.6-1.34).

En cuanto a los factores de riesgo asociados a la historia obstétrica, 35,29% de casos y 11,76% de controles con antecedente de parto pretérmino (OR: 8.26, IC95%: 3.87-13.16) y 41,18% de casos y 29,41% de controles con atenciones prenatales inadecuados (OR: 6.57, IC95%: 2.02-14.69). Finalmente, se asoció a parto pretérmino la ITU, con 58,82% de casos y 35,29% de controles (OR: 5.87, IC95%: 3.45-11.56); preeclampsia con 47,06% de casos y 29,41% de controles (OR: 4.11, IC95%: 1.89-6.78); RPM con 41,2% de casos y 35,3% de controles (OR: 4.14, IC95%: 2.71-8.23) y anemia con 52,94% de casos y 23,53% de controles (OR: 7.01, IC95%: 3.90-13.03) (34).

**Sánchez C.** (35) En su investigación realizada en Huacho en 2022, en 96 casos de mujeres con parto prematuro y 96 controles, planteó como objetivo determinar los factores de riesgo ginecobstétricos para parto prematuro. Encontrando entre sus resultados que se convierten en factor de riesgo la RPM con 18,2% de casos y 8,9% de controles (OR: 2.666, IC95%: 1.366-5.205); atenciones prenatales menor a 6 con 23,4% de casos y 10,4% de controles (OR: 3.353, IC95%: 1.777-6.327); antecedentes de prematuridad con 17,7% de casos y 3,1% de controles (OR: 8.226, IC95%: 3.258-20.770); ITU con 32,2% de casos y 19,3% de controles (OR: 2.908, IC95%: 1.618-5.227) y trastorno hipertensivo gestacional con 6,8%

de casos y 0,5% de controles (OR: 14.880, IC95%: 1.906-116.180). En cambio, no se demostró asociación con edad mayor a 35 años, con 8,3% de casos y 6,8% de controles (p=0,545); nuliparidad con 10,9% de casos y 16,7% de controles (p=0,076); gran multiparidad con 0,5% de casos y 1% de controles (p=0,561) y antecedente de cesárea con 14,6% de casos y 10,9% de controles (p=0,247).

**Martínez A et al.** (36) también realizaron un estudio en el 2022, en Lima, con el objetivo de determinar la relación entre la amenaza de parto pretérmino y sus factores de riesgo, en 92 casos y 92 controles; encontrando entre sus resultados que la ITU ocurrió en el 37% de casos y 16,3% de controles; antecedentes de parto pretérmino en 19,3% de casos y 12,3% de controles, menos de 6 controles en el 75% de casos y 21,7% de controles y la primiparidad en 60,9% de casos y 81,5% de controles. Concluyendo que, los factores de riesgo para parto pretérmino fueron ITU (p=0.002; OR: 3.009, IC 95% 1.499-6.039), edad menor a 30 años (p=0.000; OR: 3.159, IC 95% 1.66-6.02), antecedente de parto prematuro (p=0.000; OR: 2.843, IC 95% 1.253-5.639) y controles prenatales menores a 6 (p=0.000; OR: 3.900, IC 95% 2.084 - 7.298), mientras que la primiparidad (p=0.000; OR: 0.353, IC 95% 0.180-0.691), se comportó como factor protector.

**Paredes K.** (37) en su investigación realizada entre el 2020 al 2022, en La Libertad, tuvo el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en 128 casos y 256 controles; señalando entre sus resultados que 46,2% de casos y 53,8% de controles son menores de edad (p=0.563), 38,2% de casos y 61,8% de controles tienen educación superior (p=0.377), 41,9% de casos y 58,1% de controles son solteras (p=0.144) y 35,2% de casos y 64,8% de controles son amas de casa (p=0.894). Además, antecedentes de parto pretérmino (p=0.003; OR:3.13, IC:1.42-6.87), intervalo intergenésico corto (p=0.00; OR: 3.22 IC: 1.77-5.84) tener menos de 4 controles prenatales (p=0.000; OR: 6.93, IC:4.12- 11.65), ITU

( $p=0.000$ ; OR: 4.25, IC:2.65-6.83), preeclampsia ( $p=0.00$ ; OR: 5.31, IC: 3.26-8.65), RPM ( $p=0.001$ ; OR: 2.27, IC: 1.40-3.70) y DPP ( $p=0.00$ ; OR:13.19, IC:2.93-59.29) se constituyen en factor de riesgo; lo que no sucede con, vaginosis bacteriana ( $p=0.041$ ; OR:3.1, IC:0.10-9.64) e infección por COVID-19 ( $p=0.24$ ; OR:1.53, IC:0.75-3.09). Por otro lado, encontró que 84% de partos pretérmino fueron de moderados a tardíos; 9% muy prematuros y 7% prematuros extremos.

**Abanto D y Soto A** (38) en su estudio realizado en el 2020, en Lima, tuvieron como objetivo determinar si la infección del tracto urinario es un factor de riesgo asociado a parto pretérmino; encontrando entre sus resultados que 87,5% de casos y 84,8% de controles tenían nivel secundario ( $p=0.334$ ); 1,8% de casos y 2,7% de controles presentaron preeclampsia ( $p=0.72$ ); 7,1% de casos y 0,9% de controles fueron embarazos múltiples ( $p=0.025$ ); 50% de casos y 6,3% controles tuvieron RPM ( $p<0.001$ ) y 71,4% de casos y 48,2% de controles ITU ( $p=0.004$ ); en ese sentido, fueron factores de riesgo la ITU (OR: 2.68, IC 95% 1.3-5.3), la ruptura prematura de membranas (OR: 15, IC 95% 5.9-78.2) y el embarazo múltiple (OR: 8.5, IC 95% 1.4-78.2).

### **2.1.3. Antecedentes locales**

**Valderrama D** (39) En su investigación realizada en Jaén en el 2021, de abordaje cuantitativo, descriptivo, diseño trasversal en 140 gestantes, tuvo el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados a partos pretérmino. Encontrando entre los factores sociodemográficos que, la edad menor de 35 años, procedencia rural, ser soltera y no tener instrucción se asocia a parto pretérmino. Así también, el edema en miembros inferiores, las infecciones urinarias, el control prenatal, la pérdida de líquido amniótico, la mala presentación fetal y el desprendimiento prematuro de placenta también se convirtieron en factores de riesgo para parto pretérmino.

**Florentino K et al.** (40) En el 2021 realizaron un estudio correlacional, cuantitativo, de diseño no experimental y de corte transversal, en 80 gestantes, con el objetivo de determinar la relación que existe entre factores de riesgo y partos prematuros. Entre los resultados encontraron que las características sociodemográficas de las gestantes fueron que 31,3% oscilaron entre 21 y 27 años de edad, 58,8% pertenecieron a zona urbana, 60% fueron convivientes, 45% tuvieron instrucción secundaria, 62,5% eran amas de casa; además, 71,3% de la muestra tuvieron partos prematuros, de los cuales, 30% fueron entre 32 a 34 semanas de gestación, 17,5% entre 35 a 36 semanas, 15% entre 28 a 31 semanas y 8,8% menor de 28 semanas. Con respecto a factores de riesgo, 16,3% tuvieron infección de tracto urinario (ITU), 6,3% preeclampsia, 1,3% diabetes mellitus, 6,3% antecedente de parto prematuro, 28,8% ruptura prematura de membranas (RPM), 5% fueron embarazos múltiples y 8,8% tuvieron desprendimiento prematuro de placenta (DPP).

## **2.2. Marco doctrinal**

### **Modelo epidemiológico del proceso de salud – enfermedad: surgimiento de los factores de riesgo de McMahon y Pugh**

Los factores de riesgo surgieron en base a la teoría del modelo epidemiológico de la salud enfermedad, en la segunda mitad del siglo XX (60s), siendo sus representantes McMahon y Pugh; la cual, incorpora al modelo multicausal, es decir, se introduce en la evaluación de la red de causalidad, pues, el análisis principal es la identificación de estos factores de riesgo como los generadores de las enfermedades (41).

De esta forma, los riesgos de enfermar y morir que tienen los grupos humanos, las causas y dependencias de las manifestaciones de la salud, etc., son analizados desde el ámbito epidemiológico, donde surge el análisis de riesgo, basado en la investigación de factores que condicionan la ocurrencia y evolución de las patologías (42).

Identificar el proceso de salud – enfermedad responde a múltiples causas que se derivan de factores culturales, sociales, económicos, así como, a las condiciones físicas, biológicas y ambientales, lo que ha conllevado a la práctica del análisis de riesgo de cada problema de salud, y no solo de las enfermedades crónicas (42).

Sin embargo, actualmente se está manejando el concepto de Promoción de la Salud, la que se basa en la caracterización y origen de diferentes determinantes que constituyen riesgo para desarrollar alguna patología; siendo su finalidad buscar la forma de protegerlas o volverlas más resilientes a la exposición, a través de otros factores que son positivos e impulsan su bienestar (43), prevaleciendo, la identificación de las necesidades de la población y la garantía de equidad en la atención de salud y derechos humanos (44).

Entre las desventajas del modelo epidemiológico se encuentra en que cada factor de riesgo será mayor o menor según la distancia o el tamaño del efecto de la red de causalidad, pero no se logrará dilucidar la naturaleza y tipo de su interrelación; así también, se entremezclan los factores sociales y biológicos, convirtiéndose en indiferenciables. (41)

En ese sentido, el análisis de los factores de riesgo que se asocian al parto pretérmino demanda de la metodología del modelo epidemiológico, pues facilita identificar las interacciones entre causas y efectos específicos asociados al parto pretérmino, ya que, se trata de una situación de salud que aqueja a los recién nacidos, así como, a sus familias; de esta forma, se podrá identificar a los grupos más expuestos para el planteamiento de estrategias de intervención que contribuyan con la reducción de casos de recién nacidos prematuros, así como sus repercusiones en su desarrollo, sus familias y la salud pública en general.

## **2.3. Marco conceptual**

### **2.3.1. Factores de riesgo**

Se define como factor de riesgo a toda característica o circunstancia de una persona que se asocia al incremento de la probabilidad de padecer, desarrollar o estar expuesto a un hecho que afecte la salud (45). Se entiende que riesgo es la dimensión que manifiesta la probabilidad que suceda un hecho o daño y que los factores son aquellas circunstancias, condiciones biológicas, psicológicas, sociales o ambientales que van a producir un efecto (42).

Resulta importante conocer los factores de riesgo para el manejo apropiado del proceso de una enfermedad, especialmente en la problemática de los partos pretérminos, por las repercusiones a corto y largo plazo que se generan. En todas las sociedades existen diversos factores de riesgo, en cada cultura se observa diferentes factores de riesgo predominantes, los cuales, desequilibran la salud de las personas, especialmente en los grupos vulnerables o de riesgo, como las gestantes y recién nacidos, estando expuestos a múltiples condiciones que aumentan la probabilidad de producirse un parto pretérmino.

#### **2.3.1.1. Factores de riesgo sociodemográficos**

Son aquellas características generales y relacionadas a la magnitud poblacional, estos rasgos dan forma a la identidad de los integrantes de una agrupación, entre ellos se puede mencionar a la edad, nivel de instrucción, lugar de procedencia, ocupación, nivel de ingresos, el estado civil, entre otros (46). Estas condiciones de vida forman parte de la multicausalidad de patologías como la prematuridad, sobre todo porque contribuyen a que las personas tengan dificultades en el acceso oportuno a los servicios de salud, demostrando que no siempre se aplica el principio de universalidad.

## **Edad**

La edad es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona (47). Se ha demostrado que la edad materna puede ser factor de riesgo de parto pretérmino, siendo más común observar este fenómeno en mujeres mayores de 35 años o menores de 19 años (48). Zhou, et al., menciona que la edad materna muestra relación positiva y no lineal con parto prematuro, sobre todo en aquellas que tienen en promedio de 35,6 a 40,4 años (49).

## **Grado de instrucción**

El grado de instrucción hace referencia al grado más elevado de estudios alcanzado, realizado o en curso (50). Monier (23) demuestra en su estudio que el nivel de instrucción bajo se convierte en factor de riesgo para parto pretérmino, abarcando el analfabetismo y los estudios primarios, los cuales a su vez, son factores de riesgo de otras complicaciones obstétricas. Contar con instrucción secundaria como mínimo les brinda a las mujeres conocimientos elementales para adoptar estilos de vida saludables y cuidados necesarios para su salud o el embarazo, otorgándole el discernimiento, en su mayoría, de buscar ayuda en los centros de salud cercanos a su localidad en el momento en que perciba alguna complicación, lo que no sucede con aquellas mujeres sin instrucción o que no culminaron sus estudios básicos.

## **Procedencia**

Lugar de donde alguien o algo proviene (51). En la práctica clínica se observa que aquellas mujeres de procedencia rural, en muchas ocasiones, tienen costumbres arraigadas, problemas sociales como el machismo, bajo nivel de escolaridad o, incluso, dificultades para el acceso a los servicios de salud de calidad, por lo que, se convierte en un factor social determinante que influirá en la ocurrencia de partos pretérminos.

## **Estado civil**

Se trata de una condición de la persona en base a su registro civil, en relación a si tiene pareja o no, y a su situación legal (52). Al respecto, Guadalupe y Oshiro (53) señalaron que el estado civil de soltera, separada, etc., tiene 2 613 veces más probabilidad de riesgo de parto pretérmino en comparación a las casadas. Probablemente, la ocurrencia de parto pretérmino se pueda asociar a las gestantes solteras o separadas porque pueden estar atravesando una situación emocional difícil, además, de percibir la preocupación por tener que enfrentar el embarazo sin el apoyo del padre de su bebé; al no tener una salud mental óptima, se puede manifestar una serie de signos y síntomas que se reflejan a nivel físico, provocando que se produzcan patologías como el parto pretérmino, entre otros.

### **2.3.1.2. Factores de riesgo gineco-obstétricos**

Son aquellas particularidades que se asocian a la salud sexual y reproductiva de la mujer, abarca características como el tipo de atenciones prenatales, la paridad, el intervalo intergenésico, anemia en el embarazo, entre otras complicaciones gineco – obstétricas. (54). Estas características pueden repercutir también en el desencadenamiento de un parto pretérmino, por lo que deben ser indagadas exhaustivamente durante la atención prenatal, para prever o prevenir desenlaces que se pueden evitar.

### **Atenciones prenatales (APN)**

Las atenciones prenatales integrales incluyen un enfoque coordinado de la atención médica, la evaluación continua de riesgos y el apoyo psicológico, que se inicia de manera óptima antes de la concepción y continúa durante los períodos prenatal y postnatal. Acudir a estas atenciones de forma continua, periódica y adecuada ayuda a las mujeres a reducir los riesgos, promover un estilo de vida saludable y mejorar la preparación para el embarazo y el parto

(55). La importancia de que las mujeres acudan a sus controles prenatales de forma periódica radica en que servirá para identificar riesgos en el embarazo, como antecedentes obstétricos, detección temprana de complicaciones gineco obstétricas, riesgos perinatales, entre otros que afectan la salud materna y perinatal.

Actualmente, el MINSA se encarga de que los servicios de salud realicen estas atenciones prenatales a través de personal calificado, siendo este, el médico general, la obstetra o el gineco-obstetra (56). Toda gestante a término debe tener como mínimo 6 atenciones prenatales, las que se realizan en los siguientes periodos establecidos:

- Una atención mensual hasta las 32 semanas
- Una atención quincenal entre las 33 y las 36 semanas
- Una atención semanal desde las 37 semanas hasta el parto. (56)

No obstante, este esquema no se cumple en todas las mujeres embarazadas, por lo que, las 6 atenciones prenatales mínimas que requiere cada gestante, se pueden distribuir según la edad gestacional de la siguiente manera:

- Dos atenciones antes de las 22 semanas
- La tercera entre las 22 a 24 semanas
- La cuarta entre 27 a 29 semanas
- La quinta entre las 33 a 35 semanas
- La sexta entre las 37 a 40 semanas. (56)

Por otro lado, también es importante el momento de inicio de las atenciones prenatales, siendo necesario que se realice antes de las 14 semanas de gestación para ser considerada adecuada, es decir, debe cumplir los criterios de haber iniciado antes de las 14 semanas y tener un conveniente número de controles prenatales para la edad gestacional. (56)

Al respecto, Mendoza (24) señala en su investigación, que existe asociación entre el número de atenciones prenatales y el parto pretérmino, encontrando que 57,9% de casos tuvieron de 1 a 5 atenciones prenatales y 5,3% ninguna ( $p=0.003$ ). Razón por la cual, si las mujeres acuden a los controles de forma periódica y continua, será difícil poder identificar aquellos riesgos que amenazan el embarazo, provocando que aumenten los partos pretérminos, entre otras patologías.

### **Paridad**

La paridad hace referencia al número de embarazos que llegan a las 22 semanas en adelante. Este número, no se ve afectado, ni aumentará en los casos de embarazos múltiples, así como, tampoco disminuirá si ha ocurrido un óbito fetal. Se puede clasificar en nulípara, cuando una mujer no ha completado un embarazo de más de 20 semanas, ya sea porque nunca estuvo embarazada o porque ha tenido algún aborto; primípara, es aquella que solo ha tenido un parto, ya sea de uno más fetos vivos o muertos; y, múltipara, que corresponde a las mujeres con dos o más partos de 20 semanas a más de gestación. (55).

Ayala et al. (48) demuestra en su estudio que la primiparidad ( $p<0,01$ ;  $ORa=1,0$ ) y la multiparidad ( $p<0,01$ ) se asocian con parto pretérmino. El no tener partos o tener más de 5 conlleva a la mujer a un estado de vulnerabilidad, sobre todo por desconocimiento, o tener la que creencia que todos los partos pueden ser iguales y sin complicaciones, sin embargo, cada embarazo es diferente y existen múltiples riesgos que pueden generar complicaciones como el parto pretérmino.

### **Intervalo intergenésico**

El intervalo intergenésico es el periodo de tiempo entre dos embarazos consecutivos; según la OPS y la OMS, este tiempo es adecuado cuando es mayor de 2 años y menor de 5 años;

de lo contrario, puede representar condiciones desfavorables para la reproducción (57). En el caso de periodos intergenésicos cortos, se sabe que el cuerpo de la mujer aún se encuentra en proceso de recuperación tras un parto previo, un embarazo durante este periodo condicionará a que el cuerpo no esté preparado a mantener óptimamente el feto hasta que cumpla las semanas de gestación adecuada.

### **Antecedente de parto pretérmino**

Diversas investigaciones siempre han señalado que el antecedente de parto pretérmino le brinda a la mujer mayor riesgo de tener un futuro embarazo que termine desencadenando nuevamente en parto pretérmino, en ocasiones incluso con menor edad gestacional que el anterior. Lo que conlleva a altos índices de morbi-mortalidad neonatal e infantil, sobre todo en países en vías de desarrollo, ya que su sistema de salud no cuenta con la capacidad de atención a recién nacidos prematuros graves y extremos (27,34).

Iza y Bustillos (58) señalaron en su investigación que el antecedente de parto pretérmino representa un riesgo de recurrencia de 15 a 50% según las características del parto anterior y el orden de nacimiento. Este aumenta en caso de ser gemelos prematuros a 57%, en comparación al 25% en embarazos únicos, por eso es considerado uno de los factores más relevantes.

### **Antecedente de aborto**

La amenaza de aborto es un estado de alarma que indica que se puede producir la pérdida del embarazo de forma espontánea antes de la semana 22 de embarazo; siendo frecuente el sangrado vaginal durante las primeras semanas de embarazo. Además del sangrado vaginal, el dolor de espalda y abdominal también son síntomas comunes; sin embargo, no necesariamente significan que ocurrirá un aborto espontáneo (59).

Existen varios factores de riesgo relacionados con el parto pretérmino, uno de ellos es el aborto previo, que aumenta cada vez más, sobre todo en países en vías de desarrollo. Marrero et al. demostraron en su estudio la relación significativa entre el número de abortos previos y parto pretérmino (60), por lo que, se vuelve necesario analizar qué tanto aumenta el riesgo de tener un nuevo parto prematuro.

### **Antecedente de cesárea**

Por sí solo, el antecedente de cesárea aumenta el riesgo para un futuro embarazo, pudiendo presentarse diferentes complicaciones, entre ellas, podrían padecer placenta previa o placenta increta, pudiendo condicionar una hemorragia antes de las 37 semanas (61). Así también, aunque son pocos los estudios asociados, Ayala et al. (48) demuestra que el antecedente de cesárea aumenta el riesgo adverso para parto pretérmino (Ora=2.0). De igual forma, Rutayisire, et al., (62) encontraron que el antecedente de cesárea ( $p=0,042$ ) también es un factor de riesgo significativo para parto pretérmino.

#### **2.3.1.3. Factores de riesgo clínicos**

Son factores de riesgo presentes en la historia clínica, hace referencia a aquellas patologías anteriores que se registran en sus antecedentes, ya que es importante conocer aquellas patologías que pueden relacionarse o repercutir incluso tiempo después de haberse presentado. En ese sentido, algunos estudios señalan que los factores de historia clínica, así como, otros criterios, facilitaría predecir algunas patologías como el parto pretérmino (26). Entre los antecedentes de la historia clínica que se desea estudiar son los siguientes:

## **Antecedentes de infección por COVID-19**

La infección por COVID-19 es provocada por el virus del SARS-CoV-2 que produce síntomas respiratorios de leve a moderada intensidad; sin embargo, algunos casos se convertirán en graves, los cuales requerirán atención médica. (63,64)

Vielma, et al. (65) en su estudio encontraron que el haber tenido COVID-19 aumenta el riesgo de parto pretérmino, siendo más significativo cuando durante el embarazo se presenta sintomatología.

Así también, Thakkarward, et al. (66), señalaron que de las mujeres de su estudio que estuvieron infectadas con COVID-19, 72,6% tuvieron partos a término y 27,4% pretérmino; de los cuales, 16,3% fueron entre las 35 a 36.6 semanas, 6,4% entre las 32 a 34.6 semanas y 4,7% entre las 28 a 31.6 semanas.

## **Anemia en el embarazo**

La anemia es una patología en la sangre, donde se produce la disminución de la concentración de hemoglobina, el hematocrito o el número total de eritrocitos. La OMS considera anemia en el embarazo cuando se presentan valores de hemoglobina inferiores a 11 g/dL y el hematocrito inferior a 33% (67). El MINSA (68) señala que la anemia se produce cuando la hemoglobina sérica disminuye debajo de los límites normales por deficiencia de hierro o infecciones o enfermedades inflamatorias; siendo estos límites en mujeres gestantes los siguientes:

- Anemia leve (Hb de 10 a 10,9 g/dl)
- Anemia moderada (Hb de 7 a 9,9 g/dl)
- Anemia grave (Hb menos de 7 g/dl)

Cailliat cita a Zhou et al. (49) quienes encontraron en su estudio que el riesgo de parto prematuro aumentó 1,6 veces con una hemoglobina entre 10 y 10,9 g/dL, 2,6 veces con una hemoglobina entre 9 y 9,9 g/dL y 3,7 veces con una hemoglobina entre 6 y 8,9 g/dL.

### **Infección del tracto urinario en el embarazo**

La infección del tracto urinario es una patología frecuente que ocurre en la mujer embarazada, se puede presentar como bacteriuria asintomática, cistitis, pielonefritis e infecciones recurrentes; esta patología puede complicar el embarazo si no se brinda un tratamiento oportuno y completo (38). Estudios señalan que esta enfermedad es una causa común de trabajo de parto pretérmino, parto prematuro y morbi-mortalidad perinatal, representando el 75% de muertes perinatales y 50% de secuelas neurológicas atribuibles directamente a la prematurez (69).

Faria y Carraro (70) señalaron en su estudio que las infecciones del tracto urinario provocan resultados obstétricos adversos como parto prematuro y bajo peso al nacer. De igual forma, Toro, et al., (71) encontró que 7,8% de mujeres con ITU tuvieron parto pretérmino y 5,9% a término ( $p=0,013$ ), demostrando que la ausencia de infecciones urinarias disminuye el riesgo de prematuridad (OR 0,73; IC95%: 0,56-0,95).

### **Trastornos hipertensivos del embarazo**

Los trastornos hipertensivos del embarazo se pueden clasificar en hipertensión inducida por la gestación, preeclampsia sin datos de severidad, preeclampsia con datos de severidad, eclampsia, y, adicionalmente, pueden desencadenar o presentar de forma directa una complicación o patología severa como el síndrome HELLP (72).

La hipertensión inducida por la gestación se diagnostica a partir de las 20 semanas de gestación, cuando en dos o más tomas separadas por 4 a 6 horas la paciente presenta una

presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mm Hg y/o una presión diastólica mayor o igual a 90 mmHg (73).

Cuando a esta hipertensión inducida por la gestación se añade proteinuria, se denomina preeclampsia; la cual, se divide según la presencia o no de criterios de severidad, como cefalea, tinnitus, escotomas, epigastralgia o presión arterial de 160/110 mm Hg a más. Entre las formas más severas de los trastornos hipertensivos inducidos por la gestación, se encuentra la eclampsia, donde sin importar los valores de la presión arterial la gestante puede convulsionar señalando daño cerebral instalado, mientras que síndrome HELLP será significativo de daño hepático, entre otros resultados de laboratorio y signos que permitirán la identificación de algún daño de órgano blanco (73).

Del 15 a 25% de casos de hipertensión gestacional desarrollan preeclampsia y aparecen otros síntomas que advierten la gravedad de esta patología hasta el punto de afectar las funciones orgánicas, como el cerebro, hígado, riñones, entre otros, pudiendo convertirse en eclampsia (convulsión en el embarazo) y/o síndrome HELLP u otras patologías de insuficiencia (74).

En ese sentido, teniendo en cuenta que el tratamiento para preeclampsia con criterios de severidad y eclampsia suele ser la culminación del embarazo, en algunos casos, sin tener en consideración la edad gestacional por la gravedad del caso, varios autores han coincidido que la preeclampsia se convierte en un factor de riesgo para parto pretérmino (18,21).

### **Ruptura prematura de membranas**

Las membranas ovulares son capas de tejido cuya función consiste en contener el líquido amniótico que rodea al bebé en el útero y protegerlo de cualquier microorganismo o eventualidad. Generalmente se rompen durante el trabajo de parto, sin embargo, cuando esto

sucede antes del inicio del trabajo de parto se denomina ruptura prematura de membranas (RPM) (75). Es por ello que, si esto sucede antes de las 37 semanas, se convierte en factor de riesgo para parto prematuro (76).

### **Vaginitis o vaginosis bacteriana**

La vaginitis, también llamada vulvovaginitis, es una inflamación o infección de la vagina, que puede afectar la vulva, la parte externa de los genitales femeninos, causando picazón, dolor, secreción y olor. Suele ocurrir especialmente en mujeres en edad fértil, a causa de la alteración del equilibrio de bacterias y levaduras que normalmente se encuentran en la vagina (77). Lo mismo sucede con la vaginosis bacteriana, pues se trata de una infección causada por una cantidad excesiva de ciertas bacterias que cambian el equilibrio de las bacterias en la vagina (78).

Estas infecciones cuando se presentan durante el embarazo, también se pueden convertir en un factor de riesgo para parto pretérmino, puesto que, los microorganismos involucrados en el origen de esta infección son el primer paso que conlleva a un parto prematuro (79).

### **2.3.2. Parto pretérmino**

El parto pretérmino o también conocido como parto prematuro ocurre a partir de las 20 semanas y 0 días de embarazo o después, hasta antes de las 37 semanas; puede ser espontáneo, a consecuencia de un trabajo de parto prematuro o por insuficiencia cervical; pero también puede estar indicado por alguna complicación materna o fetal (80).

Por otro lado, también es importante considerar lo que señala la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) (1), que aunque el parto pretérmino se basa en la edad gestacional, la madurez fetal es un proceso continuo, lo que quiere decir, que incluso

aquellos niños entre 37 a 38 semanas y seis días existe un riesgo no despreciable de patologías respiratorias en el recién nacido, así como, dificultades en la lactancia.

En el Perú, el parto pretérmino se considera a aquél que se produce entre las 22 y 36 semanas 6 días de edad gestacional (26). Según la OMS (7), se puede clasificar en:

- Extremadamente prematuros: Cuando el parto se produce entre las 22 a 28 semanas de embarazo.
- Muy prematuro: Cuando el parto se produce entre las 28 a 32 semanas de embarazo.
- Prematuro moderado y tardío: Cuando el parto se produce entre las 32 a 36 semanas de embarazo y 6 días.

### **Causas**

No se han establecido las causas exactas de parto pretérmino, pero se asocia a algunas afecciones como parto pretérmino anterior, antecedentes de cirugía de cuello uterino, embarazo gemelar, infecciones y/o malformaciones asociadas a la madre o alrededor del bebé, patologías como hipertensión gestacional, ruptura prematura de membranas, polihidramnios, hemorragias obstétricas, entre otras (1,81).

Por otro lado, también existen algunas condiciones maternas que pueden conllevar al parto pretérmino como: consumo de cigarros, alcohol o drogas ilícitas, estrés físico o psicológico grave, aumento de peso deficiente durante el embarazo u obesidad (1,81).

### **Diagnóstico**

El diagnóstico de parto pretérmino es clínico y es considerado de alto riesgo perinatal; inicia con los diagnósticos previos de amenaza de parto pretérmino y trabajo de parto pretérmino, hasta que este se desencadene completamente o sea inevitable (82). Esto ocurre cuando toda gestante entre 22 y 36 semanas 6 días de edad gestacional presenta de 2 a 5 contracciones

uterinas en 10 minutos, de intensidad y duración regular, sin embargo, si aún no existe cambios cervicales o la dilatación no es mayor a 2 cm, aún se considera amenaza de parto pretérmino, y es posible aplicar medidas terapéuticas que permitan detener su avance y completar maduración pulmonar. Pero si a las contracciones uterinas se añade en la evaluación obstétrica dilatación mayor o igual a 3 cm con alrededor de 80% de borramiento se considera el diagnóstico de trabajo de parto pretérmino, el cual no siempre se puede frenar su avance o impedir que culmine en un parto pretérmino (82,83).

### **Manejo**

El manejo dependerá de la situación clínica de la paciente y el criterio médico; pero en general, se toman las siguientes medidas:

- a. Se realiza un monitoreo electrónico con la finalidad de verificar el bienestar fetal y constatar las contracciones uterinas. Toda paciente con dinámica uterina mayor a 1 en 10 minutos debe iniciarse con tratamiento terapéutico.
- b. Se debe realizar un tacto vaginal para verificar si existen cambios cervicales; si es posible, se realizará una ecografía transvaginal con la finalidad de medir la longitud del cérvix.
- c. La paciente debe ser hospitalizada y se canalizará una vía endovenosa para hidratación; además, se solicitará análisis de laboratorio como hemograma, examen de orina, urocultivo, y otros de ser necesario.
- d. Luego de la hidratación, se evaluará la dinámica uterina nuevamente, si continuará con contracciones uterinas mayor a 1 en 10 minutos, se iniciará con ciclos de tocólisis, siendo la opción de primera línea el nifedipino de 10 mg. Otros fármacos utilizados son atosibán, fenoterol o sulfato de magnesio, como segunda línea.

- e. Al mismo tiempo, debe iniciarse maduración pulmonar con corticoides como Betametasona 12 mg, vía intramuscular, cada 24 horas, por dos dosis, siempre y cuando el cuadro clínico lo permita.
- f. Debe evaluarse la causa posible o patología concomitante que se asocia a la amenaza de parto pretérmino, para iniciar inmediatamente con tratamiento antibiótico, si se tratara de alguna infección, u otro tratamiento según el cuadro clínico.
- g. En caso la dinámica uterina no ceda, se debe preparar todo lo necesario para la atención de un parto pretérmino, especialmente el equipo preparado que pueda brindar una atención de calidad al recién nacido prematuro (82).

### **Prevención**

El nivel primario de prevención se enfoca en las actividades preconcepcionales o durante el embarazo con la finalidad de eliminar o disminuir los factores de riesgo que conlleven a parto pretérmino; por ejemplo, educar a la paciente sobre fertilización asistida, ya que es un factor de riesgo; también, concientizar en una alimentación y estilos de vida saludables, es decir, evitar el consumo de sustancias nocivas, realizar cuidados odontológicos, pesquias de bacteriuria asintomática, vaginosis bacteriana, de ser necesario, una medición de la longitud del cérvix (26).

En cuanto a la prevención secundaria, consiste en el diagnóstico y prevención temprana de patologías recurrentes que se pueden asociar a parto pretérmino, sobre todo, en aquellas mujeres que presentan factores de riesgo, entre ellas, se recomienda reposo, evitar largas jornadas laborales, la administración de progesterona durante el embarazo, cervicometría entre las 16 y 20 semanas y/o cerclaje cervical preventivo (26).

Finalmente, en cuanto a la prevención terciaria, se trata de aquellas acciones que buscan disminuir la morbilidad y mortalidad después de que se ha desencadenado una amenaza o un trabajo de parto pretérmino. Aquí se hace referencia al diagnóstico oportuno del parto pretérmino, el uso de tocolíticos, glucocorticoide para maduración pulmonar, neuro protección fetal con sulfato de magnesio antenatal, entre otras según criterio médico (26).

#### **2.4. Bases legales**

La Normatividad vigente en el Perú en relación al parto pretérmino es la siguiente:

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 27604, Ley que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los Establecimientos de Salud a dar atención médica en casos de Emergencia y Partos.
- Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, que aprueba la NTS N° 018-MINSA/DGSPV.01: "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA, que aprueba las Trece Guías Técnicas: Guías de Práctica Clínica y una Guía de Procedimientos sobre la Atención del Recién Nacido".
- Resolución Ministerial N° 1041-2006/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva y sus 10 Anexos".
- Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, que aprueba la NTS N° 105-MINSA/DGSPV.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna", y sus modificatorias.

- Resolución Ministerial N° 828-2013/MINSA, que aprueba la NTS N° 106-MINSA/DGSPV.01: “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal”, y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 159-2014/MINSA, que establece precisiones y modifica la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna.
- Ley N° 31856. “Ley que garantiza la atención de la salud de acuerdo con las necesidades individuales del recién nacido prematuro”

## **2.5. Definición de términos básicos**

**Factores de riesgo:** Se define como factor de riesgo a toda característica o circunstancia de una persona que se asocia al incremento de la probabilidad de padecer, desarrollar o estar expuesto a un daño o enfermedad (45).

**Factores de riesgo sociodemográficos:** Son aquellas características generales y relacionadas a la población, estos rasgos dan forma a la identidad de los integrantes de una agrupación, entre ellos se puede mencionar a la edad, nivel de instrucción, lugar de procedencia, ocupación y nivel de ingresos, el estado civil, entre otros (84).

**Factores de riesgo gineco-obstétricos:** Son aquellas particularidades que se asocian a su salud sexual y reproductiva de la mujer, abarca características como el tipo de atenciones prenatales, paridad, intervalo intergenésico, anemia en el embarazo, entre otras complicaciones gineco – obstétricas (85).

**Factores de riesgo clínicos:** Hacen referencia a aquellas patologías anteriores que se registran en sus antecedentes, ya que es importante conocer aquellas patologías que pueden relacionarse o repercutir incluso tiempo después de haberse presentado. En ese sentido, algunos estudios señalan que los factores de historia clínica, así como, otros criterios, facilitarían predecir algunas patologías como el parto pretérmino (26).

**Parto pretérmino:** El parto pretérmino es el que se produce entre las 22 y 36 semanas 6 días de edad gestacional, puede ser espontáneo o indicado por alguna complicación materna o perinatal (26).

## **2.6. Hipótesis de la investigación**

- Los principales factores de riesgo sociodemográficos para parto pretérmino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca son edades extremas, instrucción menor a secundaria, ser de zona rural y estar soltera, 2023.
- Los principales factores de riesgo gineco-obstétricos para parto pretérmino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca son inadecuadas atenciones prenatales, multiparidad, inadecuado periodo intergenésico, antecedentes de parto pretérmino, aborto o cesárea y embarazo gemelar, 2023.
- Los principales factores de riesgo clínicos para parto pretérmino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca son antecedente de infección por COVID-19, infección urinaria, anemia, preeclampsia, RPM o vaginosis bacteriana, 2023.

## **2.7. Variables**

Variable 1: Factores de riesgo

Variable 2: Parto pretérmino

## 2.8. Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional de las variables			
		Dimensiones	Indicadores	Categorías	Escala
Factores de riesgo	Se define como factor de riesgo a toda característica o circunstancia de una persona que se asocia al incremento de la probabilidad de padecer, desarrolla o estar expuesto a un daño o enfermedad (45).	Factores de riesgo socio-demográficos	Edad	Menores de 18 años	De intervalo
				Mayores de 35 años	
				De 18 a 35 años	
				<18 años y >35 años	
			Grado de instrucción	Grados menores a secundaria completa	Ordinal
				De secundaria completa a más	
			Procedencia	Zona rural	Nominal
				Zona urbana	
			Estado civil	Soltera, divorciada o separada	Nominal
				Casada o conviviente	
		Factores de riesgo gineco-obstétrico	APN según edad gestacional	Menos de 3 APN	Ordinal
				De 4 a 5 APN	
				Inadecuado (APN insuficiente para edad gestacional)	
				Adecuado para EG (De 6 a más APN)	
			Paridad	Primípara	Ordinal
				Múltipara	
				Gran múltipara	
			Intervalo intergenésico	<2 años o >5 años	De intervalo
				2 a 5 años o NA (no aplica)	
			Antecedente de parto pretérmino	Sí	Nominal
		No			
		Antecedente de aborto	Sí	Nominal	
			No		
		Antecedente de cesárea	Sí	Nominal	
			No		
		Embarazo gemelar	Sí	Nominal	
			No		
		Factores de riesgo clínicos	Antecedente de COVID-19	Sí	Nominal
				No	
			Anemia en el embarazo actual	Sí	Nominal
No					
ITU en el embarazo actual	Sí		Nominal		
	No				
Trastorno hipertensivo de la gestación	Sí		Nominal		
	Hipertensión inducida por gestación(HIG)				
	Preeclampsia sin datos de severidad (PE)				
	Preeclampsia con datos severos (PES)				
	Eclampsia				
	Síndrome HELLP				
	THE severos (PES, eclampsia y HELLP)				
No					
RPM	Sí	Nominal			
	No				
Vaginitis o vaginosis bacteriana	Sí	Nominal			
	No				
Parto pre término	El parto pretérmino es el que se produce entre las 22 y 36 semanas 6 días de edad gestacional (26).	- Prematuro extremo. - Muy prematuro. - Prematuro moderado - tardío	Parto menor a 28 semanas Parto de 28 a 31,6 semanas Parto de 32 a 36,6 semanas	De intervalo	

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Ubicación geográfica**

La presente investigación fue ejecutada en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, la cual es de nivel II-2, ubicado en el distrito, provincia y departamento de la Región Cajamarca, la cual se ubica al norte del Perú, a 2 750 m.s.n.m.

El hospital es considerado una institución referencial de mayor complejidad de la Región de Cajamarca de categoría II-2. No cuenta con población asignada, ya que, atiende a todos los ciudadanos referidos de las 13 provincias del departamento de Cajamarca, lo que equivale a una población referencial de 1 529 755 habitantes, así mismo, atiende pacientes que son referidas de otras regiones como la Libertad, Amazonas (Balsas, Pataz, Chachapoyas) y otros departamentos del Perú (16).

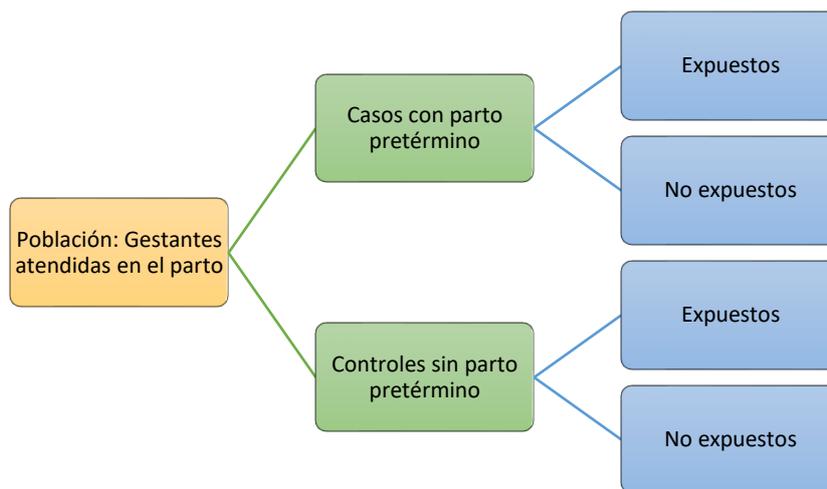
#### **3.2. Diseño y tipo de investigación**

El diseño de investigación fue no experimental, de corte transversal, tipo analítico de casos y controles:

Fue no experimental porque no se realizó ningún tipo de intervención o manipulación de las variables, buscando reflejar la evolución natural de los eventos; y de corte transversal porque solo se realizó una medición de la variable parto pretérmino y sus factores de riesgo, en una sola ocasión o determinado momento (86).

Fue de tipo casos y controles, porque el presente es un estudio epidemiológico que parte de la presencia de un evento (efecto: en este caso los partos pretérminos del HRDC),

identificando a las mujeres o pacientes con y sin la patología durante el año 2023, para comparar algunas características semejantes entre ambos grupos. Las mujeres que tuvieron parto pretérmino se les denominó casos, mientras que aquellas mujeres con parto a término fueron escogidas para servir como comparadores, por lo que, se les denominó controles (87–89).



También se obtuvo la información sobre factores de riesgo a través de la entrevista y de fuentes secundarias como sus historias clínicas o carnés perinatales (86,90).

### 3.3. Población, muestra, unidad de análisis y unidad de observación

La población estuvo conformada por todas las mujeres cuyos partos fueron atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, ya sea vía vaginal o abdominal, durante el año 2023; siendo un total de 2378 partos y cesáreas, de los cuales 622 correspondieron a partos pretérminos.

El tamaño de la muestra se calculó a través del Software Estadístico Epidat v4.2, para lo cual, se tuvo en cuenta una potencia mínima (poder estadístico) de 80%, una confiabilidad de 99% y una proporción entre casos y controles de uno (1) (38). Todo esto se detalla en los siguientes resultados que arroja el software:

### Tamaños de muestra. Estudios de casos y controles. Grupos independientes:

Datos:

Proporción de casos expuestos:	71,400%
Proporción de controles expuestos:	48,200%
Odds ratio a detectar:	2,683
Número de controles por caso:	1
Nivel de confianza:	99,0%

Resultados

Potencia %	Tamaño de la muestra *		
	Casos	Controles	Total
80,0	103	103	206

Tamaños de muestras para aplicar el test  $X^2$  sin corrección por continuidad

Por lo tanto, se trabajó con 103 casos de mujeres con parto pretérmino y 103 casos de mujeres con parto a término, del Hospital Regional Docente de Cajamarca, durante el año 2023 y con sus historias clínicas, lo cual, permitió identificar los factores de riesgo sociodemográficos, gineco-obstétricos y de historia clínica más relevantes.

### Unidad de análisis

La unidad de análisis del presente estudio estuvo conformada por cada mujer cuyo parto fue atendido en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, durante el año 2023, ya sea pretérmino o a término. Además, se consideró los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

### Criterios de inclusión de casos:

- Mujeres cuyos partos fueron atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, de cualquier edad materna.
- Mujeres cuyos recién nacidos tuvieron edad gestacional menor a 37 semanas según evaluación Capurro.
- Mujeres cuyas historias clínicas cuenten con los datos completos registrados.

- Mujeres que se encontraban en aparente regular o adecuado estado de salud, conscientes y lúcidas para autorizar su participación y responder a las preguntas.
- Mujeres que autorizaron su participación mediante la firma del consentimiento informado (Anexo N°1); en el caso de las gestantes adolescentes se solicitó la autorización del apoderado.

**Criterios de exclusión de casos:**

- Mujeres cuyos partos no fueron atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.
- Mujeres cuyos recién nacidos tuvieron edad gestacional de 37 semanas a más según evaluación Capurro.
- Mujeres con aparente mal estado de salud, inconscientes o no lúcidas para autorizar su participación y responder a las preguntas.
- Mujeres que no desearon participar en la investigación.

**Criterios de inclusión de controles:**

- Mujeres cuyos partos fueron atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, de cualquier edad materna.
- Mujeres cuyos recién nacidos tuvieron edad gestacional de 37 semanas a 41 semanas 6 días según evaluación Capurro.
- Mujeres cuyas historias clínicas cuenten con los datos completos registrados.
- Mujeres que se encontraban en aparente regular o adecuado estado de salud, conscientes y lúcidas para autorizar su participación y responder a las preguntas.
- Mujeres que autorizaron su participación mediante la firma del consentimiento informado (Anexo N°1); en el caso de las gestantes adolescentes se solicitó la autorización del apoderado.

### **Criterios de exclusión de controles:**

- Mujeres cuyos partos no fueron atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.
- Mujeres cuyos recién nacidos tuvieron una edad gestacional menor de 37 o mayor de 42 semanas según evaluación Capurro.
- Mujeres con aparente mal estado de salud, inconscientes o no lúcidas para autorizar su participación y responder a las preguntas.
- Mujeres que no desearon participar en la investigación.

### **Unidad de observación**

Se consideró como unidad de observación a la historia clínica de cada mujer seleccionada, cuyo parto fue atendido en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, durante el año 2023, donde se corroboró los datos brindados por la paciente y los que ella desconocía, pero se registraron en su archivo.

### **3.4. Técnicas e instrumentos de recopilación de información**

Las técnicas que se utilizaron para la recolección de los datos fueron las siguientes:

- Entrevista: Se realizó una entrevista a cada mujer que estuvo hospitalizada en el HRDC que duró aproximadamente 20 minutos, con la finalidad de identificar sus antecedentes y características que puedan constituir un factor de riesgo para parto pretérmino.
- Análisis documental: que consistió en la revisión de la historia clínica “in situ”, la cual fue realizada posterior a la entrevista, con la finalidad de corroborar datos y agregar aquellos que eran desconocidos en ese momento.

Se utilizó como instrumento una ficha de recolección de datos elaborado por la investigadora (Anexo N°2) y validado por Juicio de cinco (5) Expertos (Anexo N°3), siendo sometido a

evaluación a través de la prueba estadística V de Aiken para cada pregunta y el cuestionario en forma global, obteniendo un valor mayor a 0.7, lo que permite afirmar que existe concordancia entre Jueces (Anexo N°4).

La ficha constó de 20 preguntas con opciones de respuesta dicotómica, contando con los siguientes apartados:

- Datos del parto: consignándose la edad gestacional mediante el Test de Capurro, que tuvo el recién nacido de cada mujer que participó en la investigación.
- Factores de riesgo sociodemográficos: Se seleccionaron algunas características como edad materna, grado de instrucción, procedencia, ocupación y estado civil.
- Factores de riesgo gineco – obstétricos: Se obtuvieron datos sobre las atenciones prenatales, la paridad, el intervalo intergenésico, algunas complicaciones que presentaron en la gestación como anemia, diagnóstico de infección del tracto urinario, preeclampsia, rotura prematura de membranas, diabetes gestacional y/o presencia de vaginitis o vaginosis bacteriana.
- Factores de riesgo clínicos: Se registró algunos antecedentes como haber tenido COVID-19 antes o durante el embarazo, anemia, infección del tracto urinario, amenaza de aborto, incompetencia cervical, preeclampsia, rotura prematura de membranas y vaginitis o vaginosis en el embarazo actual.

### **3.5. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información**

Se realizó una primera base de datos en el programa Excel 2019, para el análisis, se utilizó el software estadístico SPSS versión 26; los resultados son presentados en tablas de frecuencia y de contingencia. La determinación de factor de riesgo se hizo a través de las pruebas estadísticas Odds Ratio y chi cuadrado, que permitió determinar en cuanto aumenta el riesgo de parto pretérmino ante ciertas características de las participantes, teniendo en

cuenta los intervalos de confianza significativos a factor de riesgo ( $IC > 1$ ) y factor protector ( $IC < 1$ ), así como un valor  $p < 0,05$ .

### **3.6. Principios éticos de la investigación**

El presente estudio se basó en los siguientes principios éticos:

**Autonomía:** Porque se respetó en todo momento la voluntad de cada una de las mujeres participantes en la investigación, sin influencia alguna en la toma de sus decisiones.

**Confidencialidad:** Porque se garantizó el anonimato de las mujeres que participaron en la investigación.

**No maleficencia:** la información se obtuvo luego que las mujeres dieron su consentimiento para la entrevista.

**Consentimiento informado:** las mujeres fueron informadas de forma clara del propósito y la modalidad de la investigación, firmando la autorización escrita de su participación en el estudio.

Respeto a la dignidad humana, intimidad, igualdad y libertad de cada participante.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. Prevalencia y clasificación de partos pretérmino

**Tabla 1. Prevalencia del parto pretérmino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca durante el año 2023.**

<b>Partos pretérmino</b>	<b>Total de partos</b>
<b>622</b>	<b>2378</b>
<b>Prevalencia = 26,2%</b>	

Fuente: Base de datos del HRDC

En la tabla 1 se observa el número de casos de parto pretérmino en el año 2023, en relación al total de partos, encontrando una prevalencia de 26,2%, lo que equivale a más de la cuarta parte de partos en total; la prevalencia mide la proporción de personas que se encuentran enfermas al momento de evaluar el padecimiento, en este caso, los partos pretérmino, por lo que, no se puede realizar un seguimiento (91).

Los resultados difieren de los reportados por Etil, et al. (29), quienes encontraron en su estudio una prevalencia de parto pretérmino de 35,8%,

A nivel nacional no se tiene información actualizada de la prevalencia de parto pretérmino, los últimos datos publicados fueron en el 2019, donde las cifras varían en base a las fuentes bibliográficas; resaltando que el INEI, a través de ENDES, reportó una prevalencia del 23% (14), evidenciando que los resultados de la investigación superan en 3,2% esta cifra.

El Hospital Regional Docente de Cajamarca en el ASIS 2020 informa una prevalencia de 21,1% (16), a nivel local los casos de parto pretérmino están en aumento, debido al incremento de diversos riesgos y particularidades de cada embarazo, tales como, el ascenso de embarazos múltiples, probablemente debido a la elevada cifra de casos de fertilización asistida, otros factores como la edad avanzada, la presencia de enfermedades crónicas, recurrencia de infecciones, entre otros, que provocan que el embarazo se vea afectado y no llegue a término.

En ese sentido, es inevitable la necesidad de identificar los factores de riesgo asociados, como se ve en el modelo epidemiológico del proceso de salud enfermedad, pues, son múltiples los factores demográficos, sociales, personales, clínicos, obstétricos, entre otros que se relacionan y determinan su prevalencia (41,42); a ello, se añade, que, en la actualidad, los cambios sociales, ambientales y tecnológicos han influido, estos resultados nos advierten la necesidad de actuar oportunamente desde los primeros niveles de atención para mejorar la salud reproductiva y evitar partos prematuros.

**Tabla 2. Clasificación del parto pretérmino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2023.**

<b>Clasificación del parto pretérmino</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Prematuro extremo	1	0,97
Muy prematuro	16	15,53
Prematuro moderado y tardío	86	83,50
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla 2 se presenta la clasificación de partos pretérmino en el grupo de casos de la muestra estudiada, durante el 2023, la mayoría de casos corresponde a prematuros

moderados y tardíos con 83,50%, seguido de muy prematuros con 15,53%; y los prematuros extremos con 0,97%.

Brito et al. (30), difieren con los resultados, puesto que en su investigación encontraron 5,9% de recién nacidos con menos de 32 semanas y 44,1% de partos prematuros moderados a tardíos, siendo valores menores a los de la presente investigación, esta diferencia se puede deber a que la población de dicho estudio es del extranjero, quienes conviven otro tipo de circunstancias muy diferentes a la realidad nacional, tales como el acceso a la atención de salud de calidad, así como, los mayores niveles educativos de su población.

Por otro lado, Paredes K. (37) coincide al señalar la frecuencia de casos de parto prematuro moderado a tardío con 84%, sin embargo, presenta porcentajes variables en partos muy prematuros con 9% y partos prematuros extremos con 7%. En este caso, se observa semejanza en los resultados ya que se trata de investigaciones nacionales, corroborándose que la tendencia de los partos prematuros moderados y tardíos son relativamente frecuentes en la localidad, estas cifras se suelen asociar a casos de patologías obstétricas como la preeclampsia, que obligan a culminar anticipadamente el embarazo.

Florentino et al. (40) mostraron coincidencias en sus resultados en el caso de partos muy prematuros con 15%, pero difieren en relación a partos prematuros moderados a tardíos con 47,5% y partos prematuros extremos con 8,8%.

Es importante resaltar, que a pesar de que la prematuridad en general provoca mayor morbilidad y mortalidad neonatal, son menores los porcentajes de aquellos partos muy prematuros o prematuros extremos, es decir, los que nacen antes de las 32 semanas, ya

que estos neonatos requieren de mayores recursos, equipos y tiempo de hospitalización, siendo, en la mayoría de ocasiones, inevitable un desenlace fatal.

Los prematuros moderados y tardíos tienen mayor probabilidad de supervivencia, aunque no es absoluta en comparación con los muy prematuros y prematuros extremos, lo que representa una mayor posibilidad de reincorporación pronta a su familia y una primera infancia con menos dificultades, para permitirles alcanzar un desarrollo y crecimiento óptimo pero además se debe resaltar el menor gasto al Estado y a las mismas familias, que se verán menos afectadas por las dificultades que deberán enfrentar para superar los largos días de hospitalización de su neonato.

Las complicaciones neonatales se pueden presentar en todos los prematuros, sean extremos, moderados o tardíos, se puede mencionar la enterocolitis necrotizante, retinopatías, displasia broncopulmonar, infecciones y otros problemas a largo plazo como las secuelas neurológicas; sin embargo, va a depender de la capacidad de cada organismo para responder favorablemente en la evolución; no obstante, la recuperación es mucho más lenta o tienen mal pronóstico quienes tienen menor peso y edad por Capurro.

## 4.2. Factores de riesgo sociodemográficos asociados a parto pretérmino

**Tabla 3. Factores de riesgo sociodemográficos asociados a parto pretérmino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2023.**

Factores sociodemográficos	Parto pretérmino				P	OR	IC (95%)
	Sí (Casos)		No (Controles)				
	N	%	n	%			
<b>Edad</b>							
Menores de 18 años	7	6,8%	3	2,9%	0,195	2,431	0,611 – 9,673
Mayores de 35 años	32	31,1%	19	18,4%	0,036	1,993**	1,041 – 3,816
De 18 a 35 años	64	62,1%	81	78,6%	0,009	0,446*	0,241 – 0,826
<18 años y >35 años	39	37,9%	22	21,4%	0,009	2,244**	1,211 – 4,158
<18 años y >35 años & Parto prematuro moderado y tardío	32	37,2%	29	24,2%	0,043	1,860**	1,016 – 3,405
<b>Grado de instrucción</b>							
Grados menores a secundaria							
completa	49	47,6%	39	37,9%	0,159	1,489	0,085 – 2,594
Más de secundaria completa	54	52,4%	64	62,1%	0,159	0,672	0,386 – 1,170
<b>Procedencia</b>							
Zona rural	41	39,8%	38	36,9%	0,667	1,131	0,667 – 1,984
Zona urbana	62	60,2%	65	63,1%	0,667	0,884	0,504 – 1,551
<b>Estado civil</b>							
Casada o conviviente	90	87,4%	97	94,2%	0,092	0,428	0,156 – 1,175
Soltera o separada	13	12,6%	6	5,8%	0,092	2,335	0,851 – 6,405
Soltera o separada & Parto muy prematuro	4	25,0%	15	7,9%	0,023	3,889**	1,116 – 13,552
<b>Total</b>	103	100%	103	100%			
* Factor protector				** Factor de riesgo			

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla 3 se muestran los factores sociodemográficos que se asocian con parto pretérmino, entre ellos, la edad, donde 62,1% de casos y 78,6% de controles tenían de 18 a 35 años ( $p=0,009$ ), siendo este intervalo de edad un factor de protección para parto

pretérmino, ya que se encontró un Odds Ratio de 0,446 (IC: 0,241 – 0,826), lo que equivale a 55% menos probabilidad de que ocurra el evento en este grupo etario.

Se sabe que el grupo etario de 18 a 35 años es el que suele representar menor riesgo durante el embarazo para cualquier tipo de patologías o complicaciones, aunque no es una afirmación absoluta; sin embargo, aquellas gestantes con edades fuera de este rango tendrán mayor riesgo en general. Por lo que, en el presente estudio este grupo etario representa protección, es decir, se observa mayor porcentaje de embarazadas entre estas edades que no han tenido un parto pretérmino.

Al separar los grupos etarios, no se evidencia riesgo significativo de parto pretérmino para las mujeres de menores de 18 años ( $p=0,195$ ); sin embargo, si existe relación estadística significativa con aquellas mujeres mayores de 35 años ( $p=0,036$ ) con 31,1% en el grupo de casos y 18,4% en el grupo de controles, constituyendo un factor de riesgo para parto pretérmino con un valor Odds Ratio de 1,993 (IC: 1,041 – 3,816), lo que significa que aumenta la probabilidad de que ocurra 1,993 veces.

Rodríguez et al. (33), muestran resultados que difieren de la presente investigación al señalar que el grupo etario de menos de 19 años representa 1.74 veces riesgo para parto pretérmino; no obstante, concuerda al manifestar que las mujeres de 35 años a más también representan 1.87 veces riesgo; al igual que, Brito et al. (30), quienes encontraron que el grupo etario de 30 años a más, tienen una probabilidad aumentada de 2.8 veces de parto prematuro. Sin embargo, Sánchez C (35) difiere al señalar que la edad mayor de 35 años no se asocia con parto pretérmino ( $p=0,545$ ), con 8,3 % en el grupo de casos y 6,8% de controles. No obstante, se verifica que a mayor edad es más probable presentar complicaciones en el embarazo, como un parto pretérmino, siendo este factor más peligroso que las embarazadas de menor edad.

Al unir los grupos etarios menores de 18 años y mayores de 35 años se evidencia asociación significativa ( $p=0,009$ ) con 37,9% en el grupo de casos y 21,4% en los controles, resaltando que aumenta el riesgo en 2.4 veces para parto pretérmino al obtener un valor de Odds Ratio de 2,244 (IC: 1,211 – 4,158); elevando su frecuencia sobre todo en partos entre las 32 a 36 semanas ( $p=0,043$ ) con un Odds Ratio de 1,860 (IC: 1,016 – 3,405).

En ese sentido, se confirma que las edades menos de 18 años y mayores de 35 años representan riesgo, en este caso para desencadenar un parto pretérmino, contribuyendo a la multicausalidad de esta patología. Por lo que, una manera de mitigar este factor de riesgo es la promoción de una salud sexual y reproductiva responsable, concientizando a las mujeres a procurar un embarazo a una edad apropiada para su bienestar y acorde a sus expectativas.

El grado de instrucción menor o mayor a secundaria ( $p=0,159$ ) y el lugar de procedencia urbana o rural ( $p=0,667$ ) no guardan asociación estadística con parto pretérmino, a pesar de ser condiciones importantes en las gestantes, la investigación demuestra no ser relevante para los casos de parto pretérmino.

En cuanto al nivel de instrucción, Brito no concuerda con los resultados del estudio, ya que en su investigación encontró que la escolaridad baja aumenta 1.84 veces la ocurrencia de parto pretérmino (30). Mientras que, Rodríguez et al. (33) señalaron que el nivel de instrucción secundaria se convierte en un factor de protección para parto pretérmino (OR=0,66). Sin embargo, en otros estudios como el de Paredes K. (37) se advierte que el nivel de instrucción superior no guardó relación con parto pretérmino, ni como factor de riesgo ni protección ( $p=0,377$ ).

El nivel de instrucción es significativo porque el conocimiento dota de habilidades y perspectivas diferentes a las personas, empoderándolas en relación a su cuidado personal y el de su salud, el tener mayor nivel educativo facilita la comprensión y la búsqueda de atención oportuna ante cualquier situación de riesgo que favorezca el bienestar de las gestantes, a pesar de no haber encontrado significancia estadística. No obstante, es preocupante el contexto actual donde aún no se alcanzan niveles educativos avanzados.

En relación al lugar de procedencia, Sánchez A. (34) señaló que ser de zona urbana aumenta el riesgo de parto pretérmino en 3,24 veces, con 47,06% de casos y 35,29% de controles. Mientras que, Valderrama D (39) mostró que ser de zona rural si constituye factor de riesgo para parto pretérmino.

En el presente estudio no se encuentra relación entre el lugar de procedencia de zona rural o urbana y el parto pretérmino, a diferencia de otras investigaciones, ya que, se observa porcentajes similares entre el grupo de casos y controles en relación a la procedencia urbana y rural; sin embargo, cabe recalcar que ambos lugares de procedencia pueden representar riesgo de diferentes maneras, tal es el caso de las gestantes de zona rural, quienes suelen tener dificultades en el acceso a los establecimientos de salud, y los pocos que existen se encuentran alejados o tienen poca capacidad resolutive para la prevención y/o manejo de las amenazas de parto pretérmino, o peor aún, el recién nacido prematuro.

En cambio, las gestantes de zona urbana, a pesar de tener mayor posibilidad de acceder a los establecimientos de salud, el mismo hecho de estar en la ciudad, las predispone a tener un día a día ajetreado, con pocas posibilidades de descanso, por las múltiples actividades que realizan, ya sea en sus hogares o trabajos, pudiendo significar un riesgo para no identificar signos de alarma que adviertan un parto pretérmino.

Respecto al estado civil, ser soltera, separada, casada o conviviente no guarda asociación con parto pretérmino ( $p=0,092$ ); sin embargo, se logra demostrar que el estado civil de soltera o separada si representa factor de riesgo para partos muy prematuros, es decir, los que ocurren entre las 28 a 31 semanas y 6 días ( $p=0,023$ ), con 25% en el grupo de casos y 7,9% en los controles, siendo factor de riesgo con un Odds Ratio de 3,889 (IC: 1,116 – 13,552).

Paredes, K. (37), señaló que el estar soltera no guarda asociación con parto pretérmino, ( $p=0,144$ ), con 41,9% de casos y 58,1% de controles; lo que significa que el estado civil en general no es significativo ante el problema de salud pública del parto pretérmino.

No obstante, es necesario tener en cuenta el hallazgo específico que estar soltera o separada como factor que aumenta 3,889 veces (IC: 1,116 – 13,552) el riesgo de un parto muy prematuro, ya que, un neonato entre las 28 y 31 semanas 6 días representa mayores necesidades, tanto a nivel clínico, social, familiar, entre otros; por lo que, es importante tener en cuenta a aquellas gestantes que no tienen pareja, la necesidad de incluirlas en redes de apoyo que les sirvan de soporte para acudir ante determinadas emergencias; o mejor aún, que le faciliten vigilar su bienestar o la presencia de signos de alarma con la finalidad de prevenir o detectar oportunamente patologías como el parto prematuro, entre otros.

### 4.3. Factores de riesgo gineco obstétricos asociados a parto pretérmino

**Tabla 4. Factores de riesgo gineco obstétricos asociados a parto pretérmino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2023.**

Factores gineco obstétricos	Parto pretérmino				p	OR	IC (95%)
	Sí (Casos)		No (Controles)				
	N	%	n	%			
<b>Número de atenciones prenatales (APN)</b>							
Adecuado para EG (De 6 a más)	60	58,3%	96	93,2%	0,000	0,102*	0,043 – 0,241
Inadecuado (Insuficiente para EG)	43	38,8%	7	6,8%	0,000	8,707**	3,671 – 20,651
Menos 3 APN	15	14,6%	1	1,0%	0,000	17,386**	2,251–134,278
De 4 a 5 APN	28	27,2%	6	5,8%	0,000	6,036**	2,377 – 15,325
<b>Paridad</b>							
Primipara	35	34,0%	43	41,7%	0,251	0,718	0,408 – 1,264
Múltipara	64	62,1%	58	56,3%	0,395	1,273	0,730 – 2,222
Gran múltipara	4	3,9%	2	1,9%	0,407	2,040	0,365 – 11,393
<b>Periodo intergenésico</b>							
Menor de 2 y mayor de 5 años	61	59,2%	65	63,1%	0,567	0,849	0,485 – 1,488
De 2 a 5 años o no aplica	42	40,8%	38	36,9%	0,567	1,178	0,672 – 2,064
<b>Antecedente de aborto</b>							
Sí	4	3,9%	3	2,9%	0,701	1,347	0,294 – 6,173
No	99	96,1%	100	97,1%			
<b>Antecedente de parto pretérmino</b>							
Sí	13	12,6%	4	3,9%	0,023	3,575**	1,125 – 11,363
No	90	87,4%	99	96,1%	0,023	0,280*	0,088 – 0,889
<b>Antecedente de cesárea</b>							
Sí	18	17,5%	8	7,8%	0,036	2,515**	1,040 – 6,079
No	85	82,5%	95	92,2%			
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100%</b>	<b>103</b>	<b>100%</b>			

\* Factor protector

\*\* Factor de riesgo

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla N° 4 se observan los factores gineco obstétricos que se asocian a parto pretérmino, entre ellos, el número de atenciones prenatales, ya que si este es inadecuado para la edad gestacional ( $p=0,000$ ) se convierte en factor de riesgo de parto pretérmino con un Odds Ratio de 8,707 (IC: 3,671 – 20,651), encontrando 38,8% en el grupo de casos y 6,8% en el de controles.

Los resultados coinciden con los de Brito et al. (30), al señalar que el número insuficiente de atenciones prenatales constituye factor de riesgo para parto pretérmino, sin embargo, el valor del Odds Ratio es menor al del presente estudio, pues señalaron que solo aumentaba la probabilidad de ocurrencia en 2,69 veces. Sánchez A. (34), también menciona que las atenciones prenatales inadecuadas provoca un riesgo de 6.57 veces de producir parto pretérmino, demostrando la importancia de las atenciones prenatales para prevenir complicaciones obstétricas como esta.

Además, 27,2% de casos y 5,8% de controles tuvieron de 4 a 5 atenciones prenatales ( $p=0,000$ ), ocasionado un riesgo de 6,036 veces de producir parto pretérmino según el Odds Ratio (IC: 2,377 – 15,325); mientras que 14,6% de los casos y 1% de los controles tuvieron menos de 3 atenciones prenatales ( $p=0,000$ ), aumentando el riesgo a 17,386 veces según el Odds Ratio (IC: 2,251 – 134,278).

Lo que quiere decir que tener menos de 6 atenciones prenatales aumenta el riesgo de parto prematuro, coincidiendo con Sánchez C. (35), quien señala que 23,4% de casos y 10,4% de controles con menos de 6 atenciones prenatales tuvieron parto pretérmino, aumentando el riesgo 3,353 veces.

Esto también permite inferir que a menor número de controles prenatales mayor es el riesgo de ocurrencia de parto pretérmino; demostrando la importancia de promover que

las gestantes acudan a todas sus citas prenatales pues son espacios donde además de evaluar obstétricamente a la gestante, se le imparte orientación con la finalidad de que sepan reconocer los signos de alarma para poder recibir una atención oportuna y prevenir complicaciones como el parto pretérmino. Es por ello, que quienes presentaron menos número de atenciones prenatales han tenido menos oportunidades para aprender y reconocer estas señales de alarma.

Cabe resaltar que el número de atenciones prenatales irá acorde a la edad gestacional, es decir, que no se pretende que las gestantes realicen sus 6 atenciones prenatales precozmente, sino que sea conforme a lo normado; pero a lo largo del estudio se ha observado que un gran porcentaje de gestantes tienen un menor número de controles requeridos para la edad gestacional, lo cual terminará siendo insuficiente aumentando el riesgo para el adecuado desarrollo del embarazo.

Lo contrario ocurre con el 58,3% de casos y 93,2% de controles que tuvieron de 6 atenciones prenatales a más ( $p=0,000$ ), convirtiéndose en un factor protector con un Odds Ratio de 0,102 (IC: 0,043 – 0,241), lo que significa que reduce un 90% aproximadamente el riesgo de presentar parto pretérmino si se completa de 6 a más atenciones prenatales.

Esto significa que un número considerable de gestantes que aún no cumplían las 37 semanas alcanzaron lograr las 6 atenciones prenatales, ya que, el ser puntuales en las citas de los controles e iniciarlas precozmente facilitará alcanzar un mayor número de atenciones incluso antes de que el embarazo se encuentre a término, representando la oportunidad de comprender mejor los signos de alarma y demás mensajes que se brindan en las consultas para tener un embarazo saludable, convirtiéndose en un factor de protección, es decir, tener de 6 a más atenciones prenatales va a reducir mucho más el riesgo de un parto pretérmino.

La paridad tampoco guarda asociación estadística con parto pretérmino en el presente estudio, encontrando 34% de casos y 41,7% de controles quienes fueron primíparas ( $p=0,251$ ), 62,1% de casos y 56,3% de controles eran multíparas ( $p=0,395$ ) y 3,9% de casos y 1,9% de controles eran gran multíparas ( $p=0,407$ ).

Suazo et al. (32), coincide con el estudio al señalar que la paridad no es un factor de riesgo para parto pretérmino, así también, Sánchez C. (35) tampoco encontró asociación entre estas variables ( $p=0,561$ ). No obstante, Martínez et al. (36) si demostró asociación entre la primiparidad y el parto pretérmino, con 60,9% en los casos y 81,5% en los controles, señalándolo como factor de protección con un OR de 0,353.

En el presente estudio, la paridad no representó riesgo ni protección para parto pretérmino, porque tanto en el grupo de casos como de controles se evidencian porcentajes similares de cada característica estudiada sobre la paridad, a pesar que, en otras investigaciones si demuestran asociación, probablemente, porque las mujeres multíparas y gran multíparas pueden desencadenar más rápidamente el parto si no se detecta a tiempo, siendo este indiferente para el presente estudio.

De igual forma, el periodo intergenésico adecuado (de 2 a 5 años) e inadecuado tampoco se asocia con parto pretérmino ( $p=0,567$ ); difiriendo estos resultados con los de Paredes K. (37), quien señala que el periodo intergenésico corto o menor a 2 años representa un riesgo de 3,22 veces para parto pretérmino.

Se sabe que el periodo intergenésico menor de 2 años y mayor de 5 se convierte en riesgo ante cualquier patología obstétrica, no obstante, en el presente estudio los resultados no son significativos ante la ocurrencia de parto pretérmino, pues quienes tuvieron periodo intergenésico inadecuado fueron 59,2% para el grupo de casos y 63,1% para los controles.

Aunque, cabe resaltar que clínicamente se espera que aquellas mujeres con periodo intergenésico corto desencadenen más rápidamente un trabajo de parto, sea este pretérmino o no.

Por otro lado 3,9% de casos y 2,9% de controles tuvieron antecedentes de aborto, por lo que, tampoco muestran asociación con parto pretérmino ( $p=0,701$ ). Estos resultados difieren con Marrero et al (60). quienes mencionan que el número de abortos previos se asocia con parto pretérmino.

Ante la ocurrencia previa de abortos, es necesario determinar las razones por las que se pudieron producir dichos antecedentes, ya que, en ocasiones se puede asociar a alguna patología que le impida a la mujer mantener un embarazo hasta cumplir las 37 semanas, ya sea, por factores genéticos, anatómicos, hormonales u otros; por lo que, la identificación del antecedente de uno o más abortos en la gestante mantendrá en alerta al personal de salud ante un posible riesgo de parto pretérmino.

En cuanto al antecedente de parto pretérmino, 12,6% de casos y 3,9% de controles si tuvieron ( $p=0,023$ ), encontrándose que es factor de riesgo de parto prematuro con un valor de Odds Ratio de 3,575 (IC: 1,1125 – 11,363). Lo contrario sucede con 87,4% de casos y 96,1% de controles quienes no tuvieron antecedente de parto pretérmino, encontrando que representa un factor protector de 0,280 (IC: 0,088 – 0,889), lo que equivale a la disminución de un 72% del riesgo.

Respecto al antecedente de parto pretérmino, Bigolin et al. (31), concuerdan al señalar que si tiene asociación y se convierte en factor de riesgo para el actual embarazo ( $p=0,008$ ). Así también, Rodríguez et al. (33), encontraron que dicho antecedente aumenta en 2,32 veces la ocurrencia de parto pretérmino; mientras que, Sánchez C (35)

demonstró un aumento en 8,226 veces el riesgo de parto prematuro, con 17,7% de casos y 3,1% de controles.

El antecedente de parto pretérmino también alerta a la gestante y al personal de salud frente a un nuevo embarazo, ya que, el riesgo de un nuevo parto antes de las 37 semanas está aumentado por lo que se debe implementar medidas durante el transcurso del embarazo para prevenir que pueda desencadenar una amenaza de parto pretérmino, los resultados, nos muestran que este factor de riesgo aumenta más de 3 veces la probabilidad de que se vuelva a repetir un parto prematuro.

Lo contrario ocurre en aquellas mujeres que tienen partos previos a término, pues, esta característica constituye un factor de protección, ya que, la probabilidad de ocurrencia de un parto pretérmino es 72% menor. Es por ello, que en la práctica clínica este antecedente no representa alerta para el personal de salud, ni la necesidad de tomar medidas preventivas adicionales para un parto pretérmino, a menos que se identifique algún otro signo o síntoma que se asocie a esta patología.

El antecedente de cesárea también se constituyó un factor de riesgo para parto pretérmino, aumentando el riesgo en 2,515 veces (IC: 1,040 – 6,079), existiendo 17,5% de casos y 7,8% de controles con este antecedente ( $p=0,036$ ).

Sin embargo, Sánchez C. (35) difiere con los resultados, pues señala que el antecedente de cesárea no se asocia con parto pretérmino ( $p=0,247$ ), con 14,6% en los casos y 10.9% en los controles.

En ese sentido, se demuestra que el antecedente de cesárea se relaciona significativamente a parto pretérmino, duplicando su riesgo de ocurrencia ( $OR=2,515$ ); sobre todo si se tiene en cuenta las diferentes complicaciones maternas fetales a las que se asocia una cesárea previa, así como las causas que conllevaron a ese desenlace.

#### 4.4. Factores de riesgo clínicos asociados a parto pretérmino

**Tabla 5. Factores de riesgo clínicos asociados a parto pretérmino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2023.**

Factores clínicos	Parto pretérmino				p	OR	IC (95%)
	Sí (Casos)		No (Controles)				
	N	%	n	%			
<b>Antecedente de COVID-19</b>							
Sí	4	3,9%	5	4,9%	0,733	0,792	0,207 – 3,037
No	99	96,1%	98	95,1%			
<b>Anemia</b>							
Sí	8	7,8%	12	11,7%	0,347	0,639	0,250 – 1,634
No	95	92,2%	91	88,3%			
<b>Infección del tracto urinario actual</b>							
Sí	33	32,0%	22	21,4%	0,083	1,736	0,927 – 3,250
No	70	68,0%	81	78,6%			
ITU & parto muy prematuro	9	56,3%	46	24,2%	0,005	4,025**	1,420 – 11,410
<b>Embarazo gemelar actual</b>							
Sí	6	5,8%	0	0,0%	0,013	2,062**	1,787 – 2,378
No	97	94,2%	103	100,0%			
Gemelar y parto prematuro moderado y tardío	6	7,0%	0	0,0%	0,003	2,500**	2,110 – 2,962
<b>Trastornos hipertensivos del embarazo</b>							
Sí	39	37,9%	15	14,6%	0,000	3,575**	1,817 – 7,035
No	64	62,1%	88	85,4%			
HIG	2	1,9%	3	2,9%	0,651	0,660	0,108 – 4,035
PE sin datos de severidad	0	0,0%	1	1,0%	0,316		
PE con datos de severidad	36	35,0%	11	10,7%	0,000	4,494**	2,133 – 9,466
Eclampsia	1	1,0%	0	0,0%	0,316		
Síndrome HELLP	4	3,9%	2	1,9%	0,407	2,040	0,365 – 11,393
THE severo (PES, eclampsia y S. HELLP)	37	35,9%	11	10,7%	0,000	4,689**	2,229 – 9,863
<b>Rotura prematura de membranas</b>							
Sí	39	37,9%	6	5,8%	0,000	9,852**	3,943 – 24,612
No	64	62,1%	97	94,2%			
<b>Vaginitis / vaginosis bacteriana</b>							
Sí	8	7,8%	3	2,9%	0,121	2,807	0,722 – 10,896
No	95	92,2%	100	97,1%			
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100%</b>	<b>103</b>	<b>100%</b>			

\* Factor protector

\*\* Factor de riesgo

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la Tabla N° 5 se observan la variable factores de riesgo clínicos y parto pretérmino, encontrando que el antecedente de COVID-19 positivo no se asocia con parto pretérmino ( $p=0,733$ ), pues se halló 3,9% de casos y 4,9% de controles que tuvieron este antecedente.

Los resultados coinciden con Paredes K. (37), quien tampoco encontró que la infección por COVID.19 sea un factor de riesgo para parto pretérmino ( $p=0.24$ ; OR:1.53, IC:0.75-3.09).

Teniendo en cuenta que la pandemia por COVID-19 fue ocasionada por un virus del cual se tiene poca información, es necesario continuar analizando si el antecedente de esta enfermedad aumenta el riesgo de determinadas patologías como el parto pretérmino, sin embargo, en el presente estudio es evidente que dichas variables no tienen relación.

La anemia no constituye factor de riesgo para parto pretérmino ( $p=0,347$ ), encontrando que 7,8% de los casos y 11,7% de los controles tenían el diagnóstico de algún grado de anemia.

Los resultados de Sánchez, A. (34) se contraponen a los de la presente investigación, pues, señaló que la anemia sí es factor de riesgo para parto pretérmino con 52,94% de casos y 23,53% de controles, con un Odds Ratio de 7,01.

En el presente estudio no se ha demostrado asociación entre anemia y parto pretérmino a pesar que en la localidad existe una alta prevalencia de casos de anemia en sus diferentes grados; no obstante, no deja de ser una patología concomitante que complicará cualquier situación durante el embarazo.

La infección del tracto urinario no se asoció con parto pretérmino ( $p=0,083$ ), sin embargo, sí se evidenció como factor de riesgo para parto muy prematuro, es decir, entre las 28 a

31 semanas 6 días ( $p=0,003$ ), con 56,3% en los casos y 24,2% en los controles, aumentando la probabilidad de ocurrencia a 4,025 veces (IC: 1,420 – 11,410).

Resultados diferentes muestran Rodríguez et al. (33), quienes encontraron que las infecciones urinarias aumentan 3,41 veces la probabilidad de riesgo de ocurrencia de un parto pretérmino, sin importar la edad gestacional. De igual forma, Sánchez A. (34) demuestra asociación entre ITU y parto pretérmino, con 58,82% de casos y 35,29% de controles, aumentando 5,87 veces el riesgo.

En ese sentido, las infecciones del tracto urinario pueden acarrear diferentes consecuencias que podrían desencadenar que el parto se adelante, a pesar que en la investigación no se encontró asociación estadísticamente significativa con un parto entre las 22 a 36 semanas, si se evidencia que el parto se vuelve más frecuente entre las edades de 28 a 31 semanas 6 días, riesgo que se ve aumentado en más de 5 veces.

Se sabe que la aparición de una ITU durante el embarazo podría provocar el ascenso de los microorganismos por vía vaginal y cervical, pudiendo llegar a infectar las membranas, la placenta y la decidua, aumentando la concentración de prostaglandinas, que a su vez provocará la aparición de contracciones uterinas (38), pudiendo desencadenar una amenaza de parto pretérmino, y si no se toman las medidas oportunas, terminará en un parto prematuro.

Así también, el embarazo gemelar actual se constituyó en un factor de riesgo, evidenciando que 5,8% de casos y 0% de controles tenían este antecedente ( $p=0,013$ ), aumentando el riesgo de parto pretérmino en 2,062 veces (IC: 1,787 – 2,378); siendo aún mayor el riesgo para partos entre 32 a 36 semanas 6 días con un Odds Ratio de 2,500 (IC: 2,110 – 2,962).

Resultados similares mostró Bigolin et al. (31), en su investigación al demostrar asociación entre el embarazo gemelar y el parto pretérmino ( $p=0,019$ ). De igual forma, Abanto, D y Soto, A (38) encontraron asociación entre parto prematuro y embarazo múltiple ( $p=0,025$ ), con 7,1% de casos y 0,9% de controles.

Al respecto, es evidente encontrar que el embarazo gemelar provoque mayor frecuencia de parto prematuro, sobre todo los que terminan entre las 32 a 36 semanas, puesto que las fibras uterinas se sobredistienden, provocando estímulos a nivel de la hipófisis y el hipotálamo (Reflejo de Ferguson (92)) para la secreción de oxitocina en el torrente sanguíneo, pudiendo desencadenar contracciones uterinas y adelantando el parto. Motivo por el cual, los embarazos gemelares deben estar predispuestos durante el transcurso de la gestación para prevenir un parto pretérmino, o en su defecto, atender un parto prematuro.

En cuanto a los trastornos hipertensivos del embarazo, 37,9% de los casos y 14,6% de los controles tuvieron alguna clasificación de este antecedente ( $p=0,000$ ), siendo un factor de riesgo que aumentó en 3,575 veces (IC: 1,817 – 7,035) la ocurrencia de parto pretérmino.

Respecto al tipo de trastorno hipertensivo, no se encontró asociación entre parto pretérmino e hipertensión inducida por la gestación ( $p=0,651$ ), preeclampsia sin datos de severidad ( $p=0,316$ ), eclampsia ( $p=0,316$ ) y síndrome HELLP ( $p=0,407$ ); pero si se observa asociación con preeclampsia con datos de severidad ( $p=0,000$ ) y la unión de los trastornos hipertensivos severos, como preeclampsia con datos de severidad, eclampsia y síndrome HELLP ( $p=0,000$ ).

De esta forma, la preeclampsia severa se muestra como factor de riesgo para parto pretérmino, aumentando su frecuencia en 4,494 veces (IC: 2,133 – 9,466); así también,

las patologías más severas (preeclampsia severa, eclampsia y síndrome HELLP) aumentan 4,689 veces la ocurrencia de parto pretérmino (IC: 2,229 – 9,863).

Al respecto, Etil et al. (29), concuerdan al señalar que la preeclampsia es un factor de riesgo de parto pretérmino; así también, Sánchez A. (34) señaló que con 47,06% en el grupo de casos y 29,41% en el grupo de controles de preeclampsia, el riesgo de prematuridad aumenta en 4,11, valores muy similares al presente estudio.

Se conoce que los trastornos hipertensivos del embarazo van a aumentar la morbi-mortalidad materno perinatal, puesto que, dependiendo de la gravedad o rapidez de instalación del cuadro, se determinará la viabilidad del embarazo, es decir, que en los casos más severos se opta por culminar el embarazo por la vía más rápida, sin importar la edad gestacional, ya que, de lo contrario, provocará un deterioro progresivo de la condición materno – fetal hasta llegar a un caso de morbilidad materna extrema o mortalidad materna-perinatal (93).

En ese sentido, es de esperar que los trastornos aumenten hasta más 3 veces la probabilidad de parto pretérmino, y más aún en los casos severos (preeclampsia severa, eclampsia y síndrome HELLP), la cual, aumenta hasta más de 4 veces su frecuencia, puesto que al presentarse durante la gestación, es necesario la culminación del embarazo para evitar mayores complicaciones, aunque previamente reevaluaran la factibilidad de aplicar medidas como maduración pulmonar fetal, para procurar brindarle mejores condiciones al nacer al prematuro.

Por otro lado, teniendo en cuenta que los trastornos hipertensivos en el embarazo son frecuentes es la localidad, en sus diferentes cuadros clínicos, pero sobre todo como

preeclampsia severa, entonces también será habitual evidenciar la necesidad de terminar el embarazo prematuramente.

Asimismo, la rotura prematura de membranas también se asocia con parto pretérmino ( $p=0,000$ ), con 37,9% de casos y 5,8% de controles, aumentando 9,852 veces la probabilidad de ocurrencia (IC: 3,943 – 24,612).

Resultados similares manifiestan Suazo et al. (32), al encontrar en su estudio que la ruptura prematura de membranas se asocia con parto pretérmino ( $p=0,000$ ), aunque los porcentajes en los grupos difieren, pues indican 54% de ocurrencia en los casos y 9,7% en los controles. De igual forma, Rodríguez et al. (33) señalaron que la ruptura prematura de membranas aumentaron 2,06 veces el riesgo de ocurrencia del parto pretérmino; mientras que, Sánchez A. (34) indica un aumento del riesgo en 4,14 veces.

No obstante, para la investigación, la rotura prematura de membranas representa el aumento en más de 9 veces de la frecuencia de parto pretérmino, ya que, se sabe que en el líquido amniótico se encuentran concentraciones altas de prostaglandinas, que al verse por una rotura prematura de membranas podrá provocar la aparición de contracciones uterinas que induzcan el inicio del parto pretérmino.

En la práctica clínica, se observa que en los embarazos pretérminos con esta complicación se busca retrasar el parto todo lo posible o hasta que, por lo menos, se alcance las dosis completas de maduración pulmonar, siempre y cuando no existan signos o síntomas de una corioamnionitis, que puede agravar la condición materno fetal.

Finalmente, infecciones como la vaginitis y vaginosis bacteriana no se asocian con parto pretérmino ( $p=0,121$ ), ya que solo se evidenció 7,8% de casos y 2,9% de controles con estas patologías.

Los resultados difieren de Rodríguez et al. (33), quienes señalaron en su estudio que la infección vaginal si constituía factor de riesgo para parto pretérmino, aumentando la probabilidad de ocurrencia en 2,32 veces; lo contrario demostró Paredes K. (37) en su estudio al no encontrar asociación entre ambas variables ( $p=0.041$ ; OR:3.1, IC:0.10-9.64).

En párrafos anteriores se menciona que las infecciones son predisponentes a desencadenar una serie de reacciones bioquímicas que podrían provocar una amenaza o parto pretérmino; sin embargo, en el presente estudio esto no se evidencia, probablemente porque no se tienen suficientes casos diagnosticados con vaginitis y vaginosis bacteriana, o existe un subregistro, por lo que es necesario continuar investigando.

## CONCLUSIONES

En el Hospital Regional Docente de Cajamarca, durante el año 2023, se encontró:

- La prevalencia del parto pretérmino fue de 26,2%, apreciando que 0,97% eran partos prematuros extremos, 15,53%, muy prematuros, y, 83,5% moderados y tardíos.
- Los factores de riesgo sociodemográficos para parto pretérmino fueron estar soltera o separada, edad mayor de 35 años y la asociación de edades menores a 18 años y mayores a 35 años. Así también se encontró que la edad de 18 a 35 años es un factor de protección para parto pretérmino.
- Los factores de riesgo gineco-obstétricos asociados a parto pretérmino fueron tener un número de atenciones prenatales inadecuadas (menos de 6), antecedente de parto pretérmino o de cesárea. De igual forma, se encontró que tener de 6 a más atenciones prenatales y no tener antecedentes de partos prematuros son factores de protección para parto pretérmino.
- Los factores de riesgo clínicos asociados a parto pretérmino fueron embarazo gemelar actual, trastornos hipertensivos del embarazo, específicamente preeclampsia severa, la asociación de preeclampsia con datos de severidad, eclampsia y síndrome HELLP y rotura prematura de membranas. No se encontraron factores clínicos de protección.

## RECOMENDACIONES

En base a los resultados encontrados, se brinda las siguientes recomendaciones:

- **A los estudiantes de pre y posgrado:**

Establecer un trabajo en conjunto con las instituciones educativas de nivel superior, planteando y desarrollando Programas de Salud Pública que abarque actividades como la promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención de patologías, ya que, a través de sus funciones de proyección social a la comunidad, podrían beneficiar a las mujeres, gestantes y población en general, sobre todo quienes se encuentren en situación de vulnerabilidad o que tengan factores de riesgo.

- **A las gestantes, mujeres, familias y población en general:**

Se recomienda interesarse en el cuidado de su salud y respeto a sus derechos en la atención, empoderarse en la toma de decisiones sobre su salud, participar en el desarrollo de campañas que brinden información y recomendaciones correctas y oportunas en las diferentes etapas de vida, así como, la prevención de factores de riesgo, principalmente durante el embarazo.

- **Al personal encargado de la atención de la salud materna de la localidad:**

Fortalecer las atenciones prenatales a través de capacitaciones continuas que promuevan la adherencia a protocolos de atención para la oferta de un servicio de calidad y con calidez, con la finalidad de brindar atención obstétrica dirigida a gestantes a término y pretérmino, ofreciéndoles la oportunidad de acceder a estos servicios sin restricción, facilitando el cuidado de su salud y la prevención de complicaciones.

- **A las autoridades y personal de los establecimientos de salud de la localidad:**

Se recomienda implementar actividades en la comunidad, en las instituciones educativas y en todos los espacios donde pueda acceder la población, con la finalidad de educar y promover la salud sexual y reproductiva, desde las etapas de la infancia, hasta la senectud.

Así también, se les solicita invertir en la mejora continua de sus funciones obstétricas y neonatales, con la finalidad de que sean más los establecimientos que tengan la capacidad de atender patologías como las amenazas y partos pretérminos.

- **Al Gobierno Regional y la Dirección Regional de Salud DIRESA Cajamarca:**

Promocionar continuamente, a través de los medios de comunicación masiva, mensajes en beneficio de la salud materna, como es el inicio precoz de las atenciones prenatales, signos y síntomas de alarma, importancia del parto institucional, prevención de riesgos obstétricos, entre otros, con la finalidad de internalizar las recomendaciones en la población para su puesta en práctica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Parto pretérmino. Prog Obs Ginecol [Internet]. 2020;63:283-321. Disponible en: [https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto\\_pretermino\\_2020.pdf](https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto_pretermino_2020.pdf)
2. Organización Panamericana de la Salud - OPS. Manual de recomendaciones en el embarazo y el parto prematuro [Internet]. Suiza; 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/manual-recomendaciones-embarazo-parto-prematuro#:~:text=El nacimiento de pretérmino es, salud hasta la vida adulta.>
3. Sánchez S, Roy I, Rivas R, Guerrero L. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2023;61(5):548-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10599771/>
4. Gerónimo N. El parto pretérmino desde los registros del nacido vivo en Colombia, período 2008 – 2017. Rev Méd Risaralda [Internet]. 2020;26(2):138-47. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v26n2/0122-0667-rmri-26-02-138.pdf>
5. Centro Nacional de Epidemiología Prevención y Control de enfermedades. Mortalidad neonatal y prematuridad [Internet]. Perú; 2022. Disponible en: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2022-11-16/ppt-cdc-minsa-jeannette-avila-15112022.pdf>

6. Ohuma E, Moller A, Bradley E, Chakwera S, Hussain L, Lewin A, et al. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. Lancet [Internet]. 2023;402(10409):1261-71. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)00878-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)00878-4/fulltext)
7. Organización Mundial de la Salud - OMS. Nacimientos prematuros [Internet]. OMS. 2022. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth#:~:text=extremadamente prematuro \(menos de 28,de 32 a 37 semanas\).](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth#:~:text=extremadamente prematuro (menos de 28,de 32 a 37 semanas).)
8. Roman A. Screening and Prevention of Preterm Birth in Twin Pregnancies. Clin Obstet Gynecol [Internet]. 2023;66(4):804-24. Disponible en: [https://journals.lww.com/clinicalobgyn/abstract/2023/12000/screening\\_and\\_prevention\\_of\\_preterm\\_birth\\_in\\_twin.18.aspx](https://journals.lww.com/clinicalobgyn/abstract/2023/12000/screening_and_prevention_of_preterm_birth_in_twin.18.aspx)
9. Aggarwal V, Bhatia R, Tan K. Oxygen saturation levels and retinopathy of prematurity in extremely preterm infants - a case control study. BMC Pediatrics [Internet]. 2023;23(449). Disponible en: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85170340564&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=94e1008b2e70deac6c1d282b764c0cf4&sot=b&sdt=cl&cluster=scoexactkeywords%2C%22Risk+Factor%22%2Ct&s=TITLE-ABS-KEY%28risk+factors+for+preterm+birth%29&sl=>
10. Fundación de Waal. Partos prematuros y sus riesgos en la salud [Internet]. 2022. Disponible en: <https://fundaciondewaal.org/index.php/2022/03/04/partos-prematuros-y-sus-riesgos-en-la-salud/#:~:text=En América Latina%2C 1.2>

millones,5 años en la región.

11. March of Dimes Foundation. Nacimiento prematuro [Internet]. NACERSANO. 2023. Disponible en: <https://nacersano.marchofdimes.org/complicaciones/nacimiento-prematuro.aspx>
12. Matos L, Reyes K, López G, Reyes M, Aguilar E, Pérez O, et al. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. Rev Médico-Científica la Secr Salud Jalisco [Internet]. 2020;7(3):8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2020/sj203h.pdf>
13. Sebastian J, Barrera A, Canosa D, Cárdenas L, Uriel M, Ibáñez E, et al. Factores de riesgo de parto pretérmino en Bogotá D.C., Colombia. Rev Fac Med [Internet]. 2020;68(4):556-63. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/79702/74305>
14. Centro Nacional de Epidemiología P y C de E-M. Boletín epidemiológico del Perú 2019 [Internet]. Perú; 2019. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/46.pdf>
15. Villanueva N. Perfil epidemiológico del recién nacido prematuro en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019 [Internet]. Universidad Nacional de Cajamarca; 2020. Disponible en: [https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/3873/T016\\_70142804\\_T.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/3873/T016_70142804_T.pdf?sequence=4&isAllowed=y)
16. Hospital Regional Docente de Cajamarca. Análisis de situación de salud año 2019 [Internet]. Cajamarca, Perú; 2020. Disponible en: [http://www.hrc.gob.pe/media/portal/BRGKY/documento/9033/ASIS\\_HRDC\\_A](http://www.hrc.gob.pe/media/portal/BRGKY/documento/9033/ASIS_HRDC_A)

ÑO\_2019.pdf?r=1606503282

17. Ovalle A, Kakarieka E, Vial MT, González R, Correa A, Sukni M, et al. Histopatología del aborto espontáneo entre 12 y 32 semanas. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2023 [citado 6 de julio de 2022];68(5):361-70. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262003000500002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000500002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
18. Escobar B, Gordillo L, Martínez H. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2017;55(4):424-8. Disponible en: [http://revistamedica.imss.gob.mx/sites/default/files/pdf\\_interactivo/rm2017-4-flippingbook\\_1.pdf](http://revistamedica.imss.gob.mx/sites/default/files/pdf_interactivo/rm2017-4-flippingbook_1.pdf)
19. Palencia A. Parto prematuro. Soc Colomb Pediatría. 2018;9(4).
20. Chavez R, Beltrán B, Arango P. Factores sociodemográficos en el riesgo de parto prematuro en gestantes del Hospital Sergio Bernales en el periodo del 2019-2020. Rev Peru Investig Matern Perinat [Internet]. 2022;11(4):19-26. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/download/314/334>
21. Huarcaya R, Cerda M, Barja J. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en madres jóvenes atendidas en un hospital de Perú. MEDISAN [Internet]. 2021;25(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192021000200346#:~:text=Varios autores consideran a la, trastorno hipertensivo exclusivo del embarazo](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000200346#:~:text=Varios autores consideran a la, trastorno hipertensivo exclusivo del embarazo)

22. Yamamoto S, Premji S, Saini V, McDonald S, Jhangri G. Investigating associations between maternal stress, smoking and adverse birth outcomes: evidence from the All Our Families cohort. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2023;23(710). Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-023-06029-y#citeas>
23. Monier F. Grado de instrucción materna como factor de riesgo para parto pretérmino. Trujillo - Perú; 2022. [Internet]. Universidad César Vallejo; 2022. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/108438/Monier\\_LF M-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/108438/Monier_LF_M-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
24. Mendoza A. Factores asociados al parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto en el 2019 [Internet]. Universidad Científica del Perú; 2022. Disponible en: [http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/1708/ANDREA MELITA MENDOZA RIVERA - TSP.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/1708/ANDREA_MELITA_MENDOZA_RIVERA_-_TSP.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
25. Zhang Y, Du S, Hu T, Xu S, Lu H, Xu C, et al. Establishment of a model for predicting preterm birth based on the machine learning algorithm. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2023;23(779):350. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-023-06058-7#citeas>
26. Huertas E. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* [Internet]. 2018;64(3). Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-)

51322018000300013

27. Vargas S. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital de Barranca [Internet]. Universidad Cayetano Heredia; 2020. Disponible en: [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8171/Factores\\_VargasHidalgo\\_Silvia.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8171/Factores_VargasHidalgo_Silvia.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
28. Gómez C, Martín M, Vicente A. Dificultades biosociales de la gran prematuridad. Universidad Complutense de Madrid [Internet]. 2020;24. Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-15236/prematuridad.pdf>
29. Etil T, Opio B, Odur B, Lwanga C, Atuhaire L. Risk factors associated with preterm birth among mothers delivered at Lira Regional Referral Hospital. BMC Pregnancy and Childbirth [Internet]. 2023;23(814). Disponible en: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85177660098&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=94e1008b2e70deac6c1d282b764c0cf4&sot=b&sdt=b&s=TITLE-ABS-KEY%28prematurity+risk+factors%29&sl=39&sessionSearchId=94e1008b2e70deac6c1d282b764c0cf4&retr>
30. Brito É, Dalla G, Kappes S, Resende D, Pereira P. Perinatal factors associated with prematurity in neonatal intensive care unit. SciELO - Scientific Electronic Library Online [Internet]. 2021;30. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/tce/a/d8Jj9wZRPqj5Pt4FzwwgNdXk/?lang=en#>
31. Bigolin L, Teixeira R, Martins A, Rinaldo I, Correa E, Tatsch E. Factores obstétricos asociados con el nacimiento de bebés prematuros moderados y tardíos.

- Enfermería Global [Internet]. 2021;20(61). Disponible en:  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412021000100002&lang=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000100002&lang=es)
32. Suazo D, Sáenz K, Cid M. Relación entre características sociodemográficas, obstétricas y psicosociales con el desenlace del parto prematuro en un hospital de alta complejidad. Revista chilena de obstetricia y ginecología [Internet]. 2021;86(5). Disponible en:  
[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262021000500444&lang=es](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262021000500444&lang=es)
33. Rodríguez A, Hernández E, Villafuerte J, Mesa Z, Hernández Y, López A. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Cienfuegos 2012. MediSur [Internet]. 2019;17(4). Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2019000400505&lang=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2019000400505&lang=es)
34. Sánchez A. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, enero - julio 2019 [Internet]. Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión; 2023. Disponible en:  
[http://45.177.23.200/bitstream/undac/3061/1/T026\\_77535300\\_T.pdf](http://45.177.23.200/bitstream/undac/3061/1/T026_77535300_T.pdf)
35. Sánchez C. Factores de riesgo ginecoobstétricos para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho - 2021 [Internet]. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión; 2022. Disponible en:  
[http://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14067/6330/SANCHEZ\\_MEDRANO\\_CARLOS\\_ANDRE.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14067/6330/SANCHEZ_MEDRANO_CARLOS_ANDRE.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

36. Martínez A, Virú H, Roque J, Alburqueque J, Saldaña C. Estudio de caso control en amenaza de parto pretermino y sus factores de riesgo en gestantes en un hospital de referencia del Peru durante la pandemia COVID-19. Memorias del Inst Investig en Ciencias la Salud [Internet]. 2022;20(1). Disponible en: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1812-95282022000100039#B16](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1812-95282022000100039#B16)
37. Paredes K. Factores de riesgo asociados a factores pretérmino [Internet]. Universidad César Vallejo; 2022. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/108646/Paredes\\_DKP-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/108646/Paredes_DKP-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
38. Abanto D, Soto A. Infección del tracto urinario y amenaza de parto pretérmino en gestantes adolescentes de un hospital Peruano. Rev la Fac Med Humana [Internet]. 2020;20(3). Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2308-05312020000300419](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312020000300419)
39. Valderrama D. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes del Hospital General de Jaén, 2018 [Internet]. Universidad Nacional de Cajamarca; 2021. Disponible en: [https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/4029/TESIS DIANA VALDERRAMA CUBAS.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/4029/TESIS%20DIANA%20VALDERRAMA%20CUBAS.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
40. Florentino K, Huerta V. Factores de riesgo relacionados a partos prematuros en gestantes que acuden al Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2021 [Internet]. Universidad Roosevelt; 2021. Disponible en: <https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14140/645/TESI>

KELLY - LEYDI.pdf?sequence=1&isAllowed=y

41. Arredondo A. Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Cad Saúde Públ* [Internet]. 1992;8(3):254-61. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8bsQRMHDrQqWspcjLfhB8Qh/?format=pdf&lang=es>
42. Plaut R. Análisis de riesgo. Alcance y limitaciones para el administrador de salud. *Bol Sanit Panam - OPS* [Internet]. 1984;96(4):296-305. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/17016/v96n4p296.pdf?sequence=1#:~:text=En epidemiología “factor de riesgo,lo general-su identificación haya>
43. De la Guardia M, Ruvalcaba J. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *J Negat No Posit Results* [Internet]. 2020;5(1). Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2529-850X2020000100081](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081)
44. Franco A. Configuraciones, modelos de salud y enfoques basados en la Atención Primaria en Latinoamérica, siglo XXI. Una revisión narrativa. *Rev Gerenc y Políticas Salud* [Internet]. 2020;19. Disponible en: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/19 \(2020\)/54562510018/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/19 (2020)/54562510018/)
45. Instituto Nacional de Estadística - INE. Factor de riesgo [Internet]. España; 2020. Disponible en: <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4583&op=54009&p=1&n=20#:~:text=Cualquier característica o circunstancia detectable,especialmente expuesto a una enfermedad.>

46. Espinola MA, Racchumi A, Arango P, Minaya P. Perfil sociodemográfico de gestantes en el Perú según regiones naturales. *Rev Peru Investig Matern Perinat* [Internet]. 28 de agosto de 2019 [citado 31 de julio de 2022];8(2):14-20. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/perfil-sociodemografico-gestantes-region>
47. Oxford dictionary. Definición de edad [Internet]. 1.<sup>a</sup> ed. Inglaterra: Oxford; 2019. Disponible en: <https://www.lexico.com/es/definicion/edad>
48. Ayala F, Gonzáles C, Minaya P, Mejico M, Morales S, Valdivieso V, et al. Factores de riesgo para parto pretérmino idiopático según prematuridad. *Rev Peru Investig Matern Perinat* [Internet]. 2022;11(1):18-25. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/download/277/303/953>
49. Zhou Y, Yin S, Sheng Q, Yang J, Liu J, Li H, et al. Association of maternal age with adverse pregnancy outcomes: A prospective multicenter cohort study in China. *J Glob Heal* [Internet]. 2023;13(05161). Disponible en: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85178522100&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=2efc66ed2e3b375eaf255d1f0609c647&sot=b&sdt=b&s=TITLE-ABS-KEY%28age+risk+factor+for+preterm+birth%29&sl=48&sessionSearchId=2efc66ed2e3b375eaf255d1f0609>

50. Eustat. Definición Nivel de instrucción [Internet]. España; 2020 [citado 6 de marzo de 2021]. Disponible en: [https://www.eustat.eus/documentos/opt\\_0/tema\\_165/elem\\_2376/definicion.html](https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html)
51. Diccionario de la lengua española - RAE. Procedencia [Internet]. España; 2021 [citado 22 de junio de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/procedencia>
52. Diccionario panhispánico del español jurídico - RAE. Definición de estado civil [Internet]. España; 2021 [citado 22 de junio de 2021]. Disponible en: <https://dpej.rae.es/lema/estado-civil>
53. Guadalupe S, Oshiro S. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015. Rev la Fac Med Humana [Internet]. 2017;17(1). Disponible en: [https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/746#:~:text=Conclusión%3A Los factores de riesgo,la infección del tracto urinario.](https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/746#:~:text=Conclusión%3A%20Los%20factores%20de%20riesgo,la%20infecci3n%20del%20tracto%20urinario.)
54. Carvajal J, García K. Manual de Obstetricia y Ginecología. Décimoquin. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2024. 810 p.
55. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Dashe J, Hoffman B, Casey B, et al. Williams Obstetricia. 26.<sup>a</sup> ed. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES SA, editor. México; 2019.
56. Ministerio de Salud - MINSA. Norma Técnica de Salud Materna precisada por RM 159 2014. Lima, Perú; 2014.
57. González M, González M, Pisano C, Casale R. El Período Intergenésico Breve ¿Es un Factor de Riesgo?. Un Estudio Transversal Analítico. Fed Argentina Soc Ginecol y Obstet [Internet]. 2019;1. Disponible en:

- <http://www.fasgo.org.ar/index.php/escuela-fasgo/consensos/101-revista-fasgo/n-1-2019/1717-el-periodo-intergenesico-breve-es-un-factor-de-riesgo-un-estudio-transversal-analitico>
58. Iza L, Bustillos M. Amenaza de parto prematuro predicción prevención y manejo. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento [Internet]. 2022;6(3):393-408. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1831>
59. Ochoa C, Barranquero M, Reus R, Cayetano S. Amenaza de aborto: causas, síntomas, tratamiento y recomendaciones [Internet]. Reproducción Asistida ORG. 2022. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/amenaza-de-aborto/>
60. Marrero D, Álava S, Lange K. El aborto previo como factor de riesgo de parto pretérmino en gestantes del Hospital Básico Jipijapa. QhaliKay Rev Ciencias la Salud [Internet]. 2019;3(3):16-22. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-factores-riesgo-del-parto-pretermino-13084343>
61. Pruthi S, Acosta A, Arora A, Bakkum J, Baqir M, Al. E. Cesárea [Internet]. Mayo Clinic. 2022. Disponible en: [https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/c-section/about/pac-20393655#:~:text=Tener una cesárea aumenta el,a la pared del útero\).](https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/c-section/about/pac-20393655#:~:text=Tener una cesárea aumenta el,a la pared del útero).)
62. Rutayisire E, Mochama M, Ntihakose C. Maternal, obstetric and gynecological factors associated with preterm birth in Rwanda: findings from a national longitudinal study. BMC Pregnancy and Childbirth [Internet]. 2023;23(365). Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-023->

05653-y

63. Organización Mundial de la Salud - OMS. Coronavirus [Internet]. OMS. 2023. Disponible en: [https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1)
64. Organización Mundial de la Salud - OMS. Información básica sobre la COVID-19 [Internet]. Suiza; 2020 [citado 26 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
65. Vielma S, López M, Bustos J, Assar R, Valdés F. Parto prematuro en pacientes COVID-19 en Hospital San Juan de Dios. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2020;85(1). Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262020000700009#:~:text=Entre las pacientes COVID-19 se observó una tendencia a,significativo si presentaban enfermedad severa.](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000700009#:~:text=Entre las pacientes COVID-19 se observó una tendencia a,significativo si presentaban enfermedad severa.)
66. Thakkarwad S, Asalkar M, Sharma N. Maternal COVID-19 Infection and Perinatal Outcome in Three Waves of COVID Pandemic: A Cross-sectional Study. J South Asian Fed Obstet Gynaecol [Internet]. 2023;15(3):297-303. Disponible en: <https://www.jsafog.com/doi/pdf/10.5005/jp-journals-10006-2225>
67. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica - Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas [Internet]. Lima, Perú; 2017 [citado 5 de diciembre de 2019]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
68. Ministerio de Salud del Perú - MINSA. Plan Nacional para la reducción y control de la anemia materno infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú

- [Internet]. Lima, Perú; 2017 [citado 22 de abril de 2019]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/>
69. Torres O, Hernández I, Meneses C, Ruvalcaba J. Infección urinaria como factor de riesgo para parto pretérmino. JONNPR [Internet]. 2020;5(11):1426-43. Disponible en: <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/3779#:~:text=El parto pretérmino es la,de morbilidad y mortalidad neonatal.>
70. Faria C, Carraro J. Urinary tract infections. Perinatology: Evidence-Based Best Practices in Perinatal Medicine [Internet]. 2022; Disponible en: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85167365862&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=2efc66ed2e3b375eaf255d1f0609c647&sot=b&sdt=b&s=TITLE-ABS-KEY%28urinary+AND+infection+AND+as+AND+risk+AND+for+AND+preterm+AND+birth+AND+delivery%29&sl=>
71. Toro C, Barboza J, Pinedo L, Barros S, Gronerth J, Gálvez N, et al. Factores maternos asociados a prematuridad en gestantes de un hospital público de Trujillo, Perú. Rev Cuerpo Med HNAAA [Internet]. 2021;14(3):287-90. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2227-47312021000400006](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312021000400006)
72. Mordan M, Flaz S, Rosario E, Peguero M. Morbilidad materna extrema en pacientes de un Hospital Materno Infantil en República Dominicana [Internet]. Vol. 44, Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. República Dominicana: Editorial Ciencias Médicas; 2019 ene [citado 22 de abril de 2019]. Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/379/297>

73. Luna D, Martinovic T. Hipertensión y embarazo: revisión de la literatura. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2023;34(1):33-43. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864023000081>
74. Ginsberg J, Chang B, Garella S. Preeclampsia: Clinical features and diagnosis [Internet]. Estados Unidos; 2022. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis/abstract/93>
75. MedlinePlus en español. Ruptura prematura de membranas [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE.UU). 2022. Fecha de acceso 14 de mayo 2023. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000512.htm#:~:text=Algunas veces%2C las membranas se,al cabo de 24 horas.>
76. Gutiérrez M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. Rev Peru Ginecol y Obstet [Internet]. 2018;64(3). Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322018000300014](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300014)
77. MedlinePlus en español. Vaginitis [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE.UU). 2020. Fecha de acceso 14 de mayo 2023. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/vaginitis.html>
78. Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades - CDC. Vaginosis bacteriana [Internet]. CDC - Gobierno de Venezuela. 2020. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/spanish/vb/stdfact-bacterial-vaginosis-s.htm>

79. De Seta F. La vaginosis bacteriana incrementa el riesgo de parto pretérmino. *Journal of Reproductive Medicine* [Internet]. 2020;50(5):313-8. Disponible en: <https://www.siicsalud.com/des/insiiccompleto.php/75395#:~:text=LA VAGINOSIS BACTERIANA INCREMENTA EL RIESGO DE PARTO PRETERMINO,-Aumenta también la&text=El desequilibrio de la flora,se asocia con complicaciones obstétricas.>
80. Clinical Manegement Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Prediction and prevention of spontaneous preterm birth. *Am Coll Obstet Gynecol* [Internet]. 2021;234. Disponible en: <https://www.fecolsog.org/articulos-noticias/acog-practice-bulletin-2/>
81. MedlinePlus en español. Parto prematuro [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE.UU). 2022. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000486.htm>
82. Noel M, Castillo E, Lauría W. Parto pretérmino [Internet]. Uruguay; 2020. Disponible en: [https://www.ginecotologicab.hc.edu.uy/images/PARTO\\_PRETÉRMINO\\_2020.\\_Dra.\\_MARIN\\_.pdf](https://www.ginecotologicab.hc.edu.uy/images/PARTO_PRETÉRMINO_2020._Dra._MARIN_.pdf)
83. Huamán M. Parto pretérmino: Diagnóstico [Internet]. Perú; 2018. Disponible en: [https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54\\_n1/pdf/a06v54n1.pdf](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n1/pdf/a06v54n1.pdf)
84. Pérez J, Gardey A. Sociodemográfico - Qué es, definición y concepto [Internet]. Definición.de. 2020. Disponible en: <https://definicion.de/sociodemografico/>
85. Carvajal J, Barriga M. Manual de Obstetricia y Ginecología [Internet]. X. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2019 [citado 20 de octubre de 2021].

- Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2019.pdf>
86. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1.<sup>a</sup> ed. México: Mc Graw Hill Education; 2018.
  87. Soto A, Cvetkovich A. Estudios de casos y controles. *Revista Fac Med Humana* [Internet]. 2020;20(1). Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2308-05312020000100138&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2308-05312020000100138&script=sci_arttext)
  88. Quispe A, Sedano C. Serie de Redacción Científica: Estudio de Casos y Controles. *Rev cuerpo méd HNAAA* [Internet]. 2020;13(2):198-204. Disponible en: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/674/340>
  89. Manterola C, Quiroz G, Salazar P, García N. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2019;30(1):36-49. Disponible en: [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300057?ref=pdf\\_download&fr=RR-2&rr=8c4473c81feecdcd](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300057?ref=pdf_download&fr=RR-2&rr=8c4473c81feecdcd)
  90. Hernández V. Estudios epidemiológicos: tipos, diseño e interpretación. *Enferm Inflamatoria Intest al Día* [Internet]. 2017;16(3):98-105. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedad-inflamatoria-intestinal-al-dia-220-articulo-estudios-epidemiologicos-tipos-diseno-e-S1696780117300209>
  91. Fajardo A. Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. *Rev Alerg México* [Internet]. 2019;64(1). Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2448-](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-)

91902017000100109

92. Funes P. Parto normal [Internet]. Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología Logo. Argentina; 2019. Disponible en: <https://maternidad.fcm.unc.edu.ar/wp-content/uploads/sites/20/2019/09/PARTO-NORMAL.pdf>
93. Carrión F, Omaña O, Romero S, Mendoza D, Lahoud A, Marchis M, et al. Síndromes hipertensivos del embarazo: pautas actualizadas para la conducta clínica. Rev Obs Ginecol Venez [Internet]. 2022;82(2):242-63. Disponible en: <https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2022/04/13-R-82-2-Sindromes-hipertensivos-del-embarazo-pautas-actualizadas-para-la-conducta-clinica.pdf>



## ANEXOS



### ANEXO N°1: CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DE CONFIDENCIALIDAD UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA ESCUELA DE POSGRADO

#### FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2023

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, ..... identificada con  
DNI N° ....., en pleno uso de mis facultades mentales, declaro  
haber sido adecuadamente informada sobre la investigación denominada FACTORES DE  
RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO. HOSPITAL REGIONAL  
DOCENTE DE CAJAMARCA, 2023; además, se me ha dado a conocer el grado de  
confidencialidad de la encuesta que se me aplicará, la cual, será garantizado por la  
investigadora; motivo por el cual, autorizo mi participación. Es así que, la investigadora  
me informó lo siguiente:

Qué, bajo mi autorización, me realizarán preguntas sobre algunas características y  
antecedentes de enfermedades antes o durante el embarazo.

Que toda la información que brinde a la investigadora será estrictamente confidencial y  
podrá ser utilizada únicamente para fines educativos de la investigación.

Que podré realizar las preguntas que yo crea conveniente en el momento que lo desee.

Que tengo derecho a desistir de la investigación en cualquier momento.

Fecha y Hora:

Firma y Huella de la Participante.

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**



## ANEXO N°2: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



### FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2023

Marcar donde corresponde y llenar los espacios en blanco.

N° de Ficha: \_\_\_\_\_ N° de historia clínica: \_\_\_\_\_

#### I. DATOS DEL PARTO

1. Clasificación del parto	
Parto inferior a 28 semanas	( )
Parto de 28 a 31 semanas 6 días	( )
Parto de 32 a 36 semanas 6 días	( )
Parto de 37 a 41 semanas 6 días	( )

#### II. FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS

2. Edad materna	<18 años y >35 años	( )	Especificar
	De 18 a 35 años	( )	_____
3. Grado de instrucción	Grados menores a secundaria completa	( )	Especificar
	De secundaria completa a más	( )	_____
4. Procedencia	Zona rural	( )	
	Zona urbana	( )	
5. Estado civil	Soltera, divorciada o separada	( )	
	Casada o conviviente	( )	

#### III. FACTORES DE RIESGO GINECO - OBSTÉTRICOS

6. APN	Adecuado para edad gestacional	( )	Especificar
	Inadecuado para edad gestacional	( )	_____
7. Paridad	Primípara	( )	Especificar
	Múltipara o gran múltipara	( )	_____
8. Intervalo intergenésico	<2 años o >5años	( )	Especificar
	2 a 5 años o NA (no aplica)	( )	_____
9. Antecedente de parto pretérmino	Sí	( )	
	No	( )	
10. Antecedente de aborto previo	Sí	( )	Especificar N° abortos previos, edad gestacional y PIG
	No	( )	_____
11. Antecedente de cesárea anterior	Sí	( )	Especificar N° cesáreas y PIG

12. Embarazo gemelar actual	Sí	( )
	No	( )

#### IV. FACTORES DE RIESGO CLÍNICOS

13. Antecedente de COVID-19	Sí	( )	
	No	( )	
	No	( )	_____
14. Anemia en el embarazo actual	Sí	( )	Especificar valores de Hb y edad gestacional
	No	( )	_____
15. ITU en el embarazo actual	Sí	( )	Especificar tipo de ITU
	No	( )	_____
	No	( )	_____
16. Trastorno hipertensivo del embarazo	Sí	( )	Especificar tipo de THE
	No	( )	_____
17. Tipo de trastorno hipertensivo del embarazo	HIG	( )	
	PE sin datos de severidad	( )	
	PE con datos de severidad	( )	
	Eclampsia	( )	
	Síndrome HELLP	( )	
18. RPM	Sí	( )	Especificar semana gestacional
	No	( )	_____
19. Vaginitis bacteriana	Sí	( )	
	No	( )	
20. Vaginosis bacteriana	Sí	( )	

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---

*Fuente: Elaboración propia*

## ANEXO N° 3: VALIDACIÓN POR JUICIO DE CINCO EXPERTOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA: MENCIÓN SALUD PÚBLICA**



### INFORME DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor(a) de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.	
<b>1. NOMBRE DEL JUEZ</b>	JESSENIA ABANTO BRIONES
<b>2. PROFESIÓN</b>	OBSTETRA.
<b>TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO</b>	MAESTRO EN CIENCIAS
<b>ESPECIALIDAD</b>	ALTO RIESGO OBSTÉTRICO
<b>EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)</b>	7 años
<b>INSTITUCIÓN DONDE LABORA</b>	HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA.
<b>CARGO</b>	OBSTETRA ASISTENCIAL.
<b>3. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:</b> Factores de riesgo asociados a parto pretérmino. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2023	
<b>4. NOMBRE DEL TESISISTA:</b> LADY DALILA CABRERA ROMERO	
<b>5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN</b>	Determinar los factores de riesgo principales asociados a parto pretérmino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2023.

### 6. VALIDACION DE CONTENIDO

Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
1	✓		✓			✓	✓		✓		
2	✓		✓			✓	✓		✓		
3	✓		✓			✓	✓		✓		
4	✓		✓			✓	✓		✓		
5	✓		✓			✓	✓		✓		
6	✓		✓			✓	✓		✓		
7	✓		✓			✓	✓		✓		
8	✓		✓			✓	✓		✓		
9	✓		✓			✓	✓		✓		
10	✓		✓			✓	✓		✓		



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA: MENCIÓN SALUD PÚBLICA**



Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
11	✓		✓			✓	✓		✓		
12	✓		✓			✓	✓		✓		
13	✓		✓			✓	✓		✓		
14	✓		✓			✓	✓		✓		
15	✓		✓			✓	✓		✓		
16	✓		✓			✓	✓		✓		
17	✓		✓			✓	✓		✓		
18	✓		✓			✓	✓		✓		
19	✓		✓			✓	✓		✓		
20	✓		✓			✓	✓		✓		

**7. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

VALORACIÓN: 0= DEBE MEJORARSE 1= POCO ADECUADO 2= ADECUADO

CRITERIO	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para el entrevistado. El vocabulario es apropiado al nivel educativo de las unidades de estudio	2
OBJETIVIDAD	Está expresado en indicadores o preguntas precisas y claras	2
ORGANIZACIÓN	Los ítems/preguntas presentan una organización lógica y clara	2
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio	2
COHERENCIA	Existe coherencia entre la variable/objeto de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponde a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán	2.
<b>RESULTADO DE VALIDACIÓN</b>		10pts.

Calificación: Aplicable ( 7-10 puntos); Aplicable,atendiendo a las observaciones (4-6 puntos); No aplicable (<3 puntos)

**8. SUGERENCIAS**

(Realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considera oportunas para la mejora del instrumento)

.....  
 .....  
 .....

Cajamarca, 14 de setiembre de 2023





**INFORME DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS**

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

1. NOMBRE DEL JUEZ	MARIETA M. JEROMA TORRES
2. PROFESIÓN	OBSTETRA
TITULO Y/O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	MAESTRO
ESPECIALIDAD	Alto riesgo obstétrico
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	23 AÑOS
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA
CARGO	ASISTENCIAL
3. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:	Factores de riesgo asociados a parto pretérmino. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2023
4. NOMBRE DEL TESISISTA:	LADY DALILA CABRERA ROMERO
5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	Determinar los factores de riesgo principales asociados a parto pretérmino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2023.

**6. VALIDACION DE CONTENIDO**

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



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
 FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
 PROGRAMA DE MAESTRÍA: MENCIÓN SALUD PÚBLICA



Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
11	X		X			X	X		X		
12	X		X			X	X		X		
13	X		X			X	X		X		
14	X		X			X	X		X		
15	X		X			X	X		X		
16	X		X			X	X		X		
17	X		X			X	X		X		
18	X		X			X	X		X		
19	X		X			X	X		X		
20	X		X			X	X		X		

7. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

VALORACIÓN: 0= DEBE MEJORARSE 1= POCO ADECUADO 2= ADECUADO

CRITERIO	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para el entrevistado. El vocabulario es apropiado al nivel educativo de las unidades de estudio	2
OBJETIVIDAD	Está expresado en indicadores o preguntas precisas y claras	2
ORGANIZACIÓN	Los ítems/preguntas presentan una organización lógica y clara	2
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio	2
COHERENCIA	Existe coherencia entre la variable/objeto de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponde a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán	2
<b>RESULTADO DE VALIDACIÓN</b>		<b>10</b>

Calificación: Aplicable ( 7-10 puntos); Aplicable,atendiendo a las observaciones (4-6 puntos); No aplicable (<3 puntos)

8. SUGERENCIAS

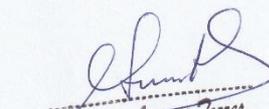
(Realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considera oportunas para la mejora del instrumento)

.....

.....

.....

Cajamarca, 05 de SETIEMBRE de 2023

  
 Mariela Alejandra Torres  
 OBSTETRA  
 C.O.P. 4887 R.N.E. 887-EOI



**INFORME DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS**

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

1. NOMBRE DEL JUEZ	SEGUNDO LIBARDO CERNA RODRIGUEZ
2. PROFESIÓN	OBSTETRA
TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	MG. EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
ESPECIALIDAD	EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	28 años
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA
CARGO	ASISTENCIAL
3. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:	Factores de riesgo asociados a parto pretérmino. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2023
4. NOMBRE DEL TESISISTA:	LADY DALILA CABRERA ROMERO
5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	Determinar los factores de riesgo principales asociados a parto pretérmino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2023.

**6. VALIDACION DE CONTENIDO**

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



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA: MENCIÓN SALUD PÚBLICA**



Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
11	X		X			X	X		X		
12	X		X			X	X		X		
13	X		X			X	X		X		
14	X		X			X	X		X		
15	X		X			X	X		X		
16	X		X			X	X		X		
17	X		X			X	X		X		
18	X		X			X	X		X		
19	X		X			X	X		X		
20	X		X			X	X		X		

**7. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

VALORACIÓN: 0= DEBE MEJORARSE 1= POCO ADECUADO 2= ADECUADO

CRITERIO	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para el entrevistado. El vocabulario es apropiado al nivel educativo de las unidades de estudio	2
OBJETIVIDAD	Está expresado en indicadores o preguntas precisas y claras	2
ORGANIZACIÓN	Los ítems/preguntas presentan una organización lógica y clara	2
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio	2
COHERENCIA	Existe coherencia entre la variable/objeto de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponde a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán	2
<b>RESULTADO DE VALIDACIÓN</b>		<b>10</b>

Calificación: Aplicable ( 7-10 puntos); Aplicable,atendiendo a las observaciones (4-6 puntos); No aplicable (<3 puntos)

**8. SUGERENCIAS**

(Realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considera oportunas para la mejora del instrumento)

.....  
 .....  
 .....

Cajamarca, 4 de Setiembre de 2023

Segundo Cerna Rodríguez  
 OBSTÉTRA  
 COP N° 4618 - RNE N° 1948-E.00



### INFORME DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

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

1. NOMBRE DEL JUEZ	MIRANDA RENDON MERCEDES
2. PROFESIÓN	OBSTETRA
TITULO Y/O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	MAESTRÍA
ESPECIALIDAD	SALUD PÚBLICA
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	28 años
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	Hospital Regional y Universidad Nacional
CARGO	OBST. ASISTENCIAL
3. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:	Factores de riesgo asociados a parto pretérmino. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2023
4. NOMBRE DEL TESISISTA:	LADY DALILA CABRERA ROMERO
5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	Determinar los factores de riesgo principales asociados a parto pretérmino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2023.

### 6. VALIDACION DE CONTENIDO

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



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA: MENCIÓN SALUD PÚBLICA**



Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
11	X		X				X	X		X	
12	X		X				X	X		X	
13	X		X				X	X		X	
14	X		X				X	X		X	
15	X		X				X	X		X	
16	X		X				X	X		X	
17	X		X				X	X		X	
18	X		X				X	X		X	
19	X		X				X	X		X	
20	X		X				X	X		X	

**7. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

VALORACIÓN: 0= DEBE MEJORARSE 1= POCO ADECUADO 2= ADECUADO

CRITERIO	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para el entrevistado. El vocabulario es apropiado al nivel educativo de las unidades de estudio	2
OBJETIVIDAD	Está expresado en indicadores o preguntas precisas y claras	2
ORGANIZACIÓN	Los ítems/preguntas presentan una organización lógica y clara	2
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio	2
COHERENCIA	Existe coherencia entre la variable/objeto de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponde a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán	2
<b>RESULTADO DE VALIDACIÓN</b>		<b>10</b>

Calificación: Aplicable ( 7-10 puntos); Aplicable,atendiendo a las observaciones (4-6 puntos); No aplicable (<3 puntos)

**8. SUGERENCIAS**

(Realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considera oportunas para la mejora del instrumento)

.....

.....

.....

Cajamarca, 04 de Setiembre de 2023



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE MAESTRÍA: MENCIÓN SALUD PÚBLICA



*[Handwritten Signature]*  
.....  
FIRMA DEL EXPERTO



**INFORME DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS**

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

1. NOMBRE DEL JUEZ	ROSARIO DEL PILAR SALAZAR SALDAÑA
2. PROFESIÓN	OBSTETRA
TITULO Y/O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	GESTIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD
ESPECIALIDAD	ALTO RIESGO OBSTÉTRICO
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	12 AÑOS
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA
CARGO	JEFA DEL SERVICIO DE OBSTETRAS DEL HRDC
3. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:	Factores de riesgo asociados a parto pretérmino. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2023
4. NOMBRE DEL TESISISTA:	LADY DALILA CABRERA ROMERO
5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	Determinar los factores de riesgo principales asociados a parto pretérmino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2023.

**6. VALIDACION DE CONTENIDO**

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



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA: MENCIÓN SALUD PÚBLICA**



Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
11	X		X			X	X		X		
12	X		X			X	X		X		
13	X		X			X	X		X		
14	X		X			X	X		X		
15	X		X			X	X		X		
16	X		X			X	X		X		
17	X		X			X	X		X		
18	X		X			X	X		X		
19	X		X			X	X		X		
20	X		X			X	X		X		

**7. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

VALORACIÓN: 0= DEBE MEJORARSE 1= POCO ADECUADO 2= ADECUADO

CRITERIO	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para el entrevistado. El vocabulario es apropiado al nivel educativo de las unidades de estudio	2
OBJETIVIDAD	Está expresado en indicadores o preguntas precisas y claras	2
ORGANIZACIÓN	Los ítems/preguntas presentan una organización lógica y clara	2
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio	2
COHERENCIA	Existe coherencia entre la variable/objeto de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponde a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán	2
<b>RESULTADO DE VALIDACIÓN</b>		<b>10</b>

Calificación: Aplicable ( 7-10 puntos); Aplicable,atendiendo a las observaciones (4-6 puntos); No aplicable (<3 puntos)

**8. SUGERENCIAS**

(Realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considera oportunas para la mejora del instrumento)

.....  
 .....  
 .....

Cajamarca, 04 de SETIEMBRE de 2023



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE MAESTRÍA: MENCIÓN SALUD PÚBLICA



*Rosario*  
.....  
Obsta. Rosario Salazar Saldaña  
.....  
FIRMA DEL EXPERTO



**ANEXO N° 4: FORMATO DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO Y  
CONSTRUCTO DEL INSTRUMENTO POR PORCENTAJE DE  
CONCORDANCIA ENTRE CINCO JUECES:**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**

**CRITERIO DE EXPERTOS – V DE AIKEN**

- **TÍTULO DEL PROYECTO:** Factores de riesgo asociados a parto pretérmino. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2023.
- **INSTRUMENTO:** “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino”
- **Criterio:** V de Aiken > 0.7 (existe concordancia entre jueces)

**EVALUACIÓN DE ÍTEMS POR PREGUNTA**

Ítems	JUECES					Suma	V Aiken	Decisión
	1	2	3	4	5			
1	1	1	1	1	1	5	1	Hay concordancia
2	1	1	1	1	1	5	1	Hay concordancia
3	1	1	1	1	1	5	1	Hay concordancia
4	1	1	1	1	1	5	1	Hay concordancia
5	1	1	1	1	1	5	1	Hay concordancia
6	1	1	1	1	1	5	1	Hay concordancia
7	1	1	1	1	1	5	1	Hay concordancia
8	1	1	1	1	1	5	1	Hay concordancia
9	1	1	1	1	1	5	1	Hay concordancia
10	1	1	1	1	1	5	1	Hay concordancia
11	1	1	1	1	1	5	1	Hay concordancia
12	1	1	1	1	1	5	1	Hay concordancia
13	1	1	1	1	1	5	1	Hay concordancia
14	1	1	1	1	1	5	1	Hay concordancia
15	1	1	1	1	1	5	1	Hay concordancia
16	1	1	1	1	1	5	1	Hay concordancia
17	1	1	1	1	1	5	1	Hay concordancia
18	1	1	1	1	1	5	1	Hay concordancia
19	1	1	1	1	1	5	1	Hay concordancia
20	1	1	1	1	1	5	1	Hay concordancia

## EVALUACIÓN DEL CUESTIONARIO SEGÚN CRITERIO

Criterio	JUECES					Suma	V Aiken	Decisión
	1	2	3	4	5			
Claridad	2	2	2	2	2	10	1	Hay concordancia
Objetividad	2	2	2	2	2	10	1	Hay concordancia
Organización	2	2	2	2	2	10	1	Hay concordancia
Consistencia	2	2	2	2	2	10	1	Hay concordancia
Coherencia	2	2	2	2	2	10	1	Hay concordancia

**ANEXO N° 5: FRECUENCIAS ABSOLUTAS DE LOS FACTORES  
SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO**

<b>Factores sociodemográficos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Menores de 18 años	10	4,9
De 18 a 35 años	145	70,4
Mayores de 35 años	51	24,8
Analfabeta	2	1,0
Primaria completa	43	20,9
Primaria incompleta	9	4,4
Secundaria completa	84	40,8
Secundaria incompleta	34	16,5
Superior incompleta	2	1,0
Superior técnico	7	3,4
Superior universitaria	25	12,1
Procedencia rural	79	38,3
Procedencia urbana	127	61,7
Casada	3	1,5
Conviviente	184	89,3
Separada	4	1,9
Soltera	15	7,3
<b>Total</b>	<b>206</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos

**ANEXO N° 6: FRECUENCIAS ABSOLUTAS DE LOS FACTORES GINECO  
OBSTÉTRICOS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO**

<b>Factores gineco obstétricos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Menores de 3 APN	16	7,8
De 4 a 5 APN	34	16,5
De 6 a más APN	156	75,7
Primípara	78	37,9
Multípara	122	59,2
Gran multípara	6	2,9
PIG de 2 a 5 años	80	38,8
PIG menor de 2, mayor de 5 años o NA	126	61,2
Antecedente de parto pretérmino	17	8,3
Antecedente un aborto previo	7	3,4
Antecedente de una cesárea	22	10,7
Antecedente de dos cesáreas	4	1,9
<b>Total</b>	<b>206</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos

**ANEXO N° 7: FRECUENCIAS ABSOLUTAS DE LOS FACTORES CLÍNICOS  
DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO**

<b>Factores clínicos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Antecedente de COVID - 19	9	4,4
Anemia leve	12	5,8
Anemia moderada	8	3,9
Anemia severa	0	0
Sin anemia	186	90,3
Primípara	78	37,9
Múltipara	122	59,2
Gran múltipara	6	2,9
Bacteriuria asintomática	24	11,7
Cistitis	23	11,2
Pielonefritis	8	3,9
Sin ITU	151	73,3
Sin incompetencia cervical	206	100,0
Embarazo gemelar actual	6	2,9
HIG	5	2,4
Preeclampsia sin datos de severidad	1	,5
Preeclampsia con datos de severidad	41	19,9
Eclampsia	1	,5
PE con datos de severidad y Hellp	6	2,9
Sin THE	152	73,8
RPM menor a 28 semanas	2	1,0
RPM de 28 a 32 semanas	9	4,4
RPM de 33 a 34 semanas	16	7,8
RPM de 35 a 36 semanas 6 días	12	5,8
RPM de 37 semanas en adelante	6	2,9
Sin RPM	161	78,2
Con vaginitis o vaginosis	11	5,3
Sin vaginitis o vaginosis	195	94,7
<b>Total</b>	<b>206</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos

## ANEXO N° 8: PANEL FOTOGRÁFICO



