



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA

TESIS:

**FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A PARTO PREMATURO EN PACIENTES
GESTANTES EN EL HOSPITAL II – 2 MINSA TARAPOTO- 2020.**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
**SALUD PÚBLICA, SALUD AMBIENTAL Y SATISFACCIÓN CON LOS
SERVICIOS DE SALUD**

PRESENTADO POR:
**MARTHA ISABEL REATEGUI GOICOCHEA
RAIR LOZANO LOZANO**

TESIS DESARROLLADA PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADOS EN ENFERMERÍA

DOCENTE ASESOR:
DR. RIVAS ROMERO LUIS MANUEL
CÓDIGO ORCID: (0000-0003-0820-158)

CHINCHA, 2023



CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE TESIS

Chincha, lunes 16 de mayo del 2022

Dr. AQUIJE CARDENAS GIORGIO ALEXANDER
DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Presente. -

De mi especial consideración:

Sirva la presente para saludarlo e informar que las bachilleres: **Reategui Goicochea Martha y Lozano Lozano Rair** de la Facultad de Ciencias de la Salud del programa Académico de Enfermería, han cumplido con presentar su tesis titulada: "Factores de Riesgos asociados a parto prematuro en pacientes gestantes en el hospital II – 2 Minsa Tarapoto – 2020" que luego de revisada fue:

APROBADA



Por lo tanto, queda expedito para la revisión por parte de los Jurados para su sustentación.

Agradezco por anticipado la atención a la presente, aprovecho la ocasión para expresar los sentimientos de mi especial consideración y deferencia personal.

Cordialmente,

Dr. Luis Manuel Rivas Romero
CÓDIGO ORCID: N° 0000-0003-0820-158

DECLARATORIA DE AUTENCIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

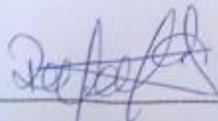
Yo, Martha Isabel Botiguí Guíochos, identificado(a) con DNI N° 71662521...
Raír Logano Logano, identificado(a) con DNI N° 70234017,
en mi condición de estudiante del programa de estudios de Enfermería, de la Facultad
de Ciencias de la Salud, en la Universidad Autónoma de Ica y que habiendo desarrollado
la Tesis titulada: "FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A PARTO PREMATURO
EN PACIENTES GESTANTES EN EL HOSPITAL II – 2 MINSA TARAPOTO - 2020",
declaro bajo juramento que:

- La investigación realizada es de mi autoría
- La tesis no ha cometido falta alguna a las conductas responsables de investigación, por lo que, no se ha cometido plagio, ni autoplagio en su elaboración.
- La información presentada en la tesis se ha elaborado respetando las normas de redacción para la citación y referenciación de las fuentes de información consultadas. Así mismo, el estudio no ha sido publicado anteriormente, ni parcial, ni totalmente con fines de obtención de algún grado académico o título profesional.
- Los resultados presentados en el estudio, producto de la recopilación de datos son reales, por lo que, el(la) investigador(a) no ha incurrido ni en falsedad, duplicidad, copia o adulteración de estos, ni parcial, ni totalmente.
- La investigación cumple con el porcentaje de similitud establecido según la normatividad vigente de la Universidad (no mayor al 28%), el porcentaje de similitud alcanzado en el estudio es del:

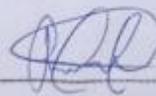
22 %

Autorizo a la Universidad Autónoma de Ica, de identificar plagio, autoplagio, falsedad de información o adulteración de estos, se proceda según lo indicado por la normatividad vigente de la universidad, asumiendo las consecuencias o sanciones que se deriven de alguna de estas malas conductas.

Chincha Alta, 20 de MARZO del 2023.



DNI N° 71662521.....



DNI N° 70234017.....

DEDICATORIA

Este trabajo está especialmente dedicado a todos aquellos que nos han apoyado y a los docentes que nos han guiado a través de este difícil proceso de formación académica y nos han brindado los conocimientos que necesitamos para desenvolvernos en nuestras carreras de enfermería.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, gracias a Dios por darme todas las oportunidades, gracias a mis padres que me dieron el carácter, la madurez y la inteligencia que espero me enorgullezcan, y gracias a mi hijo Benjamín Leonardo por inspirarme a continuar. y fortalecerme sin mi familia fracasé. Cada uno de ustedes ha traído cosas buenas a mi vida.

Martha Isabel Reategui Goicochea,

Quiero agradecer a mis padres por apoyarme en todas mis expectativas, por ser mi fuerza e inspiración.

Rair Lozano Lozano.

RESUMEN

OBJETIVO: El objetivo general de este estudio fue determinar los factores de riesgo asociados al parto prematuro en gestantes II-2 del Hospital MINSA de Tarapoto. El estudio tiene enfoque cuantitativo, diseño no experimental, la muestra fue de 41.

METODOLOGIA: La presente investigación corresponde al enfoque cuantitativo de tipo no experimental, tiene un diseño correlacional descriptivo de corte transversal. La técnica utilizada para la recolección de datos fue encuesta y el instrumento metodológico estuvo basado en factores de riesgos asociados a parto prematuro en pacientes gestantes, el cual fue validado por 3 licenciados en enfermería con grado de maestría, expertos en la materia. Los datos obtenidos se procesaron con el programa SPSS, versión 23 y se aplicó el estadístico Rho de Spearman.

RESULTADOS: La clasificación de parto prematuro predomina entre la semana 32 a antes de 37 semanas con el 87,80%. No predomina el factor de riesgo antecedente, con el 75,61%. No predomina el factor de riesgo periodo intergenésico corto, con el 75,61%. Predomina el factor de riesgo infección del tracto urinario, con el 60,98%. No predomina el factor de riesgo ruptura prematura de membrana, con el 68,29%. No predomina el factor de riesgo Pre eclampsia, con el 80,49%. No predomina el factor de riesgo diabetes gestacional, con el 82,93%.

CONCLUSIÓN: El factor de riesgo infección del tracto urinario se relaciona a parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

PALABRAS CLAVES: Factores de riesgo, Parto prematuro, Embarazada.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The general objective of this study was to determine the risk factors associated with preterm birth in pregnant women II-2 at the MINSA Hospital in Tarapoto. The study has a quantitative approach, non-experimental design, the sample was 41.

METHODOLOGY: The present research corresponds to the quantitative approach of non-experimental type, has a descriptive correlational design of cross-section. The technique used for data collection was survey and the methodological instrument was based on risk factors associated with premature birth in pregnant patients, which was validated by 3 nursing graduates with a master's degree, experts in the field. The data obtained were processed with the SPSS program, version 23 and the Rho of Spearman statistic was applied.

RESULTS: The classification of preterm birth predominates between week 32 to before 37 weeks with 87.80%. The antecedent risk factor does not predominate, with 75.61%. The risk factor does not predominate short intergenetic period, with 75.61%. The risk factor urinary tract infection predominates, with 60.98%. The risk factor for premature rupture of the membrane does not predominate, with 68.29%. The risk factor Pre-eclampsia does not predominate, with 80.49%. The risk factor gestational diabetes does not predominate, with 82.93%.

CONCLUSION: The risk factor urinary tract infection is related to premature delivery in pregnant patients at Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

KEY WORDS: Risk factors, Preterm birth, Pregnant women.

ÍNDICE GENERAL

Constancia de aprobación de investigación.....	ii
Declaratoria de autenticidad de la investigación.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
Índice general / Índice de tablas académicas y de figuras.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	11
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
2.1. Descripción del Problema.....	12
2.2. Pregunta de investigación general.....	14
2.3. Preguntas de investigación específicas.....	14
2.4. Objetivo General.....	15
2.5. Objetivos Específicos.....	15
2.6. Justificación e importancia.....	16
2.7. Alcances y limitaciones.....	17
III. MARCO TEÓRICO.....	18
3.1. Antecedentes.....	18
3.2. Bases teóricas.....	23
3.3. Marco conceptual.....	13
IV. METODOLOGÍA.....	14
4.1. Tipo y Nivel de Investigación.....	15
4.2. Diseño de la Investigación.....	16
4.3. Hipótesis general y específicas.....	17
4.4. Identificación de las variables.....	18
4.5. Matriz de operacionalización de variables.....	19
4.6. Población – Muestra.....	20
4.7. Técnicas e instrumentos de recolección de información.....	21
4.8. Técnicas de análisis y procesamiento de datos.....	22

V. RESULTADOS.....	23
5.1. Presentación de Resultados.....	24
5.2. Interpretación de Resultados.....	25
VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	26
6.1. Análisis inferencial (*).....	27
VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	28
7.1. Comparación resultados.....	29
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
ANEXOS	
Anexo 1: Matriz de Consistencia	
Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos	
Anexo 3: Ficha de validación de instrumentos de medición	
Anexo 4: Base de datos	
Anexo 5: Informe de Turnitin al 22% de similitud	
Anexo 6: Evidencia fotográfica	

ÌNDICE DE TABLAS ACADEMICAS

Tabla 1: Clasificación de parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.....	41
Tabla 2: Relación entre factor de riesgo antecedente y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.....	42
Tabla 3: Relación entre el factor de riesgo periodo intergenésico corto y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020...	43
Tabla 4: Relación entre el factor de riesgo infección del tracto urinario y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020...	44
Tabla 5: Relación entre el factor de riesgo vaginosis bacteriana y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.....	45
Tabla 6: relación entre el factor de riesgo ruptura prematura de membrana y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020...	46
Tabla 7: Relación entre el factor de riesgo pre eclampsia y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.....	47
Tabla 8: Relación entre el factor de riesgo diabetes gestacional y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.....	48

ÌNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Clasificación de parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.....	41
Figura 2: Relación entre factor de riesgo antecedente y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.....	42
Figura 3: Relación entre el factor de riesgo periodo intergenésico corto y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020...	43
Figura 4: Relación entre el factor de riesgo infección del tracto urinario y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020...	44
Figura 5: Frecuencia de factor de riesgo vaginosis bacteriana durante el embarazo asociados a parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.....	45
Figura 6: relación entre el factor de riesgo ruptura prematura de membrana y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020...	46
Figura 7: Relación entre el factor de riesgo preclamsia y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.....	47
Figura 8: Relación entre el factor de riesgo diabetes gestacional y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.....	48

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de investigación forma parte de los lineamientos elaborados por la Universidad Autónoma de Ica; su contenido integra todos los componentes metodológicos necesarios para direccionar el trabajo de campo y lograr los propósitos de la investigación. El tema a investigar es Factores de riesgos asociados a parto prematuro en pacientes gestantes durante la pandemia en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto - 2020. El presente trabajo de investigación tiene como propósito: Determinar los factores de riesgo asociados a parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto. Enero a diciembre 2020.

Contiene las historias clínicas de los 106 recién nacidos en el Hospital MINSA Tarapoto entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2020, de los cuales dividiremos en dos grupos según la fórmula de casos y controles: casos (lactantes tempranos), lactantes, con una edad gestacional (EG) de menos de 37 semanas al nacer, y uno control no emparejado, que consiste en bebés con una EG de más de 37 semanas y una EG de menos o igual a 42 semanas. el embarazo. La técnica utilizada para recolectar datos es la observación. La herramienta utilizada es un formulario de recogida de datos. Se trata de investigación cuantitativo de casos y controles.

El trabajo investigación sigue el protocolo de la Universidad Autónoma de Ica (I) Introducción, que describe la introducción del estudio. (II) Describa el problema, la pregunta de investigación, la pregunta de investigación, el objetivo de la investigación y la justificación de la investigación. (3) Marco teórico: familiarícese con los antecedentes, los antecedentes teóricos y el marco conceptual. (IV) Metodología que describe el tipo de estudio, diseño de investigación, suposiciones, variables, operacionalización de variables, descripción de población y muestra, técnicas y herramientas de recolección de datos, y descripción de procedimientos de análisis de datos. (V) resultados, (Vi) análisis de resultados, conclusiones y recomendaciones.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Descripción del problema

El parto prematuro o pretérmino es aquel que se produce antes que la gestación cumpla 37 semanas, la Organización mundial de la Salud hace la diferencia entre parto prematuro y aborto con el límite de 22 semanas, con 25 cm cefalo-nalgas y un peso de 500 gr ⁽¹⁾. Un problema de salud pública mundial porque causa complicaciones neonatales a corto plazo como depresión al nacer, hemorragia intraventricular, conducto arterioso permeable, síndrome de dificultad respiratoria, trastornos metabólicos, enterocolitis necrosante, sepsis, displasia broncopulmonar o apnea ⁽²⁾. Como resultado, el niño prematuro tiene un impacto significativo en la familia y un alto costo económico para el sistema de salud; los niños sobrevivientes corren un mayor riesgo de sufrir dificultades de visión, audición y aprendizaje de por vida. Esto se debe a que el sangrado intracraneal es una de las muchas complicaciones en los bebés prematuros que pueden provocar un deterioro neurocognitivo ⁽³⁾.

Las tasas de los nacimientos prematuros ya representan del 5% al 18% de los nacimientos, y la OMS cree que el aumento en los años se atribuye una recopilación de esta información y al aumento de la edad materna. Esto también aumenta de diabetes o presión arterial alta durante el embarazo, o muchas mujeres recurren a tratamientos de fertilidad ⁽⁴⁾. El 60%, de los nacimientos prematuros ocurren en África y el sur de Asia, este es un problema verdaderamente global. En los países de bajos ingresos, un promedio del 12 % de los niños nacen prematuramente, en comparación con el 9 % en los países de altos ingresos. En el mismo país, las familias más pobres tienen un mayor riesgo de parto prematuro. ⁽⁵⁾ En India (3 519 100), China (1 172 300), Nigeria (773 600), Pakistán (748 100), Indonesia (675 700), EE. UU. (517 400), Bangladesh (424 100), República Democrática del Congo (341.400), Brasil (279.300) ⁽⁵⁾. En Perú, el nacimiento prematuro ocurre en el 5-10% de los embarazos. Según la Organización Mundial de la Salud, en 2005 hubo 12,9 millones de bebés prematuros, lo que representa el 9,6% de todos los

nacimientos en el mundo, y en 2016 reportaron que alrededor de 15 millones de bebés nacen prematuramente en el mundo cada año. Más de 1 de cada 10 recién nacidos ⁽⁶⁾.

Existen factores que pueden prevenir la aparición de parto prematuro, estos son: Historia de parto pretérmino: En la historia clínica de cada gestante se documentó al menos un parto prematuro. Visita prenatal insuficiente: al menos 6 exámenes insuficientes, distribuidos según el cronograma propuesto por el Ministerio de Salud ⁽⁷⁾. La Infección del tracto Urinario, se refiere a la presencia o ausencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario acompañada de síntomas de embarazo y asociada a una cuantificación de UCF mayor o igual a 105. Intervalo intergénico corto: se refiere al intervalo de tiempo entre un embarazo y la próxima concepción que dura menos de dos años. ⁽⁸⁾.

Preeclampsia: la presión arterial sube por encima de 140/90 mmHg posterior a la semana 22 de embarazo. Ruptura Prematura de Membranas, sucede antes de la semana 37 de embarazo. Vaginosis bacteriana: al menos tres de los siguientes cuatro criterios clínicos: pH vaginal superior a 4,5, "olor a pescado" (prueba de amina positiva) cuando se agrega KOH al 10 % a las muestras de secreciones vaginales, presencia de células "críticas" y aumento del flujo vaginal, que tiene una consistencia de color blanco lechoso y se pega a la vagina ⁽⁹⁾.

En la región San Martín, registró 751 partos pretérminos ⁽⁷⁾. En el caso del parto prematuro, los factores de parto antes de la concepción deberían ser precedente que puedan ayudar a prevenir el parto prematuro ⁽¹⁰⁾.

Hay varios factores de riesgo para el parto prematuro; se puede apreciar en el hospital Tarapoto donde la incidencia no está disminuyendo sino aumentando, por lo que es importante conocer los factores más comunes para prevenir o disminuir su incidencia, evitando así la reducción del parto prematuro en recién nacidos por sus consecuencias, como la morbilidad o mortalidad neonatal, los problemas sociales y emocionales familiares, así como las consecuencias económicas de la atención del prematuro tanto para los costos

familiares como nacionales. Lo anterior me inspiró a investigar los factores de riesgo asociados con el parto prematuro.

2.2. Pregunta de investigación general

¿Cuáles son los factores de riesgos asociados a parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto - 2020?

2.3. Preguntas de investigación específicas

P.E.1: ¿Cuál es la clasificación del parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020?

P.E.2: ¿Cuál es la relación entre factor de riesgo antecedente y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020?

P.E.3: ¿Cuál es la relación entre el factor de riesgo periodo intergenésico corto y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020?

P.E.4: ¿Cuál es la relación entre el factor de riesgo infección del tracto urinario y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020?

P.E.5: ¿Cuál es la relación entre el factor de riesgo vaginosis bacteriana y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020?

P.E.6: ¿Cuál es la relación entre el factor de riesgo ruptura prematura de membrana y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020?

P.E.7: ¿Cuál es la relación entre el factor de riesgo pre eclampsia y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020?

P.E.8: ¿Cuál es la relación entre el factor de riesgo diabetes gestacional y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020?

2.4. Objetivo General

Determinar los factores de riesgo asociados a parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

2.5. Objetivos Específicos

O.E.1: Identificar la clasificación de parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

O.E.2: Identificar la relación entre factor de riesgo antecedente y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

O.E.3: Identificar la relación entre el factor de riesgo periodo intergenésico corto y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

O.E.4: Identificar la relación entre el factor de riesgo infección del tracto urinario y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

O.E.5: Identificar la relación entre el factor de riesgo vaginosis bacteriana y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

O.E.6: Identificar la relación entre el factor de riesgo ruptura prematura de membrana y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

O.E.7: Identificar la relación entre el factor de riesgo pre eclampsia y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

O.E.8: Identificar la relación entre el factor de riesgo diabetes gestacional y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

2.6. Justificación e importancia

Justificación

Se justifica, porque orienta a los ciudadanos, en especial a los profesionales de la salud, madres gestantes y padres en general a tener conocimiento sobre los

factores de riesgo asociados a parto prematuro durante la pandemia. Teniendo una relevancia alta desde el punto de vista social, metodológico y práctico.

Con respecto a la justificación social, es de beneficio a los profesionales de enfermería, así como también para la población en general, porque, los resultados permiten brindar información relevante que facilita a las instituciones, planificar consejería a las madres gestantes y sus familiares para detectar signos que se asocian a parto prematuro.

La justificación metodológica, se sustenta en el interés determinar los factores de riesgo asociados a parto prematuro durante la pandemia, aportando información frente al problema de salud.

Se justifica en la práctica, porque es viable de ejecutarlo por ser factible, novedoso, interesante, relevante, ético y disponer de los recursos humanos, financieros y el haber delimitado adecuadamente el ámbito geográfico (lugar) y el período de estudio (tiempo).

Importancia

Es importante debido al alto índice de partos prematuros, es que se considera a esta como un problema de salud latente, es así que los licenciados en enfermería con el conocimiento científico adquirido es que debe identificar los factores de riesgo asociados a parto prematuro para actuar de forma adecuada durante la atención inmediata al recién nacido con esta condición; además con los resultados que se obtengan del estudio servirán para mejorar en la prevención, el diagnóstico, y tratamiento; reduciendo la movilidad de recién nacidos prematuros.

2.7. Alcances y limitaciones

Alcances

Social: Pacientes gestantes del Hospital II – 2 MINSA Tarapoto.

Espacial o Geográfico: El presente trabajo se realizó en la ciudad de Tarapoto.

Temporal: El presente trabajo se realizó en el año 2020.

Limitaciones

Las limitaciones que presentaron el presente estudio fueron:

- Poco acceso a las historias clínicas de las pacientes
- Legibilidad de las historias clínicas.
- Historias clínicas con datos incompletos.
- Por motivo de la pandemia del COVID 19.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes

Se realizó la revisión de antecedentes, encontrándose algunos relacionados al tema; así tenemos que:

Antecedentes internacionales:

Kunpalin, et al. ⁽⁹⁾ en (2020), estudio: “Factores asociados con el parto prematuro en mujeres sometidas a cerclaje cervical, en EEUU”. El objetivo general fue: Determinar factores asociados al parto pretérmino en mujeres sometidas a cerclaje cervical. La metodología: Estudio retrospectivo, con una muestra de 267 mujeres embarazadas. Resultados: 32,2% fueron parto prematuro, donde la presencia de ITU antes del cerclaje se asocia a parto prematuro Factores asociados al parto pretérmino en mujeres sometidas a cerclaje cervical. Los autores concluyeron: “La presencia de una ITU antes del cerclaje cervical se asocia con una mayor tasa de PTB en mujeres que reciben un cerclaje cervical”.

Teixeira R, Guilherme J. ⁽¹⁰⁾ (2020), en Brasil presentaron el estudio sobre “Una revisión integral de los factores asociados con el parto prematuro espontáneo, su prevención y predicción, incluidos los marcadores metabólicos”. Donde analizaron los factores asociados a parto prematuro espontaneo, fue una revisión sistemática. El tipo de estudio fue cualitativo. Donde concluyeron que los factores de riesgo de parto prematuro pueden clasificarse en clínicos, semiológicos, microbiológicos, ecográficos y bioquímicos; por lo que se deben desarrollar métodos precisos que predican el parto prematuro.

Hidalgo P., et al ⁽¹¹⁾ (2019), en España, en el estudio “Factores sociodemográficos asociados al parto prematuro y el bajo peso al nacer; fue un estudio transversal”. El tipo de investigación fue cuantitativa, no experimental; muestra de 331.449, historias clínicas de parto prematuro. Resultado: Tasa de nacimiento 6,7%, bajo peso al nacer 7,3%. Predomino Edad de la madre ≤ 19 años, madres inmigrantes, nivel educativo \leq educación secundaria, las mujeres viven en las grandes ciudades. El bajo peso al nacer se asoció con edad materna ≤ 19 años y ≥ 35 años, nivel educativo \leq bachillerato y maternidad soltera. Los

autores concluyeron que la incidencia disminuyó, principalmente debido a la edad materna.

Kelkay B., et al ⁽¹²⁾ (2019), en “Factores asociados con el parto prematuro único en el Hospital General Shire Suhul – Etiopia”. El objetivo general fue: Determinar los Factores asociados con el parto prematuro único en el Hospital General Shire Suhul – Etiopia. Fue un estudio: transversal con una muestra de 325 madres, donde resultaron que el hábito de fumar cigarro (16,9%), Beber alcohol durante el embarazo, aborto previo y antecedente de parto con bajo peso al nacer.

Vásquez M. ⁽¹³⁾ (2019), presento en Cuenca – Ecuador el estudio: “Prevalencia de Amenaza de Parto Pretérmino y Factores Asociados, Hospital Vicente Corral Moscoso”. El objetivo general: Determinar la prevalencia de amenaza de parto pretérmino y factores asociados en pacientes atendidos en el Área de Emergencia de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, durante el año 2018. Fue un estudio observacional analítico transversal. Resultados: Edad 20 a 34 años, 67,3%, vida urbana, 72%, escolaridad, 6-12 años, 80,2%, sobrepeso y obesidad, 75,1%. La prevalencia de parto prematuro peligroso fue del 21,4% y se asoció con infección del tracto urinario, rotura prematura de membranas y preeclampsia. Concluyeron que la ocurrencia de amenaza de parto prematuro se asoció estadísticamente con ruptura prematura de membranas, infección del tracto urinario, y preeclampsia.

Jiang M. et al ⁽¹⁴⁾ (2018), tema: “Un estudio de casos y controles de los factores de riesgo y los resultados neonatales del parto prematuro”. Objetivo general: examinar los factores de riesgo y los resultados neonatales del parto prematuro y proporcionar una base para prevenir el parto prematuro. Tipo de estudio: El estudio fue de casos y controles, en el Hospital de la Provincia de Jiangsu del Norte, Yangzhou Jiangsu, China. Resultado: Edad materna 25 a 29 años (casos 39,01%, controles 53,99), hipertensión gestacional (casos 13,77%, controles 2,73%), ruptura prematura de membrana (casos 35,33%, controles 13,21%). Los autores concluyeron: Historia previa de embarazo, hipertensión arterial, PIC, FGR, RPM, placenta previa y presentación anormal fueron

covariables identificadas en este estudio como factores de riesgo para parto pretérmino. El parto prematuro es una razón importante de mal pronóstico y muerte neonatal.

Antecedentes nacionales

Flores G. ⁽¹⁵⁾ (2021). En el estudio: “Factores asociados al parto prematuro en gestantes con COVID-19 en el Hospital Regional Cusco, 2020-2021”. Objetivo general: Identificar factores asociados al parto prematuro en gestantes con COVID-19. Los tipos de estudio fueron: diseños transversales analíticos, observacionales, de casos y controles. Resultados: 2% muy prematuro (<28 semanas), 12% muy prematuro (28 a 32 semanas) y 85% moderado o tardío (32-37 semanas). Los autores resumen factores como atención prenatal inadecuada, antecedentes de aborto espontáneo, embarazo múltiple, estancia hospitalaria más prolongada, preeclampsia, neumonía por COVID-19, cesárea, soporte de oxígeno.

Valderrama D. ⁽¹⁶⁾ (2021), el estudio: Factores de riesgo asociados al parto prematuro en gestantes. Objetivo general: identificar los factores de riesgo asociados al parto prematuro en gestantes del Hospital General de Jaén. La investigación fue de descriptivo, cuantitativo, transversal. Con una muestra de 220 gestantes y 140 muestras. El autor concluye que la edad hasta 35 años, rurales, solteras, sin escolaridad, prevalecen, también lo fue el edema de extremidades inferiores e infección de vías urinaria, RPM, control prenatal, La placenta tiene: desprendimiento de placenta.

Flores J. ⁽¹⁷⁾ (2020) el estudio: “Factores de riesgo asociados al parto prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en 2017-2018 - MINSA”. Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados al parto prematuro. Los tipos de estudios fueron: Observacional, retrospectivo, transversal de casos y controles. Se registraron 476 muestras en el grupo de casos y 952 en el grupo de control Resultados: edad 35, antecedente de preeclampsia, preeclampsia, rotura prematura de membranas, embarazo múltiple, rotura de placenta prematura, oligohidramnios, polihidramnios y mortinatos. Los autores concluyeron que el embarazo múltiple, placenta previa, polihidramnios,

antecedente de preeclampsia, preeclampsia, ruptura prematura de membranas, oligohidramnios y edad mayor de 35 años, son factores asociados.

Rodríguez Y. ⁽¹⁸⁾ (2020). En el estudio: "Factores de riesgo asociados al parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue", El Agustino. Perú. El estudio fue: cuantitativo, diseño descriptivo, transversal y retrospectivo. Hubo 84 casos y 84 muestras de control. Resultados: El defecto del embarazo (APN) se encontró en el 34,5% de los casos y el 9,5% de los controles. El 32,1% de los casos y el 10,7% de los controles abortaron. Antecedentes médicos generales: el 22,6% de los casos y el 3,6% de los controles tenían preeclampsia (Pe). El 27,4% y el 3,6% de los controles tenían diabetes. La infección del tracto urinario (ITU) ocurrió en el 15,5% de los casos y el 4,8% de los controles Antecedentes de patología obstétrica: se presentó corioamnionitis en el 9,5% de los casos y en el 1,2% de los controles. El 19% y el 2,4% tuvieron parto prematuro. El factor ovárico estuvo presente en el 25% de los casos y el 8,3% de los controles en RPM. Hubo 14,3% y 2,4 casos de placenta previa. El 11,9% y el 1,2% de los controles recibieron PPD.

Ortiz P. ⁽¹⁹⁾ (2019). Presento el estudio: "Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en madres atendidas en el Hospital San José del Callao 2017". Objetivo general: "Identificación de factores de riesgo asociados con el parto prematuro materno. Un diseño de estudio de casos y controles". Las muestras fueron 80 casos y 80 controles. Resultados: 80% de prematuros tardíos. Factores de riesgo sociodemográficos, 79,4% eran madres con edad entre 20 y 34+; el 85,6% tenía educación primaria (primaria, secundaria); el 84,4% tenía estado civil (conviviente, casado); insignificante. De los factores obstétricos controlados prenatalmente, el 76,2% y el 58,8% fueron paridos. La patología más común; embarazo múltiple 0,6% de las muestras, diabetes gestacional 1,2%, infección urinaria 35,6%, preeclampsia 5,6%, rechazo placentario 2,5% rechazo placentario, membrana de repulsión placentaria. Los autores concluyeron: El parto prematuro es la enfermedad más común con factores de riesgo asociados; la atención prenatal se ha confirmado como un factor protector contra el parto prematuro.

Paredes M. ⁽²⁰⁾ (2019), presento el estudio: “Factores de riesgo materno asociados a parto prematuro en el Hospital Regional “Manuel Nuñez Butron” – Puno, enero – diciembre 2018”. El tipo de estudio fue retrospectivo de casos y controles. Con una muestra de 85 casos y 85 controles. Como resultado, el 9,2%, fue parto prematuro, los factores fueron el embarazo múltiple, trastornos hipertensivos del embarazo, tracto urinario. en el tracto infección; hemorragia ante parto. de membranas. Los autores concluyeron que el embarazo múltiple, trastornos hipertensivos del embarazo, infecciones del tracto urinario, hemorragia ante parto y ruptura prematura de membranas están asociados a parto prematuro.

Antecedente Local

Rengifo S. ⁽²¹⁾ (2019) presento el estudio: “Factores de riesgo asociados al parto prematuro en el segundo hospital - 2. Tarapoto. Octubre 2017 - octubre 2018”. Objetivo general: Identificar los factores de riesgo asociados al parto prematuro. Los tipos de estudios fueron: analíticos, retrospectivos, de observación de casos y controles. Los factores asociados con el parto prematuro incluyeron atención prenatal inadecuada o (3198) intervalo de confianza; infección del tracto urinario. vaginosis. Los autores concluyeron que la atención prenatal inadecuada, las infecciones del tracto urinario, la vaginosis bacteriana y la RPM se consideraron factores de riesgo asociados con el parto prematuro.

León, E. ⁽²²⁾ Estudio “Prevalencia de factores de riesgo asociados al parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital II-2-Tarapoto. Fue un estudio descriptivo, con una muestra de 112 gestantes. Resultados: el 47,3% edad 13-14 años, 61,6% procedencia rural, estado familiar el 68,8%, educación secundaria 59,8%, ausencia de malos hábitos 75,9%, 87,5%, enfermedades sistémicas. primípara 74,1%, sin antecedentes de parto prematuro 94,6%, sin antecedentes de aborto espontáneo, control prenatal adecuado 69,6%, sin anemia 44,6%, sin infección urinaria 69,6%, sin preeclampsia 81,3 % de pacientes con eclampsia y 96,4% de pacientes sin eclampsia. 100% sin placenta previa, 99,1% sin desprendimiento de placenta y 78,6% sin ruptura prematura de membranas. Los

factores de riesgo fetal fueron: no embarazo múltiple 92,9%. Los autores concluyeron edad gestacional de 32 a <37 semanas y cesárea.

3.2. Bases teóricas de la variable

3.2.1. Factores de riesgo a parto pretérmino

El factor de riesgo es un término utilizado para designar condiciones, características, hábitos o marcadores que, cuando están presentes, aumentan la probabilidad de ocurrencia de una lesión específica. El riesgo, por lo tanto, está relacionado con la aparición de una afección. Comprender los factores de riesgo del parto prematuro antes o durante el embarazo temprano le ayudará a tomar medidas para prevenir el parto prematuro ⁽⁶⁾.

Comprender los factores de riesgo asociados con el parto prematuro es importante para prevenir esta. Se agrupan en sociodemográficos y están relacionados con los antecedentes obstétricos y la patología materna ⁽¹⁶⁾. Se abordarán los siguientes:

- **Atención prenatal inadecuada (ANC):** Se considera que la atención prenatal adecuada protege contra el parto prematuro. Recientes recomendaciones que nos han dado organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud y el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica de EE. UU. sugieren que una NPC adecuada significa que el paciente tiene al menos seis visitas ⁽²³⁾.
- **Antecedentes de parto prematuro:** Las mujeres con antecedentes de parto prematuro tienen un riesgo de recurrencia del 15 % a más del 50 %. Un parto prematuro espontáneo tiene más probabilidades de tener un parto prematuro espontáneo posterior ⁽²⁴⁾.
- **Intervalo intergenésico corto:** se refiere al intervalo de tiempo entre uno y otro parto que dura menos de dos años. ⁽²⁶⁾.
- **Infección de vías urinarias:** Es el único proceso patológico que tiene una clara relación causal con el parto prematuro, con

características fisiopatológicas bien definidas, incluye: ⁽²⁴⁾ La periodontitis se asocia con el parto prematuro. La infección intrauterina subclínica es un factor de riesgo de parto prematuro. Las mujeres embarazadas con infección intraamniótica o inflamación intrauterina (definida como concentraciones elevadas de citocinas proinflamatorias o enzimas que degradan los componentes del colágeno en el líquido amniótico) en el segundo trimestre son factores de riesgo de parto prematuro. El tratamiento antibiótico de la infección intrauterina previene el parto prematuro.

Returet et al. correlacionó la ITU con el parto prematuro y concluyó que su estudio de 423 mujeres fue estadísticamente significativo ⁽²⁵⁾.

- **Vaginosis bacteriana**, al inicio del embarazo, se asocia con la liberación de prostaglandinas (PG) directamente en la interfaz coriódécidual, que actúan sobre el miometrio y provocan contracciones uterinas. Estas PG proceden de bacterias amnióticas, deciduas y, en otros casos, productoras de fosfolipasa A2, que las liberan por acción del ácido araquidónico. Además, la colonización bacteriana tenemos *Bacteroides fragilis*, *Gardneria vaginalis*, *Chlamydia*, *Trichomonas vaginalis* y bacterias anaeróbicas también se asocia con la ruptura prematura de membranas. ⁽¹³⁾.

Se desconoce el mecanismo por el cual la vaginosis bacteriana esta asocia con parto prematuro, pero los microbios que causan la infección pueden ingresar al útero durante o al principio del embarazo ⁽²⁶⁾.

- **Rotura prematura de membranas**: las endotoxinas bacterianas y las citocinas proinflamatorias estimulan la producción de prostaglandinas, otras sustancias que median la inflamación y enzimas que degradan la matriz ⁽²⁷⁾.

En la preeclampsia, las graves complicaciones obligaron a interrumpir el embarazo, aunque la decisión estuvo plagada de

complicaciones. Se trata de sopesar los riesgos frente a los beneficios para la salud de la madre ⁽²⁸⁾.

La diabetes gestacional, se confirma con dos valores de glucosa en ayunas por gcx encima de 1-100 mg/dl. (5,5 mmol/L) ⁽²⁹⁾.

Parto prematuro

El parto prematuro entre las 22 y 37 semanas de gestación; es el 8 al 10% de nacimientos e importante causa de morbilidad y mortalidad neonatal. Estas complicaciones son más frecuentes y más graves a menor edad gestacional y menor peso corporal ⁽³⁰⁾.

En 2015, 9 de cada 10 mujeres interrumpieron su embarazo a una edad gestacional de 37 semanas o más, el 6% de los nacidos vivos tuvo entre 32 y 36 semanas y el 1% entre 27 y 31 semanas. El mismo comportamiento se observó en las siguientes regiones del país, con más del 90% de nacidos después de las 37 semanas, con el mayor número de nacidos vivos entre las 32 y 36 semanas en la región Loreto (7,2%) y Piura, La Libertad, Tumbes, en la región de Lambayeque, Cajamarca, Callao, San Martín, Ucayali y Apurímac, el porcentaje actual ronda el 6%. ⁽³¹⁾.

El parto prematuro se caracteriza por contracciones uterinas (> 4 en 20 minutos o > 8 por hora) y cambios cervicales (< 20 mm o fibronectina fetal positiva asociada a longitud cervical entre 29 y 20 mm), membrana amniótica completa entre 20,1 y 20,1 a 20 mm 36 semanas más 6 días ⁽³⁰⁾.

Clasificación

De acuerdo a la edad gestacional de nacimiento ⁽³¹⁾, se clasifica en:

- Antes de las 22 semanas a las 28 semanas: parto prematuro muy temprano
- Antes de las 28 semanas a las 32 semanas: parto prematuro.
- Antes de las 32 semanas a las 37 semanas: se desea un parto prematuro

Etiología y fisiopatología

La etiología del parto prematuro y los mecanismos del parto a término no se conocen por completo. Se considera una enfermedad multifactorial compleja, que incluyen infección/inflamación, agrandamiento uterino y enfermedad vascular. Sin embargo, no está claro si el trabajo de parto prematuro es un proceso fisiológico que ocurre temprano en el embarazo ⁽³²⁾.

Parece que las respuestas genéticas de pacientes individuales pueden explicar estas diferencias en los resultados obstétricos entre grupos étnicos ⁽³³⁾.

La fisiopatología, se sabe que las citoquinas son poderosos mediadores de la inflamación. Los estudios muestran que se produce en la placenta, membrana amniótica, lo que lleva a la producción de corticotropina (ACTH) en el cuerpo ⁽³³⁾.

La hemorragia decidual conduce a generación local de trombina. Las condiciones que causan agrandamiento uterino anormal (embarazos múltiples, polihidramnios y anomalías uterinas) causan la dilatación de las membranas uterinas, el miometrio o ambos, lo que resulta en la activación del miometrio y la producción de citoquinas en la membrana celular. Las contracciones uterinas, lo que lleva a cambios cervicales iniciales y contracciones uterinas progresivas ⁽³³⁾.

Diagnóstico.

El trabajo de parto prematuro peligroso con o sin membranas se diagnostica cuando las mujeres entre 22 y 37 semanas de gestación (al menos una contracción cada 10 minutos) y cambios cervicales progresivos (dilatación > 2 cm; resolución > 80%). para ruptura prematura o sangrado vaginal leve.

El estudio inicial incluye la evaluación de la frecuencia cardíaca fetal (electrocardiograma), la evaluación del cuello uterino mediante endoscopia o examen vaginal ⁽³²⁾.

Es normal que una mujer tenga contracciones durante el embarazo, mientras que las contracciones pueden ser indoloras y, a veces, se

confunden con las contracciones de Braxton-Hick porque la diferencia es solo persistente (23). puede ser diferente:

- **Escenario 1:** de 22 a 37 semanas de embarazo, dinámica uterina regular (2 a 3 contracciones cada 10 minutos, buena intensidad) y dilatación de 2 cm o más; en estos casos, el diagnóstico de parto prematuro es más certero.
- **Etapas 2:** La dinámica es normal, pero el cuello uterino está cerrado o inaccesible por menos de 2 cm; las mediciones ecográficas transvaginales del cuello uterino, que son los parámetros pronósticos más confiables. Si la distancia de la abertura interna a la externa es menor de 20 mm, existe un alto riesgo de parto prematuro. (S: 75-100%, E: <50%), por lo que se puede decir que la ecografía tiene un alto valor predictivo, pero no se puede diagnosticar, exploración física Se puede determinar definitivamente el parto prematuro.
- **Etapas 3:** Dinámica uterina irregular, las contracciones son espaciadas y de baja intensidad, y el cuello uterino está dilatado menos de 2 cm. El resultado de la realización 2 será el diagnóstico final. El diagnóstico suele ser retrospectivo.
- **Etapas 4:** cambios cervicales como acortamiento, ablandamiento, concentración, penetración, ausencia de dinámica uterina determinada por gráficos clínicos o de posición fetal; en estos casos, realice mediciones cervicales vaginales para buscar parámetros de riesgo, por ejemplo, la longitud del cuello uterino es menor de 20 mm, el endocérnix tiene forma de infundíbulo, en cuyo caso la longitud del segmento cervical restante es más importante que la profundidad de la parte cervical.

Tratamiento

Después de las 34 semanas de embarazo, el beneficio para el feto no es evidente y la mayoría de los médicos son reacios a interrumpir el trabajo de parto. Entre las 28 y 34 semanas de gestación, el embarazo prolongado reduce significativamente la morbilidad perinatal. Por el

contrario, si el período de gestación es inferior a 28 semanas, extender el período de gestación unas semanas o incluso unos días significa una reducción significativa de la morbilidad y mortalidad perinatal. Finalmente, una cuidadosa consideración del riesgo de discapacidad severa y permanente para el bebé sobreviviente ⁽²⁴⁾.

Medidas generales: Reposo, hidratación no parecen aumentar la tasa de parto prematuro y no deben recomendarse de forma rutinaria ⁽²⁵⁾.

Tocolíticos: Se han descrito varios fármacos centrados en la supresión de la actividad uterina para reducir la mortalidad perinatal y la morbilidad asociada con el parto prematuro grave ^(24, 25).

Se deben usar esteroides en cualquier parto prematuro y se debe establecer un protocolo completo para reducir la frecuencia y la gravedad. Los esteroides con beneficio comprobado y ningún estudio que demuestre una diferencia en la protección ^(24, 25).

Antibióticos: su uso es controvertido; esto se indica; de lo contrario. Los antibióticos no deben usarse para prolongar el embarazo, pero deben usarse como medida preventiva en pacientes con GBS ⁽²⁴⁾.

Bases Teóricas en Enfermería

Dorothea E. Orem -Teoría del Déficit del Autocuidado

Dorothea E. Orem, dio a conocer su modelo de autocuidado de Enfermería y menciona el trabajo de otras autoras que han contribuido a las bases teóricas de la Enfermería, entre ellas Faye Glenn Abdella, Virginia Henderson, Dorothy E. Johnson Imogene King Levine, Florence Nigthingale, Ida Jean Orlando, Hildegard E. Peplau, Martha E. Rogers, Sor Callista Roy y Virginia Wiedenbach. ⁽³⁵⁾

Esta teórica presenta su Teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería. ⁽³⁵⁾

La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades

humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto. ⁽³⁵⁾

Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero pueden darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería. ⁽³⁵⁾

Dorothea E Orem usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado. ⁽³⁵⁾

Esta teoría guarda relación con la investigación ya que ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para brindar una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto por personas enfermas, como por personas que están tomando decisiones sobre su salud, y por personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud; nos muestra el gran soporte no solo técnico sino también emocional; que significa la presencia de las licenciadas por medio del Sistema de Enfermería, para poder prevenir partos prematuros, y de esa forma lograr el desarrollo pleno del recién nacido.

3.3. Marco conceptual

Parto prematuro: Es el parto eutócico o distócico que ocurre entre las 22 y 37 semanas de gestación; es el 8 al 10% de nacimientos y importante causa de morbilidad y mortalidad neonatal. Estas complicaciones son más frecuentes y más graves a menor edad gestacional y menor peso corporal ⁽³⁰⁾.

Factor de riesgo: Son las condiciones, características, hábitos o marcadores que, cuando están presentes, aumentan la probabilidad de ocurrencia de una

lesión específica. El riesgo, por lo tanto, está relacionado con la aparición de una afección ⁽⁶⁾.

Factor de riesgo de parto prematuro: Comprender los factores de riesgo del parto prematuro antes o durante el embarazo temprano le ayudará a tomar medidas para prevenir el parto prematuro ⁽⁶⁾.

Factor de riesgo antecedente de parto prematuro: Las mujeres con antecedentes de parto prematuro tienen un riesgo de recurrencia del 15 % a más del 50 %. Un parto prematuro espontáneo tiene más probabilidades de tener un parto prematuro espontáneo posterior ⁽²⁴⁾.

Factor de riesgo periodo intergenésico corto, es el intervalo de tiempo entre uno y otro parto que dura menos de dos años ⁽²⁶⁾.

Factor de riesgo infección del tracto urinario: Es el único proceso patológico que tiene una clara relación causal con el parto prematuro, con características fisiopatológicas bien definidas, incluye periodontitis, infección intrauterina subclínica es un factor de riesgo de parto prematuro, las mujeres embarazadas con infección intraamniótica o inflamación intrauterina ⁽²⁴⁾.

Factor de riesgo vaginosis bacteriana: se asocia con la liberación de prostaglandinas (PG) directamente en la interfaz coriodecidual, que actúan sobre el miometrio y provocan contracciones uterinas. Estas PG proceden de bacterias amnióticas, deciduas y, en otros casos, productoras de fosfolipasa A2, que las liberan por acción del ácido araquidónico. Además, la colonización bacteriana tenemos *Bacteroides fragilis*, *Gardena vaginalis*, *Chlamydia*, *Trichomonas vaginalis* y bacterias anaeróbicas también se asocia con la ruptura prematura de membranas ⁽¹³⁾.

Factor de riesgo ruptura prematura de membrana, las endotoxinas bacterianas y las citocinas proinflamatorias estimulan la producción de prostaglandinas, otras sustancias que median la inflamación y enzimas que degradan la matriz ⁽²⁷⁾.

Factor de riesgo pre eclampsia: las graves complicaciones obligaron a interrumpir el embarazo, aunque la decisión estuvo plagada de

complicaciones. Se trata de sopesar los riesgos frente a los beneficios para la salud de la madre (28).

Factor de riesgo diabetes gestacional, se confirma con dos valores de glucosa en ayunas por encima de 1-100 mg/dl. (5,5 mmol/L)

Factores de riesgo: Es el riesgo de cualquier Una característica o condición demostrable de cualquier persona o grupo de personas que está asociada con una probabilidad particular de estar expuesto o sufrir un proceso de enfermedad. factor de riesgo es un término utilizado para designar condiciones, características, hábitos o marcadores que, cuando están presentes, aumentan la probabilidad de ocurrencia de una lesión específica. El riesgo, por lo tanto, está relacionado con la aparición de una afección ⁽³⁴⁾.

IV. METODOLOGÍA

4.1. Tipo y Nivel de Investigación

Tipo de investigación

- Según su enfoque fue cuantitativo.
Tamayo (2007), Radica en oponer teorías ya existentes a una serie de hipótesis derivadas de ella, necesarias para obtener una muestra, ya sea aleatoria o dispersa, pero representativa de la población o fenómeno objeto de estudio.
- Según la finalidad o propósito de estudio, fue básica.
Zorrilla (1993:43), Llamada también pura o fundamental, busca el adelanto científico, ampliar los conocimientos teóricos, sin importar directamente en sus posibles aplicaciones o resultados prácticos; es más formal y persigue las generalidades con la finalidad de desarrollar un supuesto o teoría establecida en principios y leyes.

Nivel de Investigación

Según el nivel de investigación, fue descriptiva correlacional.

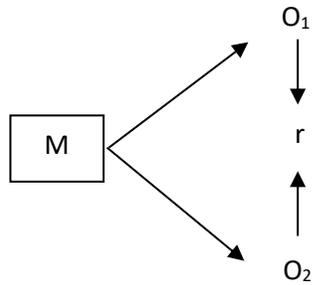
Dankhe, (1986). Los estudios descriptivos buscan describir las propiedades más significativas de los individuos, grupos, comunidades o cualquiera otro contexto que sea sometido a observaciones.

4.2. Diseño de la Investigación

El diseño de la investigación fue no experimental. las variables no fueron manipuladas, y solamente fueron observadas tal y como se presenta en la realidad y definidos en una fracción temporal y geográfica ⁽³⁶⁾.

Así mismo fue de corte transversal porque los datos obtenidos a través de la recolección de información se dieron en un solo momento.

La investigación fue de diseño no experimental ya que las variables en estudio no se manipularon. Y descriptivo correlacional, esto se representa según el siguiente esquema:



Donde:

M = Muestra

O₁ = Factores.

O₂ = Parto prematuro.

r = Relación

4.3. Hipótesis general y específicas

Hipótesis general

Los factores de riesgo están asociados a parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

Hipótesis específicas

H.E.1: Existe clasificación de parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

H.E.2: Existe relación entre factor de riesgo antecedente y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

H.E.3: Existe relación entre el factor de riesgo periodo intergenésico corto y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

H.E.4: Existe relación entre el factor de riesgo infección del tracto urinario y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

H.E.5: Existe relación entre el factor de riesgo vaginosis bacteriana y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

H.E.6: Existe relación entre el factor de riesgo ruptura prematura de membrana y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

H.E.7: Existe relación entre el factor de riesgo pre eclampsia y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

H.E.8: Existe relación entre el factor de riesgo diabetes gestacional y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

4.4. Identificación de las variables

Variable 1: Parto Prematuro

Dimensiones:

- Antes de las 22 semanas a las 28 semanas
- Antes de las 29 semanas a las 32 semanas
- Antes de las 33 semanas a las 37 semanas

Variable 1: Factores

Dimensiones:

- Control prenatal inadecuado
- Antecedente
- Periodo intergenésico corto
- Infección del tracto urinario
- Vaginosis bacteriana durante el embarazo
- Ruptura Prematura de Membranas
- Preeclampsia
- Diabetes gestacional

4.5. Matriz de operacionalización de variables

Tabla 2. Operacionalización de la variable independiente

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA DE VALORES	NIVELES Y RANGOS	TIPO DE VARIABLE ESTADISTICA
Variable 1: Parto prematuro	Antes de las 22 semanas a las 28 semanas	SI No	1	Nominal		Cualitativa
	Antes de las 29 semanas a las 32 semanas	SI No				
	Antes de las 33 semanas a las 37 semanas	SI No				
VARIABLE 2: Factores	Control prenatal inadecuado	SI No	2	Nominal	Menos de 6 visitas medicas	Cualitativa
	Antecedente	SI No	3	Nominal	Gestante que al menos presento un parto pretérmino	Cualitativa
	Periodo intergenésico corto	SI No	4	Nominal	Culminación de un embarazo y la concepción que dure menos de dos años.	Cualitativa

	Infección del tracto urinario	SI No	5	Nominal	Presencia de microorganismos patógenos en tracto urinario con presencia o ausencia de síntomas.	Cualitativa
	Vaginosis bacteriana durante el embarazo	SI No	6	Nominal	Presencia de al menos 3 o 4 criterios clínicos de vaginosis durante el embarazo.	Cualitativa
	Ruptura Prematura de Membranas	SI No	7	Nominal	Rotura espontánea de las membranas antes del inicio del trabajo de parto.	Cualitativa
	Preeclampsia	SI No	8	Nominal	Hipertensión arterial > 140/90 mmHg después de	Cualitativa

					las 22 semanas de gestación.	
	Diabetes gestacional	SI No	9	Nominal	Alteración de la tolerancia de la glucosa por primera vez durante el embarazo en curso	Cualitativa

4.6. Población – Muestra

Población

La población es una asociación definida por características similares y de acuerdo a una misma realidad, y la población de este estudio estuvo constituida por 106 historias clínicas de pacientes gestantes que dieron a luz parto prematuro. que fueron atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto – 2020.

Muestra

La muestra incluyó historias clínicas de 41 pacientes prematuros. Debido a que la población es pequeña, procesamos todas las historias clínicas, por lo que se denomina muestra, utilizando cada ejemplar como unidad de análisis.

Para determinar el tamaño de muestra no se utilizó la fórmula estadística, se tuvo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión de una población de 116 historias de pacientes gestantes que dieron a luz parto prematuro de recién nacidos con edad gestacional (EG) menor de 37 semanas al momento del nacimiento que fueron atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto – 2020, nacidos entre el 1 de enero al 31 de diciembre del 2020, de un total de 116 historias clínicas de prematuros nacidos durante el periodo de estudio, se excluyeron 75 historias clínicas por datos incompletos.

Criterios de inclusión:

- Historia Clínica de paciente con parto prematuro mayor de 18 años y menores de 35 años, atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto durante el año 2020.
- Historia clínica completa de paciente con parto prematuro.

Criterios de exclusión:

- Historia clínica de pacientes prematuras con anomalías uterinas diagnosticadas (hipoplasia cervical, miomas que deforman la cavidad endometrial, útero bicorne).
- Historia clínica de pacientes prematuros con embarazos múltiples. - Historia clínica de pacientes prematuros con mortinatos.

- Historia clínica de pacientes prematuros cuyos productos del parto presenten anomalías congénitas incompatibles con la vida.
- Historia clínica de paciente con parto prematuro con historia de traumatismo o cirugías en el último trimestre.

4.7. Técnicas e instrumentos de recolección de información

Técnica

Este estudio utilizó la observación como técnica y herramienta de recolección de datos, para esta variable se utilizó un formulario de recolección de datos (Anexo 1), que consta de ítems que contienen diferentes aspectos para identificar los factores maternos relacionados con el parto.

Instrumento

La herramienta utilizada fue una tabla de recolección de datos obtenida de los autores Sánchez, K. (19) 2016 (Apéndice 2).

Ficha técnica

- Nombre: Factores de riesgo asociados a parto pretérmino
- Autor: Sánchez, K.
- Año: 2015.
- Procedencia: Trujillo - Perú
- Administración: colectiva.
- Tiempo de administración: entre 15 a 20 minutos o sin límite de tiempo.
- Número de ítems: 9.
- Dirección del ítem: directo.
- Variable 1: Parto prematuro.
- Variable 2: Factores de Riesgo

Validación:

El instrumento fue validado por 3 licenciados con grado de maestría, expertos en la materia.

Confiabilidad:

La confiabilidad del instrumento se realizó mediante alfa de Cronbach.

Recolección de datos

Plan de recolección de datos

- **Primer momento:** Se coordinó con las autoridades del establecimiento de salud a fin de obtener la autorización y los permisos respectivos.
- **Segundo momento:** Se aplicó los instrumentos el cual se llevó a cabo en la institución de estudio.
- **Tercer momento:** Posterior a la obtención de datos, se realizó la tabulación de datos y se presentó en tablas de frecuencia.

4.8. Técnicas de análisis y procesamiento de datos

Se obtuvieron los datos de las historias clínicas. Estos se almacenaron en una base de datos de Microsoft Excel®. Para el procesamiento de la información se utilizó el programa estadístico SPSS IBM versión 26, la cual fue presentada en forma tabular y numérica de frecuencias y porcentajes. Para comprobar la hipótesis se utilizó la prueba de χ^2 con un nivel de significación de $p < 0,05$.

V. RESULTADOS

5.1. Presentación de los resultados

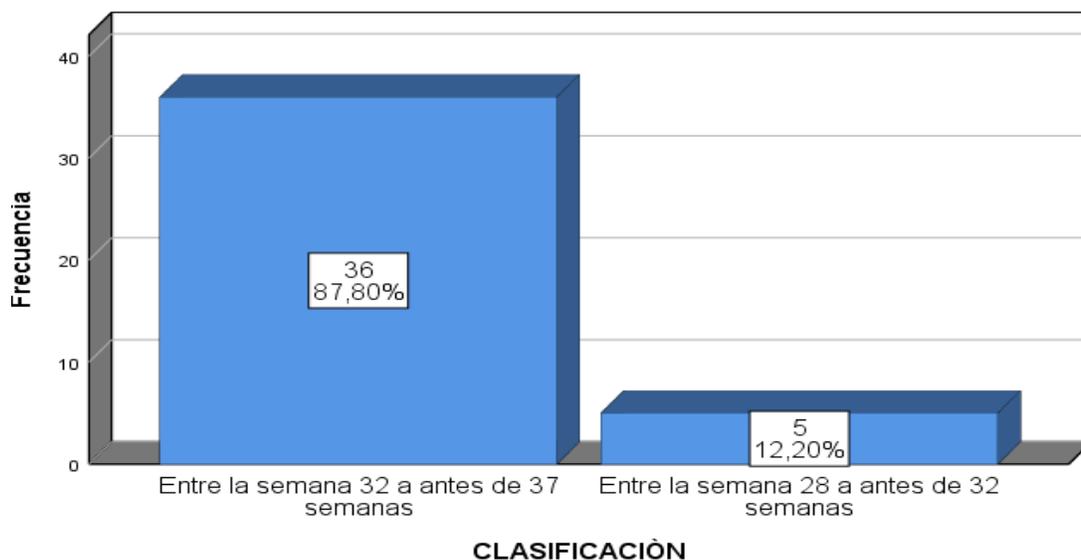
En el presente capítulo se presentan los resultados en tablas y gráficos que provienen de la encuesta realizada como parte del trabajo de investigación:

Tabla 1: Clasificación de parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
Entre la semana 22 a antes de 28 semanas	0	0.00%
Entre la semana 29 a antes de 32 semanas	5	12.20%
Entre la semana 33 a antes de 37 semanas	36	87.80%
Total	41	100 %

Fuente: Desarrollo de Instrumento.

Figura 1: Clasificación de parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.



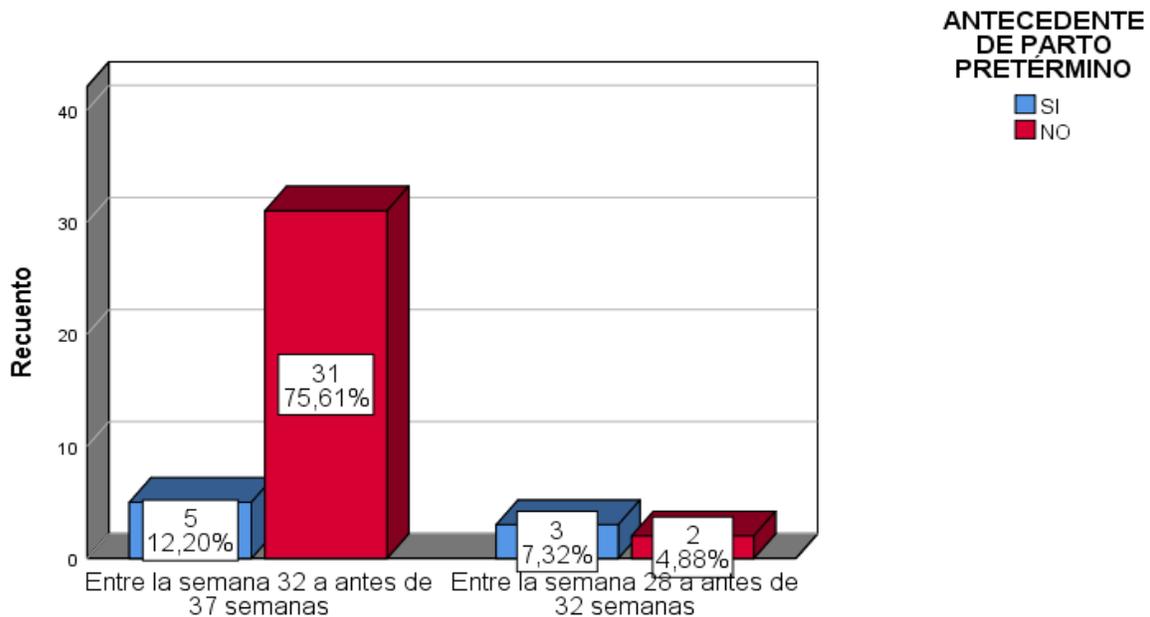
Fuente: Desarrollo de Instrumento.

Tabla 2: Relación entre factor de riesgo antecedente y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

Clasificación		Antecedentes		Total
		Si	No	
Entre la semana 33 a antes de 37 semanas	Frecuencia	5	31	36
	Porcentaje	12,2%	75,6%	87,8%
Entre la semana 28 a antes de 32 semanas	Frecuencia	3	2	5
	Porcentaje	7,3%	4,9%	12,2%
Total	Frecuencia	8	33	41
	Porcentaje	19,5%	80,5%	100,0%

Fuente: Desarrollo de Instrumento.

Figura 2: Relación entre factor de riesgo antecedente y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.



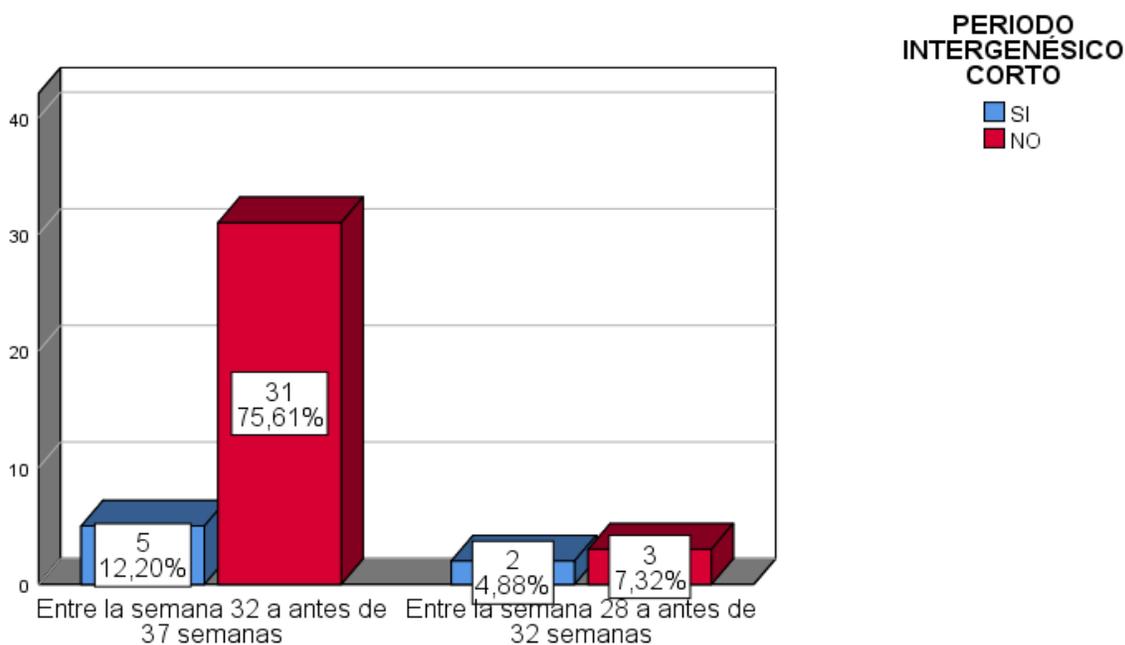
Fuente: Desarrollo de Instrumento.

Tabla 3: Relación entre el factor de riesgo periodo intergenésico corto y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

Clasificación		Periodo intergenésico corto		Total
		Si	No	
Entre la semana 33 a antes de 37 semanas	Frecuencia	5	31	36
	Porcentaje	12,2%	75,6%	87,8%
Entre la semana 28 a antes de 32 semanas	Frecuencia	2	3	5
	Porcentaje	4,9%	7,3%	12,2%
Total	Frecuencia	7	34	41
	Porcentaje	17,1%	82,9%	100,0%

Fuente: Desarrollo de Instrumento.

Figura 3: Relación entre el factor de riesgo periodo intergenésico corto y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.



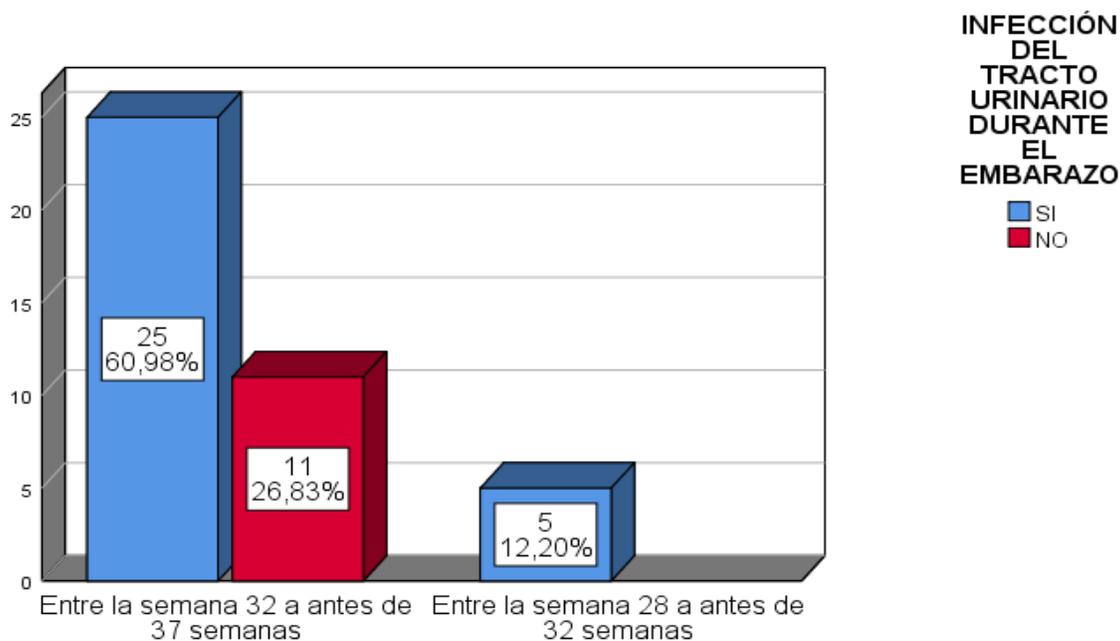
Fuente: Desarrollo de Instrumento.

Tabla 4: Relación entre el factor de riesgo infección del tracto urinario y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

Clasificación		ITU		Total
		Si	No	
Entre la semana 33 a antes de 37 semanas	Frecuencia	25	11	36
	Porcentaje	61,0%	26,8%	87,8%
Entre la semana 28 a antes de 32 semanas	Frecuencia	5	0	5
	Porcentaje	12,2%	0,0%	12,2%
Total	Frecuencia	30	11	41
	Porcentaje	73,2%	26,8%	100,0%

Fuente: Desarrollo de Instrumento.

Figura 4: Relación entre el factor de riesgo infección del tracto urinario y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.S



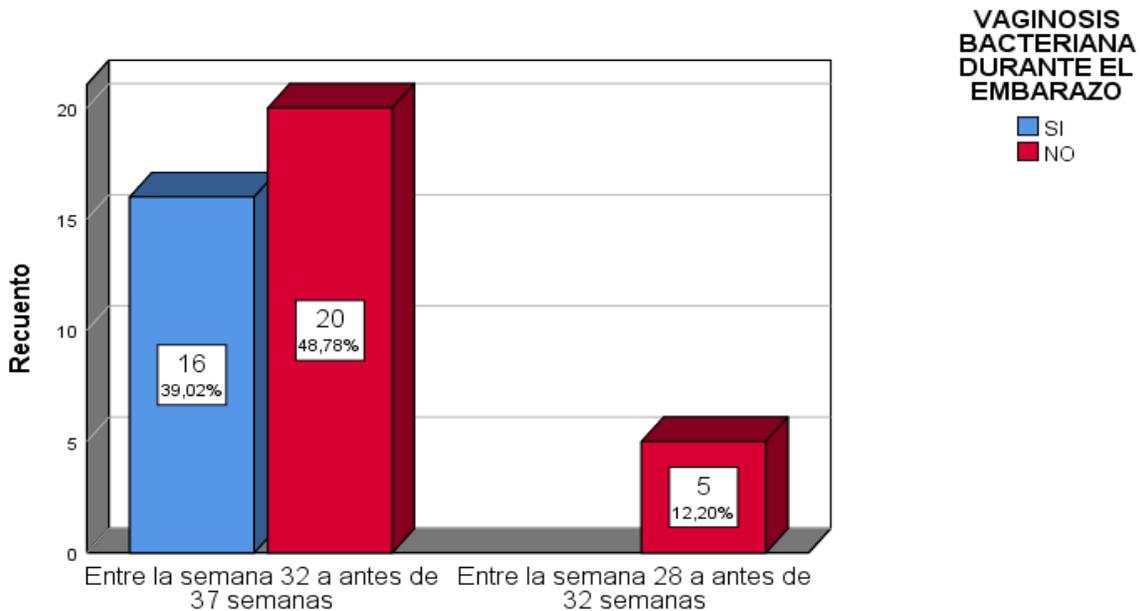
Fuente: Desarrollo de Instrumento.

Tabla 5: Relación entre el factor de riesgo vaginosis bacteriana y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

Clasificación		Vaginosis Bacteriana		Total
		Si	No	
Entre la semana 33 a antes de 37 semanas	Frecuencia	16	20	36
	Porcentaje	39,0%	48,8%	87,8%
Entre la semana 28 a antes de 32 semanas	Frecuencia	0	5	5
	Porcentaje	0,0%	12,2%	12,2%
Total	Frecuencia	16	25	41
	Porcentaje	39,0%	61,0%	100,0%

Fuente: Desarrollo de Instrumento.

Figura 5: Frecuencia de factor de riesgo vaginosis bacteriana durante el embarazo asociados a parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.



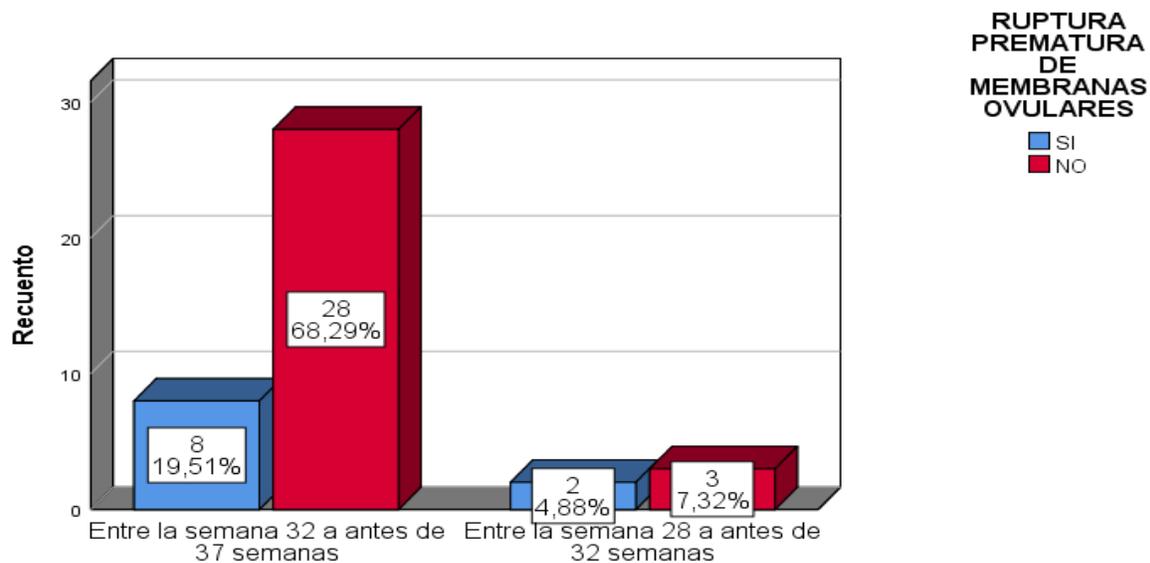
Fuente: Desarrollo de Instrumento.

Tabla 6: relación entre el factor de riesgo ruptura prematura de membrana y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

Clasificación		PRM		Total
		Si	No	
Entre la semana 33 a antes de 37 semanas	Frecuencia	8	28	36
	Porcentaje	19,5%	68,3%	87,8%
Entre la semana 28 a antes de 32 semanas	Frecuencia	2	3	5
	Porcentaje	4,9%	7,3%	12,2%
Total	Frecuencia	10	31	41
	Porcentaje	24,4%	75,6%	100,0%

Fuente: Desarrollo de Instrumento.

Figura 6: relación entre el factor de riesgo ruptura prematura de membrana y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

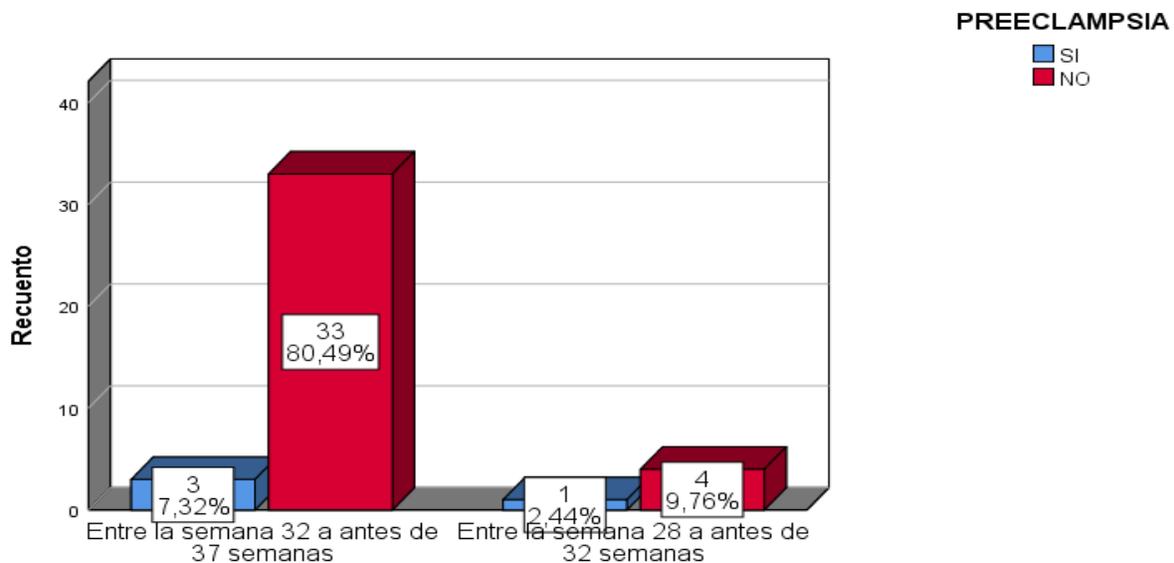


Fuente: Desarrollo de Instrumento.

Clasificación		Pre eclampsia		Total
		Si	No	
Entre la semana 32 a antes de 37 semanas	Frecuencia	3	33	36
	Porcentaje	7,3%	80,5%	87,8%
Entre la semana 28 a antes de 32 semanas	Frecuencia	1	4	5
	Porcentaje	2,4%	9,8%	12,2%
Total	Frecuencia	4	37	41
	Porcentaje	9,8%	90,2%	100,0%

Fuente: Desarrollo de Instrumento.

Figura 7: Relación entre el factor de riesgo preclamsia y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.



Fuente: Desarrollo de Instrumento.

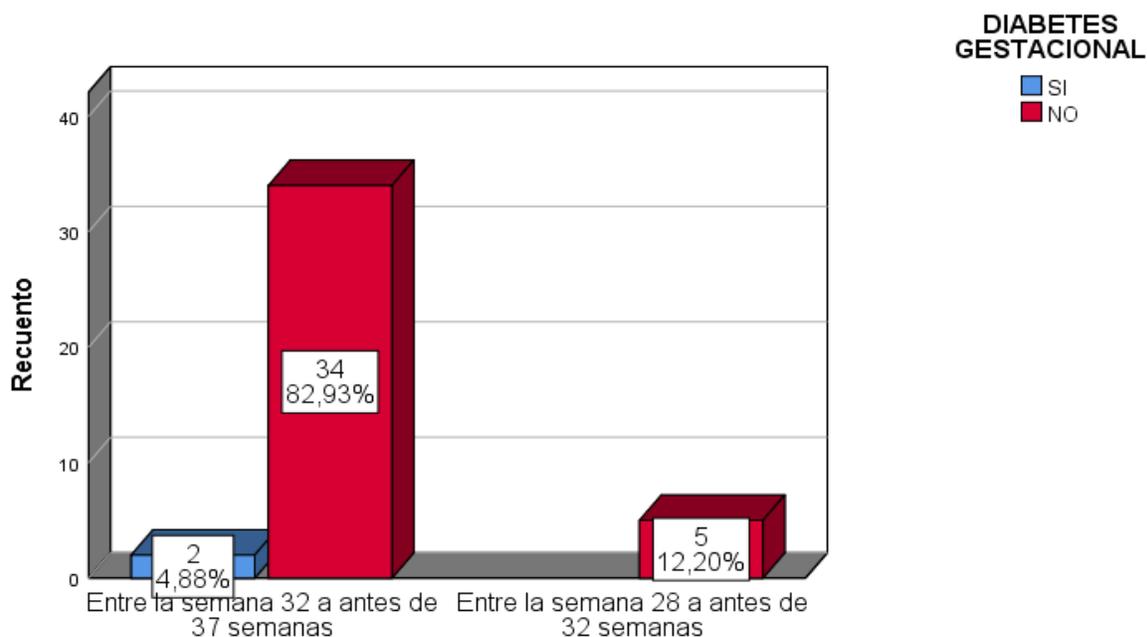
En la tabla y figura 7, se observa que no predomina el factor de riesgo Pre eclampsia, con el 80,49% (n=33), seguido de si presenta Pre eclampsia con el 7,32% (n=3).

Tabla 8: Relación entre el factor de riesgo diabetes gestacional y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

Clasificación		Diabetes Gestacional		Total
		Si	No	
Entre la semana 32 a antes de 37 semanas	Frecuencia	2	34	36
	Porcentaje	4,9%	82,9%	87,8%
Entre la semana 28 a antes de 32 semanas	Frecuencia	0	5	5
	Porcentaje	0,0%	12,2%	12,2%
Total	Frecuencia	2	39	41
	Porcentaje	4,9%	95,1%	100,0%

Fuente: Desarrollo de Instrumento.

Figura 8: Relación entre el factor de riesgo diabetes gestacional y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.



Fuente: Desarrollo de Instrumento.

En la tabla y figura 8, se observa que no predomina el factor de riesgo diabetes gestacional, con el 82,93% (n=34), seguido de si presenta diabetes gestacional con el 4,88% (n=2).

5.2. Análisis de los Resultados

Prueba de Hipótesis

Hipótesis específicas 2:

1º planteamiento de hipótesis

Ha: Existe relación entre factor de riesgo antecedente y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

Ho: No existe relación entre factor de riesgo antecedente y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

2º estadístico de prueba: Chi cuadrado

3º resultado

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,944a	1	,015
Corrección de continuidad	3,370	1	,066
Razón de verosimilitud	4,730	1	,030
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	5,799	1	,016
N de casos válidos	41		

Mediante la prueba de chi-cuadrado, no se observó una asociación significativa entre los factores de riesgo previos y el parto prematuro ($p = 0,015$), donde no predominaron los factores de riesgo previos. Por lo tanto, se rechazó la hipótesis alternativa y se probó la hipótesis alternativa específica 2 de la hipótesis nula, la cual demostró que existe relación entre los factores de riesgo previos y el parto prematuro en gestantes del II Hospital MINSA Tarapoto - 2020.

Hipótesis específicas 3:

1º planteamiento de hipótesis

Ha: Existe relación entre el factor de riesgo periodo intergenésico corto y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

Ho: No existe relación entre el factor de riesgo periodo intergenésico corto y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

2º estadístico de prueba: Chi cuadrado

3º resultado

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,114a	1	,146
Razón de verosimilitud	1,736	1	,188
Asociación lineal por lineal	2,063	1	,151
N de casos válidos	41		

Mediante la prueba de chi-cuadrado, no se observó una asociación significativa entre los factores de riesgo de intervalo intergenésico corto y el parto prematuro ($p = 0,146$), y los factores de riesgo de intervalo intergenésico corto no fueron dominantes en el 75,61 %. Por lo tanto, se aceptó la hipótesis nula y se confirmó la hipótesis nula específica 3, la cual demostró que no existe relación entre los factores de riesgo de intervalo intergenésico corto y parto pretérmino en gestantes del Hospital II MINSA Tarapoto - 2020.

Hipótesis específicas 4:

1º planteamiento de hipótesis

Ha: Existe relación entre el factor de riesgo infección del tracto urinario y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

Ho: No existe relación entre el factor de riesgo infección del tracto urinario y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

2º estadístico de prueba: Chi cuadrado

3º resultado

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,088 ^a	1	,004
Razón de verosimilitud	3,371	1	,066
Asociación lineal por lineal	2,037	1	,154
N de casos válidos	41		

Mediante la prueba de chi-cuadrado se observó una asociación significativa entre el factor de riesgo de ITU y parto pretérmino ($p = 0,004$), predominando el factor de riesgo de ITU en un 60,98%.

Por lo tanto, se rechazó la hipótesis nula, confirmándose las 4 hipótesis alternativas específicas, las cuales demostraron la relación entre el factor de riesgo infección del tracto urinario y parto pretérmino en gestantes en el Hospital II MINSA Tarapoto - 2020.

Hipótesis específicas 5:

1º planteamiento de hipótesis

Ha: Existe relación entre el factor de riesgo vaginosis bacteriana y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

Ho: No existe relación entre el factor de riesgo vaginosis bacteriana y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

2º estadístico de prueba: Chi cuadrado

3º resultado

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,644a	1	,056
Razón de verosimilitud	5,385	1	,020
Asociación lineal por lineal	3,556	1	,059
N de casos válidos	41		

Mediante la prueba de chi-cuadrado se observó que no hubo asociación significativa entre factores de riesgo para vaginosis bacteriana y parto pretérmino ($p = 0.056$) en gestantes del Hospital II - 2 MINSA Tarapoto - 2020, donde no se encontraron factores de riesgo para vaginosis en su mayoría bacterias, que constituyen el 48,78%. Por lo tanto, se rechazó la hipótesis alternativa y se aceptó la hipótesis nula, no existió relación entre el factor de riesgo vaginosis bacteriana y el parto prematuro en gestantes del Hospital II - 2 MINSA

Hipótesis específicas 6:

1º planteamiento de hipótesis

Ha: Existe relación entre el factor de riesgo ruptura prematura de membrana y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

Ho: No existe relación entre el factor de riesgo ruptura prematura de membrana y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

2º estadístico de prueba: Chi cuadrado

3º resultado

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,752 ^a	1	,386
Razón de verosimilitud	,685	1	,408
Asociación lineal por lineal	,734	1	,392
N de casos válidos	41		

Mediante la prueba de chi-cuadrado se observó una asociación significativa ($p = 0.386$) entre los factores de riesgo de ruptura prematura de membranas y parto pretérmino en gestantes del Hospital II - 2 MINSA Tarapoto - 2020, donde el factor de riesgo no fue dominante. El riesgo de rotura prematura de membranas fue del 68,29%. Por lo tanto, se rechazó la hipótesis alternativa y se probó la hipótesis nula específica nula.

Hipótesis específicas 7:

1º planteamiento de hipótesis

Ha: Existe relación entre el factor de riesgo pre eclampsia y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

Ho: No existe relación entre el factor de riesgo pre eclampsia y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

2º estadístico de prueba: Chi cuadrado

3º resultado

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,679	1	,410
Razón de verosimilitud	,558	1	,455
Asociación lineal por lineal	,662	1	,416
N de casos válidos	41		

Mediante la prueba de chi-cuadrado se encontró una correlación significativa ($p = 0.410$) entre el factor de riesgo preeclampsia y el parto prematuro en gestantes del Hospital II - 2 MINSA Tarapoto - 2020, donde el factor de riesgo preeclampsia no predominó al 80,49%. Por lo tanto, se rechazó la hipótesis alternativa y se probó la hipótesis nula específica 7, la cual demostró que no existe relación entre el factor de riesgo de preeclampsia y parto prematuro en gestantes del II Hospital MINSA Tarapoto - 2020.

Hipótesis específicas 8:

1º planteamiento de hipótesis

Ha: Existe relación entre el factor de riesgo diabetes gestacional y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

Ho: No existe relación entre el factor de riesgo diabetes gestacional y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

2º estadístico de prueba: Chi cuadrado

3º resultado

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,292	1	,589
Razón de verosimilitud	,534	1	,465
Asociación lineal por lineal	,285	1	,594
N de casos válidos	41		

Mediante la prueba de chi-cuadrado se encontró una correlación significativa ($p = 0.589$) entre los factores de riesgo para diabetes gestacional y parto pretérmino en gestantes del Hospital II - 2 MINSA Tarapoto - 2020, donde los factores de riesgo para diabetes gestacional no fueron dominantes. hasta el 82,93%. Por lo tanto, se rechazó la hipótesis alternativa, confirmándose la hipótesis nula específica 8, la cual indicó que no existe relación entre los factores de riesgo de diabetes gestacional y parto pretérmino en gestantes del II Hospital MINSA Tarapoto - 2020.

5.2. Interpretación de resultados

- En la tabla y figura 2, se observa en la clasificación entre la semana 32 antes de 37 semanas, donde no predomina el factor de riesgo antecedente, con el 75,61% ($n=31$), seguido de si presenta periodo intergenésico corto con el 12.20% ($n=5$).
- En la tabla y figura 3, se observa que no predomina el factor de riesgo periodo intergenésico corto, con el 75,61% ($n=31$), seguido de si presenta periodo intergenésico corto con el 12.20% ($n=5$).

- En la tabla y figura 4, se observa que predomina el factor de riesgo infección del tracto urinario, con el 60,98% (n=25), seguido de si presenta infección del tracto urinario con el 26,83% (n=11).
- En la tabla y figura 5, se observa que no predomina el factor de riesgo vaginosis bacteriana, con el 48,78% (n=20), seguido de si presenta vaginosis bacteriana con el 39,02% (n=16).
- En la tabla y figura 6, se observa que no predomina el factor de riesgo ruptura prematura de membrana, con el 68,29% (n=28), seguido de si presenta ruptura prematura de membrana con el 19,51% (n=8).

5.3. Discusión de resultados

Los datos que se obtuvieron en el presente estudio de investigación, se contrastaron con lo obtenido de Flores G. ⁽¹⁵⁾ donde predominó 85% pre términos moderados a tardíos (32-37 semanas); 12% muy prematuros (28 a 32 semanas). Dentro del ámbito internacional; los autores Kelkay B. et al ⁽¹²⁾ en Etiopia, donde con una muestra de 325 madres, presentaron aborto previo (OR = 2,37: IC 95%; 1,15-4,88) y antecedente de parto con bajo peso al nacer (OR: 2,78 IC 95%; 1,39-5,55) fueron los factores estadísticamente asociados con el parto prematuro único. También Vásquez, M. ⁽¹³⁾ en Cuenca – Ecuador con El riesgo de parto prematuro fue del 21,4 % y se asoció con infección del tracto urinario, rotura prematura de membranas y preeclampsia. En EEUU kunpalin Y et al. ⁽⁹⁾ con una muestra de 267 mujeres embarazadas. Resultados: 32,2% fueron parto prematuro, donde la presencia de ITU antes del cerclaje se asocia a parto prematuro. Los autores concluyeron: “La presencia de una ITU antes del cerclaje cervical se asocia con una mayor tasa de PTB en mujeres que reciben un cerclaje cervical”. También en España Hidalgo P. et al ⁽¹¹⁾ con una muestra de 331.449, historias clínicas de parto prematuro. Resultado: Tasa de nacimiento 6,7%, bajo peso al nacer 7,3%. Predomino edad materna ≤ 19 años, madres inmigrantes, nivel educativo ≤ estudios secundarios y mujeres que viven en grandes ciudades. Yangzhou Jiangsu, China. Resultado: Edad materna 25 a 29 años (casos 39.01%, controles 53,99), hipertensión gestacional (casos 13,77%,

controles 2,73%), ruptura prematura de membrana (casos 35,33%, controles 13,21%).

Dentro del ámbito nacional los autores Flores G. ⁽¹⁵⁾, De estos, el 2 % fueron muy prematuros (<28 semanas), el 12 % fueron muy prematuros (28 a 32 semanas) y el 85 % fueron prematuros moderados o tardíos (32 a 37 semanas). y Valderrama D. ⁽¹⁶⁾ En el Hospital General de Jaén los factores sociodemográficos de las gestantes fueron: gestantes menores de 35 años, de zona rural, solteras y sin estudios. Entre los factores de riesgo para parto pretérmino, tenemos una mayor prevalencia, una de las enfermedades clínicas de riesgo y sistémicas es: edema de extremidades inferiores e infección de vías urinarias.

Yangzhou, Jiangsu, China. Resultados: La edad materna fue de 25-29 años (casos 39,01%, controles 53,99), hipertensión gestacional (casos 13,77%, controles 2,73%), rotura prematura de membranas (casos 35,33%, controles 13,21%) mayor de 35 años.

Antecedente local, Rengifo S. ⁽²¹⁾ Los factores asociados con el parto prematuro fueron atención prenatal inadecuada; infección del tracto urinario o para bacteriosis; (1426 a 4269), valor p 0,005, RPM frente a OR=3389 CI (1612-7125), valor p 0,003. León, E. ⁽²²⁾ los factores de riesgo maternos, procedencia rural 61,6%, estado familiar 68,8%, educación secundaria 59,8%, ausencia de malos hábitos para el 75,9%. Los factores de riesgo al nacimiento: primípara 74,1%, primípara 85,7%, sin antecedentes de parto prematuro 94,6%, sin antecedentes de aborto espontáneo 87,5%, control prenatal adecuado 69,6%, sin anemia 44,6%, sin infección urinaria 69,6%, sin preeclampsia 81,3 % de los pacientes no eran eclámpticos y el 96,4% no eran eclámpticos. Los factores de riesgo placentarios fueron: 100% sin placenta previa, 99,1% sin desprendimiento de placenta y 78,6% sin ruptura prematura de membranas.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Podemos concluir de acuerdo a los resultados de la prueba de hipótesis específica 2, que no existe relación entre factor de riesgo antecedente y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.
- Del mismo modo podemos concluir que no Existe relación entre el factor de riesgo periodo intergenésico corto y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.
- Para la prueba de hipótesis específica 4 podemos concluir que no existe relación entre el factor de riesgo infección del tracto urinario y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.
- Con relación a la prueba de hipótesis específica 5 podemos concluir que no existe relación entre el factor de riesgo vaginosis bacteriana y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.
- Con relación a la prueba de hipótesis específica 6 podemos concluir que no existe relación entre el factor de riesgo ruptura prematura de membrana y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.
- Con relación a la prueba de hipótesis específica 7 podemos concluir que no Existe relación entre el factor de riesgo pre eclampsia y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.
- Con relación a la prueba de hipótesis específica 8 podemos concluir que no existe relación entre el factor de riesgo diabetes gestacional y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.

RECOMENDACIONES

- **Primera:** Se recomienda a los directores del hospital. personal técnico tomar en cuenta los resultados de la presenta investigación, para lograr identificar la relación entre los factores de riesgo antecedente y parto prematuro en las gestantes que acuden al centro hospitalario para hacer sus controles, y hacerles un adecuado seguimiento con la finalidad de identificar dichos factores de riesgo antecedente y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.
- **Segunda:** Se recomienda a los directores del hospital. personal técnico tomar en cuenta los resultados de la presenta investigación, para lograr identificar la relación entre los factores de riesgo periodo intergenésico corto y parto prematuro en las gestantes que acuden al centro hospitalario para hacer sus controles, y hacerles un adecuado seguimiento con la finalidad de identificar dichos factores de riesgo de periodo intergenésico corto y parto prematuro.
- **Tercera:** Se recomienda a los directores del hospital. personal técnico tomar en cuenta los resultados de la presenta investigación, para lograr identificar la relación entre los factores de riesgo infección del tracto urinario y parto prematuro en las gestantes que acuden al centro hospitalario para hacer sus controles, y hacerles un adecuado seguimiento con la finalidad de identificar dichos factores de factor de riesgo infección del tracto urinario y parto prematuro.
- **Cuarta:** Se recomienda a los directores del hospital. personal técnico tomar en cuenta los resultados de la presenta investigación, para lograr identificar la relación entre los factores de riesgo vaginosis bacteriana y parto prematuro en las gestantes que acuden al centro hospitalario para hacer sus controles, y hacerles un adecuado seguimiento con la finalidad de identificar dichos factores de factor de riesgo vaginosis bacteriana y parto prematuro.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Donoso B, Oyarzún E. *Parto prematuro según Organización Mundial de la Salud*. Medwave 2012 Sep;12(8):e5477, <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5477>
2. Laterra C, Susacasa S, Di M, Valenti E. *Guía de práctica clínica: Amenaza de Parto Pretérmino*. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá. 2011; 31(1): 25-40
3. CENETEC. *Prevención, diagnóstico y tratamiento del parto pretérmino. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica*. México, CENETEC; 2017. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-063-08/ER.pdf>
4. Organización médica colegial de España. *La OMS alerta del aumento de partos prematuros*. 10 de marzo del 2019. <http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-oms-alerta-del-aumento-de-partos-prematuros>
5. Organización Mundial de la Salud. *Nacimientos prematuros*. 19—02-2018. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birthBekbme>
6. Guadalupe S. *Factores de Riesgo asociado a parto Pre término en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del hospital María Auxiliadora durante el año 2015*. Tesis de pre grado. Universidad Ricardo Palma. http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/1027/1/Guadalupe%20Huam%C3%A1n%20Shessira%20Miluzka_2017.pdf
7. Sánchez, et al. *Boletín Estadístico De Nacimientos Perú: 2015*. Edición especial 2016. cited 2 March 2018]. Available from: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf
8. Quirós et al. *Amenaza de Parto Pretérmino*. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD*. Año 2016 Vol 1 No 1. Pp: 75 – 80. [cited 2 March 2018]. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr161h.pdf>
9. kunpalin Y. *Factores asociados con el parto prematuro en mujeres sometidas a cerclaje cervical Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. Agosto de 2020; 251: 141-

145. doi: 10.1016 / j.ejogrb.2020.05.027. Epub 2020 16 de mayo. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32505054/>
10. Teixeira R, Guilherme J. *Una revisión integral e integral de los factores asociados con el parto prematuro espontáneo, su prevención y predicción, incluidos los marcadores metabólicos en el año 2020*. Rev Brus Ginecol Obstet. Enero de 2020; 42 (1): 51-60. doi: 10.1055 / s-0040-1701462. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32107766/>
11. Hidalgo P, et al. *Factores sociodemográficos asociados con el parto prematuro y el bajo peso al nacer: un estudio transversal*. Diciembre de 2019; 32 (6): e538-e543. doi: 10.1016 / j. wombi.2019.03.014. Epub 2019 9 de abril. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30979615/>
12. Kelkay B, et al. *Factores asociados con el parto prematuro único en el Hospital General Shire Suhul, norte de Etiopía, 2018*. J Embarazo. 8 de mayo de 2019; 2019: 4629101. doi: 10.1155 / 2019/4629101. eCollection 2019. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31205788/>
13. Vásquez M. *Prevalencia de Amenaza de Parto Pretérmino y Factores Asociados, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca – Ecuador 2018*. Tesis de Post grado. Universidad De Cuenca. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/31943/1/Tesis.pdf>
14. Jiang M, et al. *Un estudio de casos y controles de los factores de riesgo y los resultados neonatales del parto prematuro*. Taiwán J Obstet Gynecol . Diciembre de 2018; 57 (6): 814-818. doi: 10.1016 / j.tjog.2018.10.008. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30545533/>
15. Flores G. *Factores asociados a parto pre término en gestantes con COVID-19 en el Hospital Regional del Cusco, en el año 2020-2021*. 2021. Tesis de pre grado. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. Disponible en: http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/5776/253T20210102_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Valderrama D. *Factores de riesgo asociados al parto pre término en gestantes del Hospital General de Jaén, 2018*. Año 2021. Tesis pre grado. Universidad Nacional de Cajamarca. Disponible en:

<https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/4029/TESIS%20DIANA%20VALDERRAMA%20CUBAS.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

17. Flores J. *Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna* – MINSA, 2017 – 2018. Año 2021. Tesis de pregrado. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Disponible en: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3997/1780_2020_florez_condori_jl_facsc_medicina_humana.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. Rodríguez Y. *Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, El Agustino. Perú.* Tesis de pregrado. Universidad de San Martín de Porres. Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2503794>
19. Sánchez K. *Factores de riesgo asociados a parto pretérmino hospital Belén de Trujillo.* 2012 – 2014. Tesis para optar el grado de bachiller en medicina. Universidad nacional de Trujillo. 2016.
20. Ortiz P. *Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en madres atendidas en el Hospital San José del Callao 2017.* Año 2021. Tesis de pregrado. Universidad de San Martín de Porres. Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2507322>
21. Paredes M. *Factores de riesgo materno asociados a parto prematuro en el Hospital Regional “Manuel Nuñez Butron” – Puno, enero – diciembre 2018.* Tesis de pregrado. Universidad Nacional del Altiplano. Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2363937>
22. Rengifo S. *Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital II – 2 Tarapoto. octubre 2017 – octubre 2018.* Tesis de pre grado. Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto. Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2429732>
23. León E. *Incidencia de los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital II-2-Tarapoto, Agosto 2016 – Julio 2017*

ANEXOS

Anexo 1:
Matriz de consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
PROBLEMA PRINCIPAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLE INDEPENDIENTE	TIPO DE INVESTIGACIÓN
¿Cuáles son los factores de riesgos asociados a parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto - 2020?	Determinar los factores de riesgo asociados a parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.	Los factores de riesgo están asociados a parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.	factores de riesgo	Según su finalidad: Investigación aplicada; Según su alcance temporal: Investigación Transversal. Según el enfoque de la investigación: Cuantitativo.
PROBLEMAS SECUNDARIOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS SECUNDARIAS	VARIABLE DEPENDIENTE	TECNICAS E INSTRUMENTOS
P.E.1: ¿Cuál es la clasificación de parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020?	O.E.1: Identificar la clasificación de parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020. O.E.2: Identificar la relación entre factor de riesgo antecedente y parto	H.E.1: Existe clasificación de parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020. H.E.2: Existe relación entre factor de riesgo antecedente y parto prematuro en	parto prematuro	Técnica: Encuesta Instrumentos: VI: Guía de observación VD: Guía de observación

<p>P.E.2: ¿Cuál es la relación entre factor de riesgo antecedente y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020?</p>	<p>prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.</p>	<p>pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.</p>		<p>Población: 41 Muestra:41</p>
<p>P.E.3: ¿Cuál es la relación entre el factor de riesgo periodo intergenésico corto y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020?</p>	<p>O.E.3: Identificar la relación entre el factor de riesgo periodo intergenésico corto y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.</p>	<p>H.E.3: Existe relación entre el factor de riesgo periodo intergenésico corto y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.</p>		
<p>P.E.4: ¿Cuál es la relación entre el factor de riesgo infección del tracto urinario y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020?</p>	<p>O.E.4: Identificar la relación entre el factor de riesgo infección del tracto urinario y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.</p>	<p>H.E.4: Existe relación entre el factor de riesgo infección del tracto urinario y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.</p>		
<p>P.E.5: ¿Cuál es la relación entre el factor de riesgo vaginosis bacteriana y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020?</p>	<p>O.E.5: Identificar la relación entre el factor de riesgo vaginosis bacteriana y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.</p>	<p>H.E.5: Existe relación entre el factor de riesgo vaginosis bacteriana y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.</p>		
	<p>O.E.6: Identificar la relación entre el factor de riesgo ruptura prematura de membrana y parto prematuro en</p>	<p>H.E.6: Existe relación entre el factor de riesgo ruptura prematura de membrana y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.</p> <p>H.E.7: Existe relación entre el factor de riesgo pre eclampsia y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto – 2020.</p>		

<p>gestantes en el Hospital II – 2 MINSa Tarapoto – 2020?</p> <p>P.E.6: ¿Cuál es la relación entre el factor de riesgo ruptura prematura de membrana y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSa Tarapoto – 2020?</p> <p>P.E.7: ¿Cuál es la relación entre el factor de riesgo pre eclampsia y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSa Tarapoto – 2020?</p> <p>P.E.8: ¿Cuál es la relación entre el factor de riesgo diabetes gestacional y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSa Tarapoto – 2020?</p>	<p>pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSa Tarapoto – 2020.</p> <p>O.E.7: Identificar la relación entre el factor de riesgo pre eclampsia y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSa Tarapoto – 2020.</p> <p>O.E.8: Identificar la relación entre el factor de riesgo diabetes gestacional y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSa Tarapoto – 2020.</p>	<p>H.E.8: Existe relación entre el factor de riesgo diabetes gestacional y parto prematuro en pacientes gestantes en el Hospital II – 2 MINSa Tarapoto – 2020.</p>		
---	--	--	--	--

Anexo 2:
Instrumento de Medición
FICHA DE RECOLECCIÓN

N° HC: _____

Diagnóstico de parto pretérmino: SI () NO ()

ANTECEDENTES:

- | | | |
|---|--------|--------|
| 1. Control prenatal inadecuado. | SI () | NO () |
| 2. Antecedente de parto pretérmino. | SI () | NO () |
| 3. Periodo intergenésico corto. | SI () | NO () |
| 4. Infección del tracto urinario durante el embarazo. | SI () | NO () |
| 5. Vaginosis bacteriana durante el embarazo. | SI () | NO () |
| 6. Ruptura prematura de membranas ovulares. | SI () | NO () |
| 7. Preeclampsia. | SI () | NO () |
| 8. Diabetes gestacional. | SI () | NO () |

Fuente: tomada y adaptada de: Sánchez Pacheco KN. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino hospital Belén de Trujillo. 2012 – 2014. Tesis para optar el grado de bachiller en medicina. Universidad nacional de Trujillo. 2016.



Anexo 3:

Ficha de Validación Juicio de Expertos

ANEXO 3
MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

AUTÓNOMA DE ICA
UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: **FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A PARTO PREMATURO EN PACIENTES GESTANTES EN EL HOSPITAL II - 2 MINSA TARAPOTO - 2020.**

Nombre del Experto: *Segundo Elías Zamora Silva*

II. ASPECTOS QUE VALIDAR EN EL INSTRUMENTO:

Aspectos Para Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas por corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	CUMPLE	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	CUMPLE	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	CUMPLE	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	CUMPLE	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	CUMPLE	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	CUMPLE	

Elaborado por: Dr. Gorgio Alexander Ajuje Cardenas Dr. Elio Javier Huamán Flores DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y PRODUCCIÓN INTELLECTUAL	Revisado por: Mg. Hilda Feiva Pachas DIRECCIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.	Aprobado por: Resolución de Consejo Universitario N° 155-2022-UAI-CUI/P de fecha 08.04.2022
--	--	--

7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	CUMPLE	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	CUMPLE	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	CUMPLE	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	CUMPLE	

III. OBSERVACIONES GENERALES

Apellidos y Nombres del validador: *Zamora Silva Segundo Elías*
 Grado académico: *Mag. en Docencia y Gestión Universitaria*
 N°. DNI: *00875076*

MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Título de la investigación: **FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A PARTO PREMATURO EN PACIENTES GESTANTES EN EL HOSPITAL II - 2 MINSA TARAPOTO - 2020.**

Nombre del Experto: Bertha Maria Mendoza Gutierrez

II. ASPECTOS QUE VALIDAR EN EL INSTRUMENTO:

Aspectos Para Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas por corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	CUMPLE	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	CUMPLE	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	CUMPLE	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	CUMPLE	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	CUMPLE	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	CUMPLE	

Elaborado por: Dr. Giorgio Alexander Aquije Cardenas Dr. Elio Javier Huaman Flores DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y PRODUCCIÓN INTELECTUAL	Revisado por: Mg. Hilda Félix Pachas DIRECCIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.	Aprobado por: Resolución de Consejo Universitario N° 155-2022-UAI-CLUP de fecha 08.04.2022
---	--	---



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Título de la investigación: **FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A PARTO PREMATURO EN PACIENTES GESTANTES EN EL HOSPITAL II - 2 MINSA TARAPOTO - 2020.**

Nombre del Experto: Llerio Clavel Torres Tuanama

II. ASPECTOS QUE VALIDAR EN EL INSTRUMENTO:

Aspectos Para Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas por corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	CUMPLE	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	CUMPLE	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	CUMPLE	

7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	CUMPLE	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	CUMPLE	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	CUMPLE	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	CUMPLE	

III. OBSERVACIONES GENERALES



Anexo 4:

Base de datos / Torres Tuanoma

Apellidos y Nombres del validador:
 Grado académico: *Maestra*
 N° DNI: 41453751

P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	Clasificación
1	1	2	2	1	2	2	2	2	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas
2	1	2	2	1	2	2	1	2	Entre la semana 28 a antes de 32 semanas
2	1	1	2	1	2	1	2	2	Entre la semana 28 a antes de 32 semanas
1	1	2	2	1	2	2	2	2	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas
1	1	2	2	1	2	1	2	2	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas
1	2	1	1	1	2	2	2	2	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas
1	1	2	2	1	1	2	2	2	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas
1	1	2	2	1	1	2	2	2	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas
1	2	1	2	1	2	1	1	2	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas
2	1	2	1	1	2	2	2	2	Entre la semana 28 a antes de 32 semanas

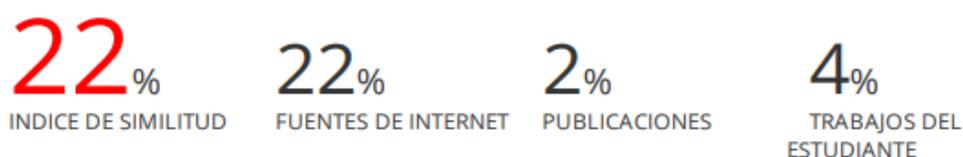
1	2	2	1	1	2	2	2	2	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas
1	1	2	2	1	1	2	2	2	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas
1	2	2	2	1	2	2	2	2	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas
2	1	1	1	1	2	2	2	2	Entre la semana 28 a antes de 32 semanas
1	1	2	2	1	2	1	2	2	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas
1	1	1	2	1	1	2	2	2	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas
1	1	2	1	1	2	2	2	2	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas
1	1	2	1	2	1	1	2	2	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas
1	1	2	2	2	2	2	1	2	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas
1	1	2	2	1	1	2	2	2	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas
1	1	1	2	2	1	2	2	2	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas
1	1	2	2	1	2	2	2	2	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas
1	1	1	1	2	2	2	2	2	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas
2	1	1	2	1	2	1	2	2	Entre la semana 28 a antes de 32 semanas
1	1	2	2	2	1	1	2	2	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas
1	1	2	2	1	1	2	2	1	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas
1	2	2	2	1	2	1	2	2	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas
1	2	2	2	1	2	2	1	2	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas
1	1	2	2	2	1	2	2	2	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas
1	1	2	2	1	2	2	2	2	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas
1	1	2	2	1	1	2	2	2	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas
1	1	2	2	2	1	2	2	2	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas
1	1	2	2	1	2	1	2	2	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas
1	1	2	2	1	1	2	2	2	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas
1	1	2	2	2	1	2	2	2	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas
1	1	2	2	2	1	2	2	2	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas
1	2	2	2	2	1	1	2	2	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas
1	1	2	2	2	2	2	2	1	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas
1	1	2	2	1	2	2	2	2	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas
1	1	2	2	1	1	2	2	2	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas
1	1	2	2	2	1	2	2	2	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas
1	2	2	2	2	2	2	2	2	Entre la semana 32 a antes de 37 semanas

Anexo 5:

Informe de Turnitin al 22% de similitud

**FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A PARTO PREMATURO EN
PACIENTES GESTANTES EN EL HOSPITAL II – 2 MINSA
TARAPOTO - 2020**

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unsm.edu.pe Fuente de Internet	5%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	5%
3	1library.co Fuente de Internet	2%
4	repositorio.autonomadeica.edu.pe Fuente de Internet	2%
5	publicaciones.usanpedro.edu.pe Fuente de Internet	2%
6	ikua.iiap.gob.pe Fuente de Internet	2%
7	scielosp.org Fuente de Internet	1%
8	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%



**Anexo 6:
Evidencia fotográfica**

