



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES DE RIESGO RELACIONADO A PARTO
PRETÉRMINO EN PACIENTES DEL HOSPITAL
CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. YAMEL BRANDON GALINDO ZEVALLOS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO CIRUJANO**

JULIACA - PERÚ

2026



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**FACTORES DE RIESGO RELACIONADO A PARTO
PRETÉRMINO EN PACIENTES DEL HOSPITAL
CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. YAMEL BRANDON GALINDO ZEVALLOS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE

: 
Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

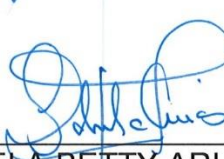
PRIMER MIEMBRO

: 
Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA

SEGUNDO MIEMBRO

: 
Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

ASESOR DE TESIS

: 
Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN : MEDICINA HUMANA - P09

RESOLUCIÓN DECANAL N° 159-2026-D-FCS-UANCV

Juliaca, 07 de Abril del 2026

VISTOS:

El Expediente N°2501-2026 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **FACTORES DE RIESGO RELACIONADO A PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024** por los jurados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de Medicina Humana

CONSIDERANDO:

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la *Facultad* de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad.

SE RESUELVE

PRIMERO: Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de: **MÉDICO CIRUJANO** del (la) bachiller **GALINDO ZEVALLOS YAMEL BRANDON** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes:

- * Presidente : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
- * 1er. Miembro : Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
- * 2do. Miembro : Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

- * Asesor (a) : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

SEGUNDO: Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

DIA : Miércoles 08 de Abril del 2026
HORA : 16:00 Horas
LOCAL : Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud

TERCERO: Realizado la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el Bachiller sustentante.

CUARTO: La Dirección de la Escuela Profesional de Medicina Humana la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.

DISTRIBUCIÓN:
- Jurados (3)
- Interesado (1)
- Asesor de Tesis (1)
- Archivo FCS 2026(1)





RESOLUCIÓN DECANAL N° 1413 2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 22 de diciembre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 13279-2025 de fecha 18 de diciembre del 2025, presentado por el Bachiller: **GALINDO ZEVALLOS YAMEL BRANDON** quien solicita la revisión de Informe Final de investigación (Borrador de Tesis) Titulado: **FACTORES DE RIESGO RELACIONADO A PARTO PRE TÉRMINO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024** Por los jurados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de Medicina Humana

CONSIDERANDO:

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- * **Presidente** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
- * **1er. Miembro** : Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
- * **2do. Miembro** : Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA
- * **Asesor (a)** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

Estando en la opinión favorable de los miembros del jurado, en concordancia con el Reglamento interno de trabajo de Investigación conducente a Grados y Títulos Resolución N° 094-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N°30220 Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria N° 24661 y el estatuto de la UANCV, que confiere facultades a la Unidad de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud;

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, el **INFORME FINAL** de **INVESTIGACIÓN (BORRADOR DE TESIS)** para la **REVISION** de **SIMILITUD TURNITIN**, presentado por el (la) bachiller: **GALINDO ZEVALLOS YAMEL BRANDON** para optar el título profesional de: **MÉDICO CIRUJANO** con el tema **FACTORES DE RIESGO RELACIONADO A PARTO PRE TÉRMINO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024** correspondiente a la línea de investigación **MEDICINA HUMANA**

- * **ARTICULO SEGUNDO.- RATIFICAR** como **ASESOR (A) DE INVESTIGACIÓN** a la: Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

* **ARTICULO TERCERO.- DISPONER** que la Unidad de Investigación, de la Facultad de Ciencias de la Salud y Secretaria Académica quedan encargadas del cumplimiento de la presente resolución

Regístrese, Comuníquese, y Archívese.

UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
DECANATO
Dra. Gabriela Betty Arias Luque
DECANA (e)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Distribución: interesado Archivo.



RESOLUCIÓN N° 044-2025-UI-FCS-UANCV

Juliaca, 09 de setiembre del 2025

VISTOS: Exp. 2025-CU-6648 presentado por el (la) egresado(a) **GALINDO ZEVALLOS YAMEL BRANDON**, quién ha solicitado cambio de asesor del Proyecto de Investigación conducente a optar el título profesional de **MÉDICO CIRUJANO**;

CONSIDERANDO: Que, según Resolución N° 547-2025-D-FCS-UANCV, se aprueba el Proyecto de Tesis titulado: **FACTORES DE RIESGO RELACIONADO A PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024**, para lo cual se asignó.

asesor(a) **Mgtr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI**

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento de la Unidad de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, y de acuerdo a la resolución N° 215-2025-UANCV-CU-R, **por motivos que ya no cuenta con vínculo laboral con la UANCV**; y,

Estando el informe favorable de la Unidad de Grados y Títulos, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92-NAR. D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR EL CAMBIO DE ASESOR, designados a el(la) egresado(a) **GALINDO ZEVALLOS YAMEL BRANDON**, para la revisión del proyecto de investigación titulado **FACTORES DE RIESGO RELACIONADO A PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024**, para optar al Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** debiendo quedar a partir de fecha.

asesor(a) **DRA. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE**

SEGUNDO: Disponer que los miembros del Jurado designados den continuidad al trámite de evaluación y calificación del proyecto de tesis, borrador de tesis o sustentación de tesis, según sea el caso que se presente en cada expediente. Quedando válido en sus demás disposiciones la Resolución Decanal de aprobación de proyecto de tesis, que se menciona en el considerando.

TERCERO: La Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Grados y Títulos, la Dirección de la Escuela Profesional de Medicina Humana y la Secretaría Académica de la Facultad, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Archívese.

DISTRIBUCIÓN:

- Interesados (1)
- Archivo (1)



UNIVERSIDAD NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

[Firma]
Dra. María Concepción Figueroa Vilca
DIRECTORA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS

**RESOLUCIÓN DECANAL N° 547 -2025-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 07 de julio del 2025

VISTOS:

El Informe N° 048-2025-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de propuesta de Investigación de fecha 01 de julio de la E.P, de Medicina Humana a folio 00107

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado (a) **GALINDO ZEVALLOS YAMEL BRANDON** ha presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **FACTORES DE RIESGO RELACIONADO A PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024** correspondiente a la línea de investigación: **MEDICINA HUMANA**

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV comunico que el **Comité de Investigación** para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

*	Presidente	:	Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA
*	1er. Miembro	:	Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA
*	2do. Miembro	:	M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
*		:	

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 734-2025-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación de la propuesta de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando en la opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92 D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a) **GALINDO ZEVALLOS YAMEL BRANDON** para optar el Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** titulado: **FACTORES DE RIESGO RELACIONADO A PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024**

La Propuesta de Investigación deberá **ejecutarse** de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

ARTICULO SEGUNDO.- RECONOCER, como **ASESOR(A) DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** a l(la) Docente Ordinario (a) de la Facultad de Ciencias de la Salud **Mgtr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI**

ARTICULO TERCERO.- DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela Profesional de Medicina Humana quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



Distribución: Decanato FP-MH Secretaría Académica Archivo



YAMEL BRANDON GALINDO ZEVALLOS

FACTORES DE RIESGO RELACIONADO A PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JU...

 Trabajos de tesis para ingreso a repositorio

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::13016:601140181

Fecha de entrega

18 jun 2026, 23:08 GMT-5

Fecha de descarga

19 jun 2026, 12:33 GMT-5

Nombre del archivo

T036_72177060_T.docx

Tamaño del archivo

10.5 MB

125 páginas

15.480 palabras

89.749 caracteres



TESIS UANCV

20% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 15%  Fuentes de Internet
- 8%  Publicaciones
- 18%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



METADATOS COMPLEMENTARIOS

Título de la tesis	
FACTORES DE RIESGO RELACIONADO A PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	YAMEL BRANDON GALINDO ZEVALLOS
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	72177060
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0003-0260-1299
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	29344129
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-4559-141X
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01309221
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02401506
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	MARYLUZ CRUZ COLCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29590767



Datos de investigación	
Línea de investigación	MEDICINA HUMANA - P09
Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Departamento: Puno Provincia: San Román Distrito: Juliaca Coordenadas: Latitud: -15.4816261 Longitud: -70.1205372 https://maps.app.goo.gl/87G5K7vrgTFCFpLJ9 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Julio 2025 – Marzo 2026
URL de disciplinas OCDE https://purl.org/pe-repo/ocde/ford (concytec-pe.github.io)	Ciencias médicas, Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.00.00 Medicina clínica https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00 Cirugía https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.11



UNIVERSIDAD UANCV NESTOR CACERES VELASQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Maria Concepción Figueroa Vilca
Dra. Maria Concepción Figueroa Vilca
DIRECTORA
UNITE DE INVESTIGACIÓN PCS



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo YAMEL BRANDON GALINDO ZEVALLOS, identificado con DNI
Nro. 72177060 en mi condición de egresado de:

- ☒ Escuela Profesional
☐ Programa de Segunda Especialidad,
☐ Programa de Maestría o Doctorado

MEDICINA HUMANA

informo que he elaborado el/la ☒ Tesis o ☐ Trabajo de Investigación, ☐ Trabajo Académico
denominada:

FACTORES DE RIESGO RELACIONADO A PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES DEL
HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

Asesorado por: Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 26 de MAYO del 2026

Firma del Asesor
(obligatoria)

FIRMA (obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

A Dios, fuente de luz en cada día. Mi madre, su amor y sacrificio permanente. Mi familia, por su apoyo y confianza lograr compromisos.



AGRADECIMIENTO

A la UANCV, por permitir mi formación académica. Mis docentes y asesor de tesis, por su guía y dedicación incansable hasta lograr mis objetivos profesionales.

.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	x
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	xiv

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1.1. Problema general	3
1.1.2. Problemas especificas	3
1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	4
1.2.1. Justificación teórica	4
1.2.2. Justificación practica	4
1.2.3. Justificación metodológica.....	5
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. HIPÓTESIS.....	6
1.4.1. Hipótesis general.....	6



1.4.2. Hipótesis específicas.....	6
1.5. VARIABLES	6
1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	7

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	8
2.1.1. A nivel internacional	8
2.1.2. A nivel nacional	10
2.1.3. A nivel local	12
2.2. MARCO TEÓRICO QUE SUSTENTA EL TRABAJO.....	14
2.3. MARCO CONCEPTUAL	26

CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	28
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	28
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	29
3.3.1. Población.....	29
3.3.2. Muestra	29
3.4. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y FUENTES	30
3.4.1. Técnica.....	30
3.4.2. Instrumentos.....	30
3.5. PLAN DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS	31
3.6. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.....	31



3.7. VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	31
3.7.1. Validación.....	31
3.7.2. Confiabilidad.....	31

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	32
CONCLUSIONES.....	80
RECOMENDACIONES	82
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXOS	92
ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.....	93
ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	97
ANEXO 3: INSTRUMENTOS	99
ANEXO 4: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	100



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Edad materna y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.	32
Tabla 2.	Grado de instrucción materna y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.	35
Tabla 3.	Hábitos nocivos maternos y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.	38
Tabla 4.	Índice masa corporal materno y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024	41
Tabla 5.	Número de controles prenatales y su grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.	44
Tabla 6.	Infecciones urogenitales y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024	47
Tabla 7.	Preeclampsia y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino en el hospital Carlos Medrano de Juliaca en el año 2024	50
Tabla 8.	Diabetes materna y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024	53



Tabla 9.	Embarazo múltiple y su grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.....	56
Tabla 10.	Retardo del crecimiento intrauterino y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Medrano de Juliaca en el año 2024	59
Tabla 11.	Anomalías congénitas y grado de prematuridad de pacientes con parto pretérmino en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024	62
Tabla 12.	Ruptura prematura de membranas y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino en el hospital Carlos Medrano de Juliaca en el año 2024	65
Tabla 13.	Placenta previa y grado prematuridad en pacientes con parto pretérmino en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.....	68
Tabla 14.	Desprendimiento prematuro de placenta y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024	71
Tabla 15.	Tipo de líquido amniótico y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.	74
Tabla 16.	Grados prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024	77



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Edad materna y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.	33
Figura 2.	Grado de instrucción materna y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024	36
Figura 3.	Hábitos nocivos maternos y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.	39
Figura 4.	Índice masa corporal materno y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024	42
Figura 5.	Número de controles prenatales y su grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024	45
Figura 6.	Infecciones urogenitales y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024	48
Figura 7.	Preeclampsia y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino en el hospital Carlos Medrano de Juliaca en el año 2024	51
Figura 8.	Diabetes materna y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024	54



Figura 9.	Embarazo múltiple y su grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.....	57
Figura 10.	Retardo del crecimiento intrauterino y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Medrano de Juliaca en el año 2024	60
Figura 11.	Anomalías congénitas y su grado de prematuridad de pacientes con parto pretérmino en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024	63
Figura 12.	Ruptura prematura de membranas y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino en el hospital Carlos Medrano de Juliaca en el año 2024	66
Figura 13.	Placenta previa y grado prematuridad en pacientes con parto pretérmino en el hospital en el año 2024 Carlos Monge Medrano de Juliaca	69
Figura 14.	Desprendimiento prematuro de placenta y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024	72
Figura 15.	Tipo de líquido amniótico y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024	75
Figura 16.	Grados prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024	78



RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo relacionados con el parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2024.

Material y métodos: La investigación correspondió a un estudio de tipo básico, desarrollado bajo un enfoque cuantitativo y un diseño no experimental. La población de estudio estuvo integrada por 106 gestantes diagnosticadas con parto pretérmino, mientras que la muestra estuvo integrada por 100 pacientes seleccionadas mediante muestreo por conveniencia. La recolección de datos se realizó a través de la técnica de análisis documental, utilizando una ficha de recolección de datos validada mediante juicio de expertos. Para el procesamiento y análisis de los datos se empleó estadística descriptiva, así como la prueba de chi cuadrado, estableciendo un nivel de significancia estadística del 5%.

Resultados: En relación con los factores maternos asociados al parto pretérmino, se observó que el 62% de las gestantes tenía entre 30 y 34 años, el 50% alcanzó el nivel de educación secundaria y el 68% no manifestó hábitos nocivos. En relación con los factores fetales, el 83% de los casos no correspondió a embarazos múltiples. Asimismo, entre los factores ovulares, el 71% no presentó ruptura prematura de membranas y el 92% no evidenció placenta previa. En cuanto al grado de prematuridad, el 30% presentó prematuridad moderada y tardía, el 25% prematuridad temprana y el 15% prematuridad tardía.

Conclusiones: La severidad del parto pretérmino se relaciona significativamente con factores maternos, fetales y ovulares, resaltando la importancia del diagnóstico precoz y del control prenatal oportuno para disminuir las complicaciones asociadas a esta condición.

Palabras clave: Riesgo, parto pretérmino, prematuridad, gestante.



ABSTRACT

Objective: To determine the risk factors associated with preterm birth in patients treated at the Carlos Monge Medrano Hospital during 2024. **Materials and methods:** This basic research study employed a quantitative approach and a non-experimental design. The study population consisted of 106 pregnant women diagnosed with preterm birth, while the sample comprised 100 patients selected through convenience sampling. Data collection was carried out using document analysis with a data collection form validated by expert review. Descriptive statistics and the chi-square test were used for data processing and analysis, establishing a statistical significance level of 5%. **Results:** Regarding maternal factors associated with preterm birth, 62% of the pregnant women were between 30 and 34 years old, 50% had completed secondary education, and 68% did not report any harmful habits. Regarding fetal factors, 83% of cases were not multiple pregnancies. Likewise, among ovular factors, 71% did not present with premature rupture of membranes and 92% did not show evidence of placenta previa. As for the degree of prematurity, 30% presented with moderate and late prematurity, 25% with early prematurity, and 15% with late prematurity. **Conclusions:** The severity of preterm birth is significantly related to maternal, fetal, and ovular factors, highlighting the importance of early diagnosis and timely prenatal care to reduce complications associated with this condition.

Keywords: Risk, preterm birth, prematurity, pregnant woman.



INTRODUCCIÓN

Parto pretérmino, ocurre antes de 37 semanas de gestación, concibe casos de urgencia de morbilidad y mortalidad neonatal. Se ha recibido informes de OMS donde más de 13 millones nacieron son prematuros, representa aproximadamente 11% de nacimientos. Estas cifras ocurren en sociedades con economía baja convirtiéndose complicaciones derivadas de impacto en la supervivencia de recién nacidos.

En el Perú, 7,5%, equivalente a 30,000 nacimientos anuales. En Juliaca, el Hospital Carlos Monge Medrano reporta una incidencia de 6,5%, identificando factores de riesgo que incluyen condiciones maternas como preeclampsia, obesidad o bajo peso, control prenatal insuficiente, así como factores fetales y ovulares que influyen en la severidad de la prematuridad. El reconocimiento temprano de estos factores es esencial para implementar medidas preventivas y optimizar los resultados perinatales. La presente investigación tiene como objetivo relacionar entre parto pretérmino con pacientes que contribuyen evidencias para mejorar atención prenatal.

La investigación se organiza en cuatro capítulos. En el Capítulo I se desarrollan los aspectos generales del estudio, incluyendo el planteamiento del problema, la justificación, los objetivos, las hipótesis y las variables. El Capítulo II comprende el marco teórico y los antecedentes de la investigación. En el Capítulo III se describe el procedimiento metodológico empleado. Finalmente, el Capítulo IV presenta los resultados obtenidos, su respectiva discusión, así como las conclusiones y recomendaciones del estudio.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente estudio se sustenta en las experiencias obtenidas a lo largo de la formación profesional, particularmente durante las prácticas de externado e internado desarrolladas en el ámbito hospitalario, donde se evidenció de manera directa la elevada frecuencia de casos de parto pretérmino y sus importantes repercusiones en la morbilidad neonatal. La realidad observada evidencia que el parto pretérmino representa un importante problema de salud pública, tanto en el ámbito internacional como a nivel nacional.

Además, durante la práctica clínica, se observó que esta condición no solo afecta al recién nacido, incrementando el riesgo de complicaciones y mortalidad, sino que también genera un impacto significativo en la madre y su entorno familiar, afectando su bienestar físico, emocional y social. Estas observaciones permitieron reconocer la magnitud y complejidad del problema en el contexto local, donde persisten múltiples factores que podrían estar asociados a su ocurrencia.

En este sentido, surge la necesidad de profundizar en el análisis de los factores relacionados con el parto pretérmino, con el propósito de generar



evidencia científica que contribuya a fortalecer las estrategias de prevención, detección oportuna y manejo adecuado, orientadas a reducir su incidencia y sus consecuencias en la salud materno-neonatal.

A nivel internacional, la OMS considera que este evento de salud tiene su significancia por las repercusiones de salud y supervivencia recién nacido. El nacimiento pretérmino expuso al neonato a un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, la posibilidad de desarrollar secuelas que genera impacto considerable en la madre, la familia y el entorno social, afectando el concepto integral de salud. Se estimó 11% de variaciones regionales oscilan entre 5% en Europa y 18% en África, donde los nacimientos prematuros se presentaron cada año al alrededor 15 millones. De este rubro 84% ocurre 32 y 36 semanas de gestación. En términos generales, se estimó que uno de cada diez nacimientos a nivel mundial fue pretérmino, con una prevalencia que varió entre 4% y 16%, dependiendo del contexto geográfico y socioeconómico (1).

En el ámbito nacional, el MINSA informó que el 7.5% nacimientos registrados en el Perú 2023 han sido registrados antes de 37 semanas de concepción que genera riesgos de mortalidad neonatal, constituyéndose anualmente 30,000 bebés prematuros, implica principales complicaciones asociadas a la prematuridad incluyen problemas respiratorios, gastrointestinales, neurológicos y desarrollo enfermedades crónicas que ocurren parto pretérmino se relaciona con diversos factores, entre ellos condiciones maternas como hipertensión, diabetes e infecciones, así como alteraciones placentarias, uterinas y factores genéticos (2).



En el contexto local, la información proporcionada en el Hospital Monge Medrano de Juliaca, los partos pretérminos representaron aproximadamente el 6.5% del total de partos atendidos en dicho establecimiento durante el año 2024, constituyéndose problema relevante de salud pública por la presencia de riesgo evidenciando necesidad de fortalecer la atención integral a las gestantes. Esta situación resalta optimizar estrategias de control prenatal, con el fin de mejorar resultados perinatales en beneficio de la madre y del recién nacido (3).

1.1.1. Problema general

PG. ¿Cuáles son los factores de riesgo relacionado a parto pretérmino en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024?

1.1.2. Problemas específicas

PE1. ¿Qué factores maternos influyen en el parto pretérmino en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca?

PE2. ¿Qué factores fetales influyen en el parto pretérmino en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca?

PE3. ¿Qué factores ovulares influyen con el parto pretérmino en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca?

PE4. ¿Cómo se presenta el parto pretérmino en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca?



1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

1.2.1. Justificación teórica

El trabajo desarrollado sustentó en ámbito teórico porque permitió ampliar y sistematizar el conocimiento científico integrando en forma conjunta factores maternos, fetales y ovulares. Estudio efectuado contribuyó a una mejor comprensión del parto pretérmino como un fenómeno multifactorial, reforzando los fundamentos conceptuales que explican la interacción de variables clínicas y obstétricas ocurrentes prematuridad. Los resultados obtenidos posibilitaron contrastar y complementar los hallazgos reportados en investigaciones previas a nivel nacional e internacional, aportando evidencia empírica contextualizada a la realidad hospitalaria local. De esta manera, la investigación fortaleció el marco conceptual relacionado con la prematuridad y su severidad, consolidando planteamientos teóricos que destacan la influencia del control prenatal, el estado nutricional materno y las complicaciones gestacionales en el parto pretérmino. Finalmente, el estudio realizado generó información teórica organizada y actualizada de investigaciones de la salud materno-perinatal.

1.2.2. Justificación practica

En la práctica, la investigación permite obtener información relevante para fortalecer la vigilancia prenatal en aquellas gestantes con mayor riesgo de presentar prematuridad. Los hallazgos obtenidos aportaron evidencia útil para el personal de salud, favoreciendo la optimización del seguimiento obstétrico y el refuerzo de la aplicación de protocolos de atención durante el embarazo. Asimismo, los resultados permitieron reconocer áreas críticas



del control prenatal que requieren mayor atención, contribuyendo a la prevención del parto pretérmino y a la reducción de complicaciones neonatales.

1.2.3. Justificación metodológica

Corresponde método descriptivo y correlacional por ser el más apropiado para analizar sin manipular las variables de estudio. El enfoque cuantitativo permite medir objetivamente los factores maternos, fetales y ovulares, y establecer su posible relación con el grado de prematuridad mediante pruebas estadísticas como el chi-cuadrado. La técnica de análisis documental, basada en historias clínicas, se eligió por su disponibilidad y confiabilidad. Este diseño es pertinente para cumplir los objetivos e hipótesis, aportando evidencia útil de estudio de caso prevención del parto pretérmino.

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

OG. Determinar factores de riesgo relacionado a parto pretérmino en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2024.

1.3.2. Objetivos específicos

OE1. Identificar los factores maternos relacionados a parto pretérmino en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.

OE2. Definir los factores fetales relacionados a parto pretérmino en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.



OE3. Precisar los factores ovulares relacionados a parto pretérmino en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.

OE4. Describir grado de prematuridad que se presenta con frecuencia en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.

1.4. HIPÓTESIS

1.4.1. Hipótesis general

HG. Los factores de riesgo están relacionados a parto pretérmino pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024.

1.4.2. Hipótesis específicas

HE1. Los factores maternos están relacionados significativamente a parto pretérmino pacientes Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca.

HE2. Los factores fetales están relacionados significativamente a parto pretérmino pacientes Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca.

HE3. Los factores ovulares están relacionados significativamente a parto pretérmino pacientes Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca.

HE4. El Parto pretérmino moderado, se presenta con mejor frecuencia en pacientes Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca.

1.5. VARIABLES

Variable independiente: factores de riesgo.

Variable dependiente: parto pretérmino.



1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1.- Factores de riesgo	1.1.- Factores maternos	1.1.1.- Edad materna	a.- Menor de 20 años b.- De 20 a 34 años c.- Mayor o igual de 35 años	Ordinal
		1.1.2.- Grado de instrucción	a.- Primaria b.- Secundaria c.- Superior	Nominal
		1.1.3.- Hábitos nocivos	a.- Alcohol b.- Coca c.- Tabaco d.- No consume	Nominal
		1.1.4.- IMC	a.- < 18.5 b.- 18.5 - 24.9 c.- 25 - 29.9 d.- >= 30	Nominal
		1.1.5.- Control prenatal	a.- Menor de 6 controles b.- Mayor o igual a 6 controles	Nominal
		1.1.6.- Infecciones urogenitales	a.- Sí b.- No	Nominal
		1.1.7.- Preeclampsia	a.- Sí b.- No	Nominal
		1.1.8.- Diabetes	a.- Sí b.- No	Nominal
	1.2.- Factores fetales	1.2.1.- Embarazo múltiple	a.- Sí b.- No	Nominal
		1.2.2.- Retardo crecimiento intrauterino	a.- Sí b.- No	Nominal
		1.2.3.- Anomalía congénita	a.- Sí b.- No	Nominal
	1.3.- Factores ovulares	1.3.1.- Ruptura prematura de membranas	a.- Sí b.- No	Nominal
		1.3.2.- Placenta previa	a.- Sí b.- No	Nominal
		1.3.3.- Desprendimiento prematuro de placenta	a.- Sí b.- No	Nominal
		1.3.4.- Líquido amniótico	a.- Normal b.- Polihidramnios c.- Oligohidramnios	Nominal
VARIABLE	INDICADOR		ESCALA DE VALORACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
2. Parto pretérmino	2.1. Grado de prematuridad		a.- Prematuro extremo (<28 semanas) b.- Prematuro temprano (28-31 semanas) c.- Prematuro moderado (32 – 33 semanas) d.- Prematuro tardío (34-36 semanas)	Ordinal



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. A nivel internacional

García.(4).“Riesgo relacionados de parto pretérmino, en archivos venezolanos 2018-2023”. **Objetivo:** realizar revisión sistemática estudios de riesgo relacionados parto pretérmino en archivos venezolanos 2018-2023. **Material y método:** identificaron estudios de artículos sobre criterios clínicos que tienen relación significativa llevados a cabo en America Latina.

Resultado: Identificaron 15 factores de riesgo, entre los que destacaron la infección del tracto urinario, preeclampsia, tabaquismo, enfermedad periodontal, vaginosis, ruptura prematura de membranas, cambios cervicales, placenta previa y oligohidramnios. Concluyeron que estos factores incrementan el riesgo en las gestantes. necesita detección oportuna de causas para prever casos fatales de mortalidad.

Russo (5). “Impacto psicológico parto pretérmino madres adolescentes 17 a 19 años Hospital Estatal Salta Argentina 2022”. **Objetivo:** determinar impacto psicológico parto pretérmino madres adolescentes 17 a 19 años, Hospital Estatal Salta Argentina 2022. **Método:** tipo cuantitativo,



descriptivo, transversal. **Resultados:** Se evidencia madres adolescentes 17 a 19 años de edad, representa 81% población de muestra. De total de madres adolescentes 11% planeado su embarazo. 94% admite apoyo familiar, mientras 6% no cuentan con apoyo de la familia. 94% recibieron contención del personal de obstetricia, 50% tienen bebe prematuro, 31% muestran ansiedad y 13% siente frustración del nacimiento prematuro. **Conclusiones:** 50% de madres adolescentes son 14 a 19 años, impacta parto pretérmino de temor, a pesar contar con contención familiar.

Müller (6). "Factores asociados parto pretérmino Hospital Vicente Corral Moscoso, Ecuador, 2022". **Objetivo:** identificar factores asociados parto pretérmino Hospital Vicente Corral Moscoso, Ecuador. **Método:** observacional. Muestra 130 casos que acudieron al Hospital. **Resultados:** Los hallazgos mostraron un predominio de gestantes entre 20 y 34 años (67,3 %), procedentes principalmente del área urbana (72 %), con un nivel educativo de 6 a 12 años de escolaridad (80,2 %) y con presencia de sobrepeso u obesidad (75,1 %). La amenaza de parto pretérmino presentó una prevalencia de 21,4 %, registrándose con mayor frecuencia en mujeres menores de 20 años (24,1 %). Además, se encontró una asociación significativa entre esta complicación y factores como infección urinaria, ruptura prematura de membranas y preeclampsia. **Conclusión:** La edad, nivel económico bajo son considerados como causantes de infecciones tracto urinario y riesgo para parto prematuro.

Mendoza (7) "Determinantes Ginecobstetricia "Fe del Valle Ramos" provincia Granma, Cuba, 2024". **Objetivo:** determinar parto pretérmino

Hospital Ginecobstetricia "Fe del Valle Ramos" provincia Granma, Cuba.

Material y método: estudio descriptivo transversal periodo 2018-2020, 123 gestantes parto pretérmino. Estudio de variables: edad materna.

Resultados: Predominio edades 20-24 años de edad (30,9 %), menores de 20 años (28,5 %), donde 41,5 % evaluación nutricional, aborto 65,9 %.

Conclusiones: parto pretérmino atendidas Hospital Provincial Ginecobstetricia "Fe del Valle Ramos" no difieren contextos epidemiológicos.

Thomas (8) "Características parto pretérmino registro nacidos vivos 2020 a 2024, Colombia". **Objetivo:** describir características parto pretérmino registro Nacidos Vivos 2020 a 2024. **Material y método:** Estudio descriptivo con apoyo de programa estadística descriptiva SPSS™, luego utilizando estadística Ji-cuadrado. **Resultados:** registros nacidos vivos 1.277.839 parto de gestación. Prevalencia 19% todos los años. No se encontró datos del registro nacidos vivos. **Conclusiones:** información de parto pretérmino es excelente instrumento para lograr información valedera del evento.

2.1.2. A nivel nacional

Ruíz.(9) "Características sociodemográficas, sociales y médicas de parto pretérmino gestantes Hospital de Barranca, 2023". **objetivos:** determinar características sociodemográficas, sociales y médicas de parto pretérmino gestantes. **Material y método:** descriptivo retrospectivo; población 90 casos (90 controles y 90 parto a término), para reportar datos aplicó una ficha de historias clínicas.



Córdova (10) "Factores de riesgo parto pretérmino en adolescentes Hospital Cañete, 2020. **Objetivo:** identificar factores de riesgo parto pretérmino adolescentes Hospital Cañete, 2020". **Material y método:** estudio descriptivo, correlacional, transversal; población 678 gestantes con parto 28 y 36 semanas. Se observó examen clínico de Chi cuadrado determinando 95%. **Resultados:** existen factores que influyeron de manera significativa parto pretérmino, como rotura prematura de membranas cervicales en gestantes de parto pretérmino.

Silva.(11) "Determinantes maternos en gestantes con parto pretérmino atendidas Hospital Goyeneche Arequipa, 2022." **Objetivo:** identificar determinantes de parto pretérmino Hospital Goyeneche Arequipa, 2022. **Material y método:** descriptivo transversal, población 123 gestantes. Estudiaron antecedente obstétrico y aborto previo, enfermedades crónicas, preeclampsia e infecciones. **Resultados:** predominó edades 20-24 años (30,9 %), menores 20años (28,5 %), presentó peso nutricional 41.5%. Antecedente de aborto 65,9%, Hipertensión arterial 39,0% y infecciones vaginales 64,2%. **Conclusiones:** parto pretérmino gestantes Hospital Goyeneche no existen contexto epidemiológico.

Paredes (12) "Relación de los factores maternos con el parto pretérmino en el Hospital III Goyeneche, periodo 2020–2021.". **Objetivo:** Determinar la relación entre los factores de riesgo y el Parto Pretérmino en las gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital III Goyeneche. **Material y método:** La investigación fue de tipo retrospectivo,



observacional, transversal, analítico y no experimental. **Resultados:** 28,1% parto pretérmino tardío, 21,9% moderado. **Conclusiones:** La edad materna, el estado civil, la paridad, el antecedente de parto pretérmino, la ruptura prematura de membranas y el embarazo múltiple son factores de riesgo que se asocian significativamente del parto pretérmino.

Casasola. (13) "Factores influyen amenaza parto prematuro mujeres embarazadas en relación con ITS Centro Salud Pedro Sánchez Meza Chupaca, Junín 2022". **Objetivo:** Evaluar factores influyen amenaza parto prematuro mujeres embarazadas en relación con ITS C.S. Pedro Sánchez Meza, Chupaca 2022. **Material y método:** descriptivo correlacional, muestra 236 mujeres con parto vaginal. Datos sociodemográficos, mujeres residen en Chupaca, educación secundaria. **Resultados:** observaciones de métodos anticonceptivos, salud reproductiva, regresión múltiple fue inicio relaciones sexuales, uso métodos anticonceptivos, información salud reproductiva e infecciones de transmisión sexual. **Conclusión:** regresión múltiple observamos infecciones hepatitis B por embarazos anteriores y controles prenatales.

2.1.3. A nivel local

Cutimbo. (14) "Riesgo asociados parto pretérmino gestantes Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023". **Objetivo:** determinar riesgo asociados parto pretérmino Hospital Monge Medrano Juliaca. **Materiales y método:** descriptivo, no experimental. Examinaron 114 pacientes con parto pretérmino. **Resultados:** existen factores de parto pretérmino: antecedentes parto prematuro y edad gestacional 32.5%, 32.5%, 28.1% y 25.4%,



respectivamente. Además, rotura prematura de membranas 40.4%.

Conclusión: riesgos obstétricos están asociados con parto pretérmino con significancia ($0.043, 0.021 < 0.05$)

Cárdenas. (15) "Control parto pretérmino gestantes atendidas "Hospital Manuel Núñez Butrón Puno, 2020". **Objetivo:** Identificar control parto pretérmino gestantes atendidas "HR" MNB, 2020. **Material y método:** no experimental, observacional; población 117 pacientes. **Resultados:** edad materna 27,2%, controles 26,2%. Promedio edad gestacional 34,32 semanas, controles 39,22 semanas 77,8% control prenatal insuficiente alcanzó 24,8%. Parto vaginal 74.4%, cesárea llegó 53,8%. **Conclusiones:** riesgo parto pretérmino es altamente significativa ($p < 0,0001$); parto por cesárea pretérmino ($OR = 4,991$) $p < 0,076$.

Quisocala. (16) Factores de parto pretérmino por cesárea gestantes Hospital III EsSalud, Juliaca, 2020 - 2022. **Objetivo:** determinar factores de parto pretérmino por cesárea gestantes Hospital III EsSalud, Juliaca. **Material y método:** no experimental, descriptiva, correlacional. Población 1596 historias clínicas, muestra 330 historias. Se aplicó Excel procesados SPSS-26. **Resultados:** 67.9 % atendidos por cesárea. **Conclusiones:** edad materna y preeclampsia han sido identificados como factores más relevantes de parto por cesárea.

Chambi. (17) Parto pretérmino Servicio Obstetricia Hospital EsSALUD, Juliaca, 2022. **Objetivo:** determinar parto pretérmino Servicio Obstetricia Hospital EsSALUD, Juliaca. **Material y métodos:** observacional, retrospectivo y transversal; información historias clínicas de pacientes



Hospital EsSALUD, Juliaca. **Resultados:** 3.2% edad gestacional 28 semanas, 4.39% embarazo 32 semanas, 66.67% 19 a 35 años, 70.18% sobrepeso, 70.18% conviviente, 62.28% secundaria, 6.14% antecedente parto pretérmino 69.3%. **Conclusiones:** factores maternos no muestran asociación y presenta anomalías congénitas con restricción crecimiento intrauterino.

Maranga.(18) "Factores condicionantes parto pretérmino gestantes Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2021". **Objetivo:** identificar factores condicionantes parto pretérmino gestantes Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca. **Material y Métodos:** descriptivo, observacional. Datos análisis expedientes clínicos con diagnóstico parto prematuro 2021. Muestra 108 gestantes. **Resultados:** 39.8% atendidas Hospital de Juliaca, 12% ruptura prematura de membranas, 1.9% mujeres con polihidramnios, Los embarazos múltiples en un 7,4%, la enfermedad hipertensiva en un 21%, mientras, que el antecedente pretérmino en un 0,9%, pero el antecedente de aborto en 29,6%. **Conclusiones:** factores parto pretérmino según prueba chi cuadrado padece hipertensiva gestacional.

2.2. MARCO TEÓRICO QUE SUSTENTA EL TRABAJO

2.2.1. Factores riesgo del parto pretérmino

Un factor de riesgo es toda condición o conducta susceptible de modificación que incrementa la posibilidad de que una persona presente un problema o daño relacionado con su salud (13).



2.2.1.1. Factores maternos

Ciertos hábitos se pueden considerarse causante de parto pretérmino. Los niveles socioeconómicos, bajo nivel educativo, madres solteras tener parejas de edad también causan daños corporales. Los estudios de tipo de partos muestran consideraciones laborales de asociación con casos de nacimientos prematuridad. Las mujeres con bajo nivel de estudios estima mayor riesgo de parto prematuro (14). La obesidad es otro indicador que se asocia con las diabetes recurrentes en 15- 50 %. Las mujeres celíacas presentan riesgo en el síntoma digestivos, pueden provocar desarrollo del feto con complicaciones obstétricas. (15).

a) Edad materna

La edad de la madre representa un factor importante en la aparición del parto pretérmino, entendido como el nacimiento ocurrido antes de completar las 37 semanas de gestación. Diferentes investigaciones señalan un comportamiento en "U", donde el riesgo aumenta principalmente en los extremos de la etapa reproductiva, especialmente en adolescentes menores de 19 años y en mujeres con 35 años o más. En este sentido, la edad materna avanzada especialmente entre los 35 y 45 años se asocia con un incremento significativo en la incidencia de prematuridad. Por el contrario, el menor riesgo se observa en el grupo de mujeres con edades comprendidas entre los 30 y 34 años (16).

b) Grado de instrucción

El nivel educativo de la población corresponde al grado educativo alcanzado por las personas de 15 años a más, determinado según los años de estudio aprobados dentro del sistema educativo (17).

En el Perú, sobre los estudios de las mujeres, se evidencia predominio

de educación secundaria, seguida por educación primaria; asimismo, un menor grupo alcanzó estudios superiores universitarios y técnicos. Sin embargo, aún existen mujeres sin estudios, este nivel no permite a que las mujeres acceden a la información y en la adopción de prácticas adecuadas relacionadas con el cuidado de la salud (18).

El grado de instrucción alcanzada por la madre es estimado como un factor de riesgo importante para la presentación de un parto pretérmino, es así que un bajo nivel educativo puede limitar el acceso a información adecuada sobre el cuidado prenatal, el reconocimiento de los signos de alarma y la adopción de prácticas saludables durante el embarazo. En consecuencia, las gestantes con menor grado de instrucción presentan mayor vulnerabilidad frente a complicaciones obstétricas, incrementando la ocurrencia de partos antes de las 37 semanas de gestación (19).

c) Hábitos nocivos

Los hábitos y conductas de vida durante la gestación influyen significativamente en la aparición del parto pretérmino, considerado como el nacimiento producido antes de las 37 semanas de embarazo. Entre los factores que incrementan este riesgo se encuentran el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, así como una nutrición deficiente, altos niveles de estrés, la presencia de infecciones no tratadas y la insuficiente atención prenatal se asocian con un incremento significativo del riesgo de prematuridad. Por ello, mantener estilos de vida saludables es fundamental para promover la salud materna y fetal, además de favorecer una evolución adecuada del embarazo. (20).

El consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo puede tener efectos negativos tanto para la madre como para el bebé. Algunas de las complicaciones más comunes incluyen un mayor riesgo de aborto espontáneo, partos prematuros, bajo peso al nacer, malformaciones congénitas y problemas en el aprendizaje y comportamiento del niño. Además, el recién nacido podría experimentar síndrome de abstinencia neonatal. Es importante mencionar que muchas mujeres embarazadas que consumen drogas ilegales también tienden a consumir alcohol, tabaco u otras sustancias, lo que aumenta aún más la probabilidad de tener partos prematuros (21).

d) Índice de masa corporal

El IMC es una herramienta que evalúa el estado nutricional de una persona, relacionando el peso con su altura. Se calcula dividiendo el peso en kg entre el cuadrado de la estatura en metros (kg/m^2). Gracias a este cálculo, podemos identificar a las personas con bajo peso, peso normal, sobrepeso u obesidad (22).

La valoración nutricional antropométrica durante la gestación se realiza mediante indicadores como el IMC pregestacional, la ganancia de peso durante el embarazo y la altura uterina según la edad gestacional. Una inadecuada nutrición antes y durante el embarazo afecta de forma negativa la salud de la madre y el niño, incrementando riesgos como anemia, baja ganancia de peso gestacional, bajo peso al nacer y prematuridad. Por ello, la valoración nutricional es reconocido como una intervención fundamental en la atención integral de la gestante para

prevenir complicaciones asociadas a la alimentación y nutrición (23).

e) Control prenatal

El control prenatal constituye un componente fundamental en el seguimiento de la gestación, recomendándose como mínimo cinco atenciones durante el embarazo, con el propósito de vigilar de manera continua la salud materna y el adecuado desarrollo fetal. A través de estos controles, se evalúa la evolución del embarazo y se brinda a la gestante la preparación necesaria para el parto y los cuidados posteriores del recién nacido (24).

La ausencia o insuficiencia de controles prenatales limita la detección oportuna de posibles alteraciones en el proceso gestacional, lo que representa un riesgo elevado tanto para la madre como para el feto. Un control prenatal deficiente es un factor de riesgo directo y significativo para la presentación de un parto prematuro. La falta de seguimiento médico oportuno impide identificar y prevenir precozmente complicaciones perinatales, como un parto prematuro (24).

f) Infecciones urogenitales

Se define como un proceso infeccioso ocasionado por microorganismos que comprometen el aparato urinario, incluyendo riñones, uréteres, vejiga y uretra, superando los mecanismos de defensa del organismo. En el contexto del embarazo, el aumento de infecciones es un poco más comparado con la infección que padecen las no gestante. Esta condición reviste especial importancia debido a sus potenciales repercusiones materno-fetales, las cuales pueden ser

de considerable gravedad. Entre sus principales complicaciones, se destaca su asociación con el desencadenamiento o la contribución al parto prematuro (25).

g) Preeclampsia

Es un trastorno hipertensivo que puede ocurrir durante el embarazo, generalmente después de la semana 20. Se caracteriza por un aumento en la presión arterial, que puede ir acompañado de proteinuria y otros síntomas como dolores de cabeza y molestias en la parte superior derecha del abdomen. Esta condición puede afectar varios órganos de la madre y, si no se trata, puede llevar a complicaciones serias tanto para la madre como para el bebé, y se constituye en uno de los factores de riesgo para la presentación de parto pretérmino (26).

La preeclampsia severa se encuentra de prioridad asociada al aumento de partos pretérminos, especialmente en gestantes con edades gestacionales menores a término. Esta complicación hipertensiva del embarazo incrementa el riesgo de culminación anticipada de la gestación debido a las alteraciones maternas y fetales que ocasiona, convirtiéndose en un importante problema de salud materno-perinatal (27).

h) Diabetes

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica que representa un gran desafío para la salud pública. Se distingue por la hiperglucemia persistente y por el aumento de la insulina ocasionada por alteraciones

del el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas que consume el paciente (28).

La diabetes durante el embarazo es una alteración metabólica que puede desarrollarse durante el embarazo en mujeres incluso sin antecedentes previos de diabetes. Generalmente se presenta a partir del segundo trimestre de gestación, alrededor de la semana 24, y en muchos casos puede cursar sin manifestaciones clínicas evidentes. Por ello, es fundamental realizar pruebas de tamizaje entre las semanas 24 y 28 del embarazo para su detección oportuna y prevención de complicaciones maternas y perinatales (29).

La diabetes gestacional es uno de los factores de riesgo que causan parto pretérmino, debido a las alteraciones metabólicas y complicaciones materno-fetales asociadas durante el embarazo. Esta condición incrementa la probabilidad de culminación anticipada de la gestación, afectando la salud del binomio madre y recién nacido (30).

2.2.1.2. Factores fetales

▪ Embarazos múltiples

Haber tenido un parto pretérmino en embarazos previos aumenta significativamente el riesgo de tener otro (31).

Las gestaciones múltiples presentan mayores riesgos debido a que el desarrollo de dos o más fetos incrementa considerablemente el tamaño y peso del útero, provocando una mayor presión sobre los órganos maternos. Además, este tipo de embarazo implica un aumento del tamaño placentario y de la concentración hormonal en la circulación materna. Las principales complicaciones neonatales y fetales se

relacionan con el nacimiento prematuro y el bajo peso al nacer, ya que mientras mayor sea el número de fetos, menor suele ser el tiempo de gestación y el peso de los recién nacidos (32).

- **Retardo de crecimiento intrauterino**

Es una condición donde el peso fetal esta por debajo del percentil 10 para la edad gestacional correspondiente dentro de una población determinada. Esta alteración ocurre cuando el feto no logra alcanzar su potencial normal de crecimiento, generalmente debido a una disminución en el aporte de nutrientes y oxígeno, aunque también puede estar relacionada con factores genéticos, infecciosos o tóxicos (33).

La restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) es uno de los factores que se asocian al parto pretérmino, debido a que ambos comparten mecanismos etiopatogénicos y fisiopatológicos similares. Estas alteraciones afectan la unidad útero-placento-fetal, comprometiendo el crecimiento y bienestar del feto, lo que puede desencadenar una culminación anticipada de la gestación como mecanismo de respuesta frente al riesgo fetal y materno (34); porque la insuficiencia placentaria severa puede llevar a la necesidad de interrumpir el embarazo para prevenir la muerte del feto, lo que a su vez incrementa la morbilidad neonatal (35).

- **Anomalía congénita**

Algunas enfermedades autoinmunes, como el lupus, se asocian con un mayor riesgo de parto prematuro. Si bien no siempre es posible predecir con exactitud cómo el embarazo influirá en la evolución de

esta enfermedad, se ha observado que los síntomas suelen manifestarse con mayor frecuencia en el periodo posparto. Asimismo, las mujeres con lupus presentan antecedentes obstétricos caracterizados por restricción del crecimiento fetal, tienen fetos pequeños para la edad gestacional, lo que incrementa el número de nacimientos prematuros. En casos donde la enfermedad se complica, existe además un riesgo incrementado de mortalidad fetal (36).

2.2.1.3. Factores ovulares

- **Ruptura prematura de membranas**

La RPM se define como la rotura espontánea de las membranas ovulares al menos dos horas antes del inicio del trabajo de parto (37). La RPM, se presenta por lo general en embarazos pretérmino y se asocia a diversas complicaciones maternas y neonatales. El riesgo aumenta según la edad gestacional, el volumen de líquido amniótico y el tiempo entre la ruptura y el parto. Además, se relaciona con complicaciones propias de la prematurez, como sepsis neonatal, dificultad respiratoria y hemorragia intraventricular (38). Es una de las complicaciones obstétricas más comunes y, en los embarazos pretérmino, representa un importante riesgo para la salud materna y perinatal debido a las complicaciones que puede ocasionar (37).

- **Placenta previa**

Es una alteración del embarazo debido a la implantación de la placenta en la parte más baja del útero, cubriendo de manera parcial o total el orificio cervical por donde debe pasar el bebé durante el parto (39). Esta

complicación obstétrica que se presenta cuando la placenta se implanta parcial o totalmente en el segmento inferior del útero. Entre sus principales manifestaciones clínicas destaca el sangrado vaginal abundante de color rojo brillante, generalmente de origen materno. Esta condición representa un riesgo importante durante la gestación, ya que puede ocasionar diversas complicaciones maternas y perinatales, siendo una de las más frecuentes el parto pretérmino debido a las hemorragias y alteraciones uteroplacentarias asociadas (40).

- **Líquido amniótico**

Es un líquido transparente o ligeramente de color amarillo que se encuentra dentro del saco amniótico y esta alrededor del feto y que tiene la finalidad de proteger al feto en el periodo de la gestación. Cumple funciones esenciales en el desarrollo fetal, ya que brinda protección frente a traumatismos e infecciones, favorece el movimiento fetal, contribuye al desarrollo pulmonar y ayuda a mantener una temperatura adecuada dentro del útero (41).

Sin embargo, alteraciones en la cantidad de líquido amniótico pueden generar complicaciones durante el embarazo. Entre ellas destaca el polihidramnios, caracterizado por el exceso de líquido amniótico debido a causas fetales, maternas o placentarias, condición que incrementa el riesgo de parto pretérmino y otras complicaciones obstétricas. Asimismo, cantidades inferiores a las normales producen oligohidramnios, afectando el adecuado desarrollo fetal (42).

2.2.2. Parto prematuro

Los partos prematuros pueden originarse por diversos factores. En la mayoría de los casos ocurren de manera espontánea; sin embargo, en otros se producen por indicaciones médicas, como infecciones u otras complicaciones del embarazo (43).

Para que nazca un prematuro, la gestación es menos de 37 semanas, y ocurren muchas complicaciones porque no se ha cumplido el tiempo de maduración; según estas condiciones muchas veces los médicos pueden detener parto prematuro para continuar con el normal desarrollo hasta su término; por ello, los nacidos prematuros son llevados a la unidad neonatológica de cuidados intensivos, puestos en incubadoras especiales hasta lograr el tiempo de maduración (44).

2.2.2.1. Grados de prematuridad

Los recién nacidos prematuros son aquellos que nacen antes de alcanzar las 37 semanas completas de gestación. Según la edad gestacional al momento del nacimiento son clasificados (45). Según este criterio, se distinguen diferentes categorías: parto prematuro extremo (menos de 28 semanas), muy prematuro (de 28 a menos de 32 semanas), prematuro moderado (de 32 a menos de 34 semanas) y parto prematuro tardío (de 34 a 36 semanas) (46).

- **Prematuro extremo (<28 semanas):** Los recién nacidos extremadamente prematuros, es decir, antes de las 28 semanas de gestación, suelen mostrar una inmadurez notable en sus órganos y sistemas, además de pesar generalmente menos de 1,000 gramos.

Debido a su alta vulnerabilidad, necesitan atención especializada en unidades de cuidados intensivos neonatales, donde se les proporciona soporte respiratorio con surfactante y nutrición parenteral. Asimismo, presentan una mayor probabilidad de sufrir complicaciones y consecuencias permanentes a largo plazo. Si bien los progresos de la medicina han contribuido a incrementar la supervivencia, la atención de estos casos continúa representando un importante reto para el ámbito clínico (47).

- **Prematuro temprano (28-31 semanas);** El prematuro temprano, también conocido como muy prematuro, se refiere a los recién nacidos que llegan al mundo entre las 28 y las 31 semanas con 6 días de gestación. Estos pequeños suelen tener una inmadurez orgánica significativa, con piel delgada y translúcida, poca grasa corporal, dificultades para respirar y un tono muscular reducido. Por estas razones, necesitan atención especializada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), donde se les ayuda a mantener una temperatura adecuada y se asegura que reciban la alimentación necesaria (20).
- **Prematuro moderado (32 – 33 semanas):** Los recién nacidos prematuros moderados, presentan mayor riesgo porque nacieron entre las 32 y 33 semanas con 6 días de gestación; por ello, son considerados neonatos con un riesgo moderado. A menudo, necesitan atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) para recibir apoyo respiratorio, ayuda con la alimentación y control de su temperatura

corporal. Aunque tienen una alta probabilidad de supervivencia, todavía muestran signos de inmadurez orgánica y un tono muscular reducido (48).

- **Prematuro tardío (34-36 semanas):** Se denomina prematuro tardío al recién nacido cuyo nacimiento ocurre entre las 34 y 36 semanas de gestación. Aunque son un poco más maduros que otros bebés prematuros, todavía tienen ciertas inmadureces orgánicas que los hacen más susceptibles a varias complicaciones. Entre las características más notables se encuentran un mayor riesgo de problemas respiratorios, infecciones, dificultades para alimentarse y alteraciones en su desarrollo neurológico. Además, estos bebés tienen una mayor probabilidad de ser readmitidos en el hospital y necesitan un seguimiento médico constante (49).

2.3. MARCO CONCEPTUAL

- **Factores de riesgo:** Son aquellas condiciones presentes en un individuo o población que aumenta la probabilidad de desarrollar una enfermedad (50).
- **Paciente:** Es el individuo enfermo no solo desde su condición clínica, sino también como un ser humano con valores, emociones, necesidades, derechos y experiencias propias, que deben ser considerados durante el proceso de atención y cuidado de la salud (51).



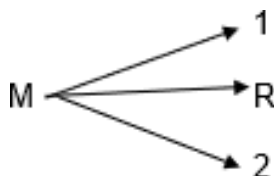
- **Parto pretérmino:** Nacimiento con menos de 37 semanas de edad gestacional (52).
- **Relacionado:** Hacer relación de un hecho. En investigación significa, relacionar dos o más variables (53).
- **Recién nacido:** Denominado también neonato, corresponde al RN que se encuentra dentro de los 28 días posteriores al nacimiento. Este período se caracteriza por importantes procesos de adaptación física, fisiológica y funcional en el medio extrauterino (54).

CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es no experimental, de corte transversal y retrospectivo, dado que las variables se estudiaron sin manipulación intencionada y la información se recopiló en un solo momento a partir de registros existentes.



Por tanto:

M: corresponde a la muestra

1: Resultados sobre los factores de riesgo.

R: Relación entre las variables

2: Resultados sobre el parto pretérmino.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

La investigación de tipo descriptivo correlacional y retrospectivo con un enfoque cuantitativo, ya que tenía como objetivo describir las variables y establecer la relación que existe entre las variables a partir de datos que ya estaban registrados

MÉTODO

En el estudio se aplicó el método hipotético-deductivo, lo que nos permitió formular hipótesis y verificar la relación entre las variables a través del análisis estadístico de los datos obtenidos.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

Conformada por 106 pacientes con diagnóstico de parto pretérmino atendidas en el Hospital "CMM" de Juliaca durante el año 2024, tal como se muestra en el siguiente cuadro

Cuadro 1. Número de partos pretérminos

Grado de prematuridad	Número
Prematuro extremo (<28 semanas)	15
Prematuro temprano (28-31 semanas)	25
Prematuro moderado (32 – 33 semanas)	30
Prematuro tardío (34-36 semanas)	36
Total	106

3.3.2. Muestra

La investigación se llevó a cabo mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo 100 historias clínicas correspondientes a pacientes diagnosticadas con parto pretérmino que reunían los criterios establecidos para el estudio. y contaron con información completa, viable para el estudio. Se excluyeron 6 historias clínicas por presentar datos incompletos.



Criterios de inclusión

Registros de historias clínicas de pacientes diagnosticadas con parto pretérmino y atendidas en el Hospital "CMM" de Juliaca durante el año 2024.

Criterios de exclusión

Historias clínicas de pacientes sin parto pretérmino.

Historias clínicas con datos incompletos.

Ámbito de estudio

La investigación se llevó a cabo en el servicio de Obstetricia del Hospital "CMM" de Juliaca durante el año 2024.

3.4. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y FUENTES

3.4.1. Técnica

Se empleó la técnica de análisis documental, mediante la revisión de historias clínicas, con el propósito de recolectar la información necesaria de la variable 1 y 2.

3.4.2. Instrumentos

Para medir la variable 1 y 2 se aplicó un instrumento denominado "ficha de recolección de datos" debidamente estructurada, para obtener datos de manera directa de las historias clínicas.

Fuente

- **Primarias:** Historias clínicas con parto pretérmino.
- **Secundarias:** Artículos relacionadas con temas de estudio.



3.5. PLAN DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Se realizaron las coordinaciones necesarias para acceder a los registros clínicos y posteriormente se efectuó la revisión y análisis ordenado de la información recopilada. La recolección y el registro de los datos se realizaron de manera ordenada y estructurada, elaborándose un reporte sistemático en un periodo de 60 días calendario.

3.6. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

El análisis se llevó a cabo evaluando la relación entre los factores maternos y la ocurrencia de partos pretérmino. Para establecer esta conexión, se utilizó la prueba estadística de Chi cuadrado (χ^2), que es adecuada para variables categóricas, y se consideró un nivel de significancia de 0,05.

3.7. VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

3.7.1. Validación

Los instrumentos fueron validados por médicos especialistas en Ginecología – Obstetricia mediante juicio de expertos (Anexo 5).

3.7.2. Confiabilidad

La confiabilidad estuvo respaldada por procedimientos de control de calidad, evidenciándose una alta consistencia de los registros y una baja discrepancia entre digitaciones, lo que reflejó niveles adecuados en los datos registrados en el periodo de investigación.



CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1 Edad materna y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.

Edad Materna	Grado de Prematuridad								Total	
	Extremo		Temprano		Moderado		Tardío			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Menor de 20 años	5	5.0	7	7.0	5	5.0	3	3.0	20	20.0
De 20 a 34 años	8	8.0	12	12.0	17	17.0	25	25.0	62	62.0
Mayor o igual de 35 años	2	2.0	6	6.0	8	8.0	2	2.0	18	18.0
Total	15	15.0	25	25.0	30	30.0	30	30.0	100	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}= 11,186$ $Ns= 0,083$ $NO ES SIGNIFICATIVA$

$X^2_{tab}= 12,59$ $GI=$

Figura 1. Edad materna y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.

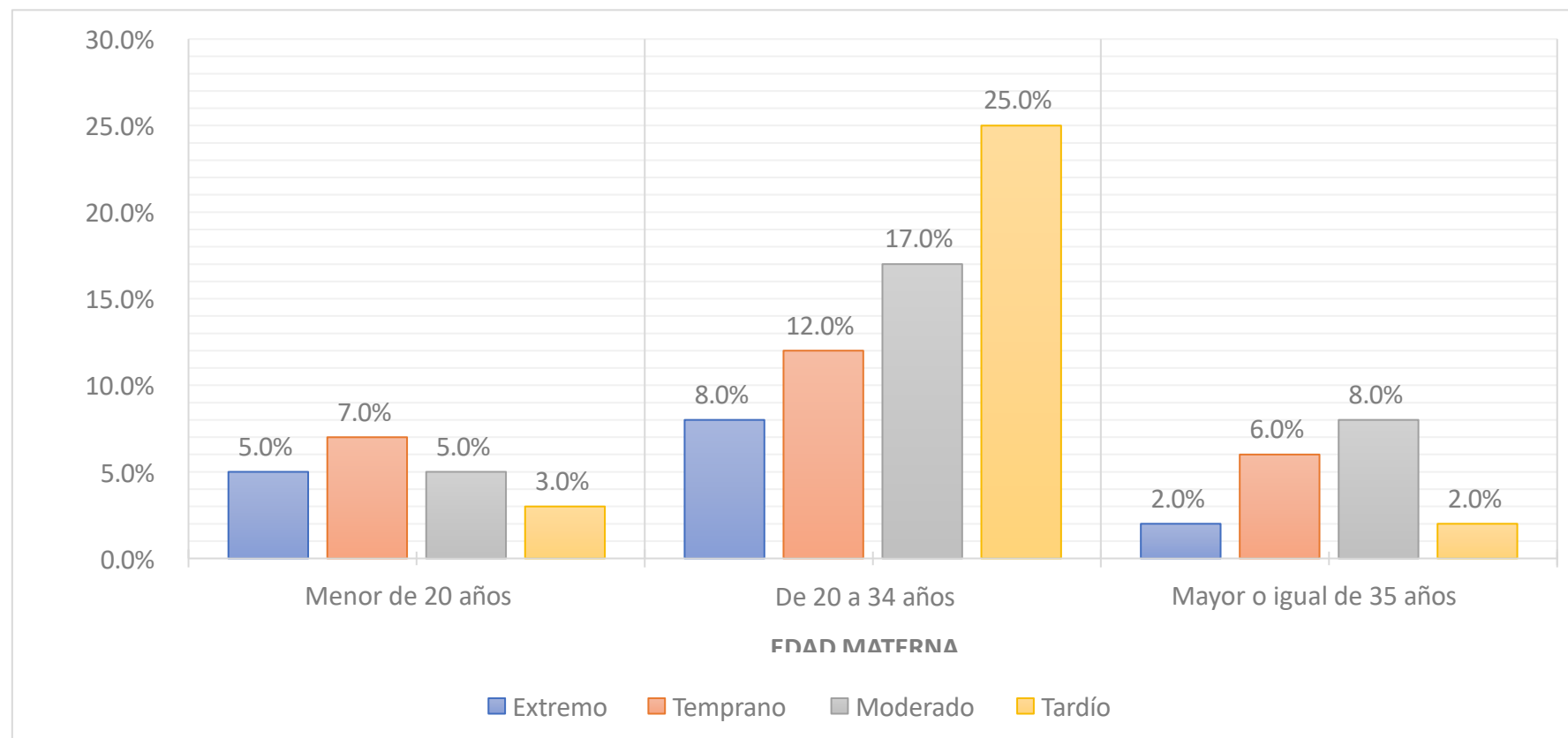


Tabla y figura 1, Analizó los resultados sobre la edad materna y grado de prematuridad en pacientes, donde se observó que el 62,0% tenían entre 20 y 34 años, el 20,0% eran de 20 años y el 18,0% tenían 35 años o más.

En cuanto a la distribución por grados 5,0% presentó prematuridad extrema, 7,0% prematuridad temprana, 5,0% prematuridad moderada y el 3,0% prematuridad tardía. Entre las 20 a 34 años, el 8,0% presentó prematuridad extrema, 12,0% prematuridad temprana, 17,0% prematuridad moderada y 25,0% prematuridad tardía. En el grupo de 35 años o más, 2,0% presentó prematuridad extrema, 6,0% prematuridad temprana, 8,0% prematuridad moderada y 2,0% prematuridad tardía.

Chi cuadrado para se realizó con error 5%, obteniéndose $X^2_{cal} = 11,186$, $X^2_{tab} = 12,59$, con $gl = 6$ y $p\text{-valor} = 0,083$. Al ser el valor calculado menor al tabular y $p > 0,05$, se concluye las pacientes estudiadas Hospital Monge Medrano.

Bianchi (7), señala que la edad está relacionada al grado de prematuridad, especialmente en edades extremas (<20 o ≥ 35 años), pero este efecto no siempre es estadísticamente significativo, dependiendo de la población y otros factores concurrentes. De la misma manera, **Córdova** (10) ha señalado que la edad extrema incrementa el riesgo, aunque en algunos estudios como el presente no se evidencie asociación estadística directa.

Desde la teoría, la edad materna podría influir en la calidad del ambiente intrauterino, la elasticidad cervical y la presencia de comorbilidades; sin embargo, en esta muestra, la distribución de los casos y la falta de diferencias



Tabla 2. Grado de instrucción materna y su relación con el grado prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.

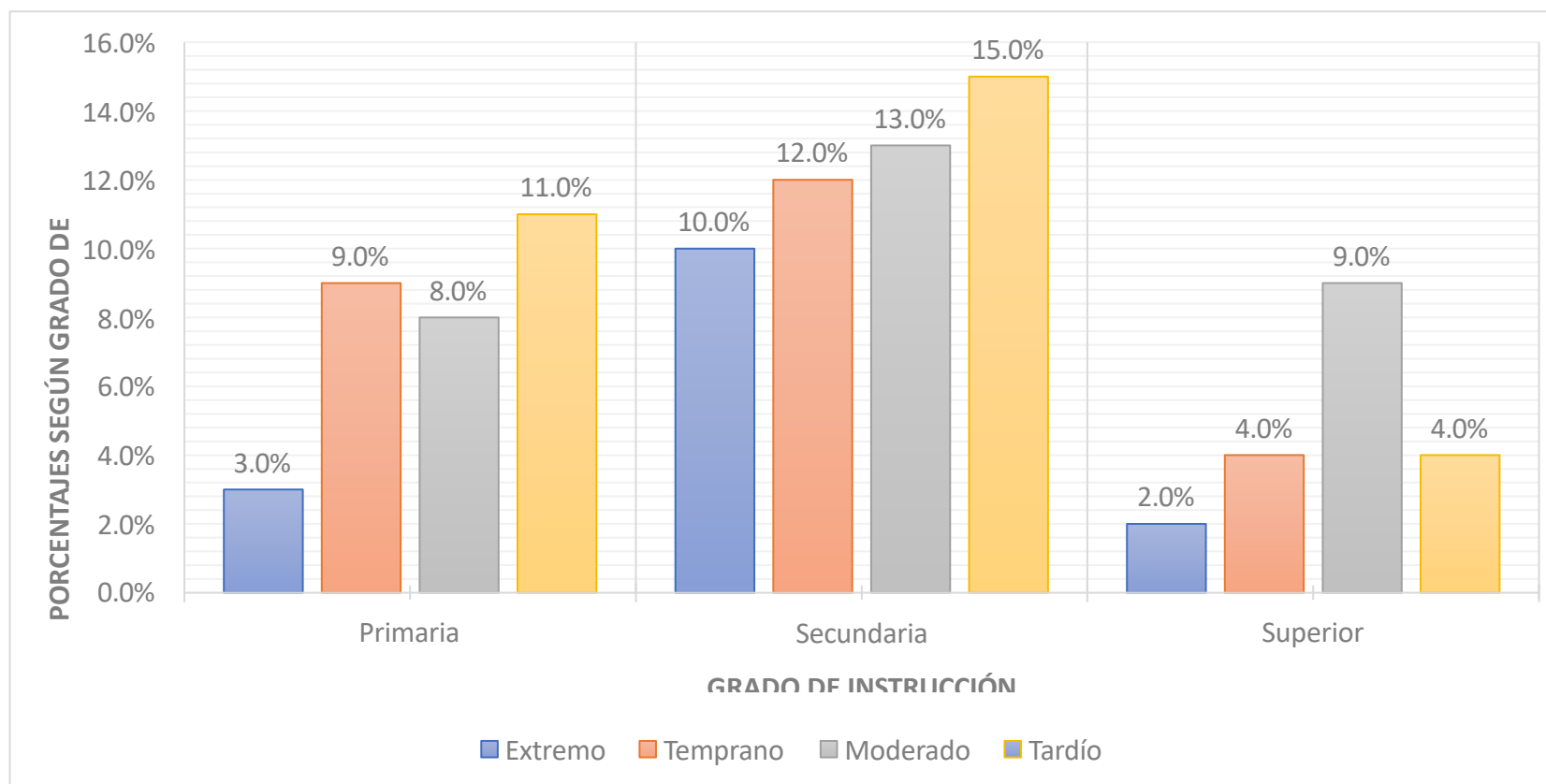
Grado de Instrucción	Grado de Prematuridad								Total	
	Extremo		Temprano		Moderado		Tardío			
	Fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Primaria	3	3.0	9	9.0	8	8.0	11	11.0	31	31.0
Secundaria	10	10.0	12	12.0	13	13.0	15	15.0	50	50.0
Superior	2	2.0	4	4.0	9	9.0	4	4.0	19	19.0
Total	15	15.0	25	25.0	30	30.0	30	30.0	100	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}= 5,189$ $Ns= 0,520$ $NO ES SIGNIFICATIVA$

$X^2_{tab}= 12,59$ $Gl= 6$

Figura 2. Grado de instrucción materna y su relación con el grado prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024



Fuente: Tabla 2

Tabla y figura 2, Se muestra los resultados del análisis realizado entre el grado instrucción materna y grado de prematuridad en pacientes, se observó 50,0% secundaria, 31,0% primaria y 19,0% educación superior.

En cuanto a la distribución por grados de prematuridad, entre las que tenían primaria 3,0% presentó prematuridad extrema, 9,0% prematuridad temprana, el 8,0% prematuridad moderada y 11,0% prematuridad tardía. En el grupo con secundaria, 10,0% presentó prematuridad extrema, 12,0% temprana, 13,0% moderada y 15,0% tardía. Entre las de educación superior, 2,0% presentó prematuridad extrema, 4,0% temprana, 9,0% moderada y 4,0% tardía.

La prueba de chi cuadrado realizó obteniéndose $X^2_{cal} = 5,189$, $X^2_{tab} = 12,59$, con $gl = 6$ y $p\text{-valor} = 0,520$. Dado $p > 0,05$, estadísticamente significativa instrucción materna y grado prematuridad las pacientes evaluadas Hospital Carlos Medrano, 2024.

Córdova (10), un menor nivel educativo suele relacionarse con hábitos saludables, pretérmino. **Thomas** (8), la influencia de este factor puede diluirse en entornos donde otros determinantes como atención prenatal o la presencia de factores patológicos tienen un peso mayor.

En esta muestra, este hallazgo confirma que el nivel educativo por sí solo no determinó el grado de prematuridad médica materna, salud y las características fetales, podrían tener una influencia más directa en la ocurrencia.



Tabla 3. Hábitos nocivos maternos y su relación con el grado prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.

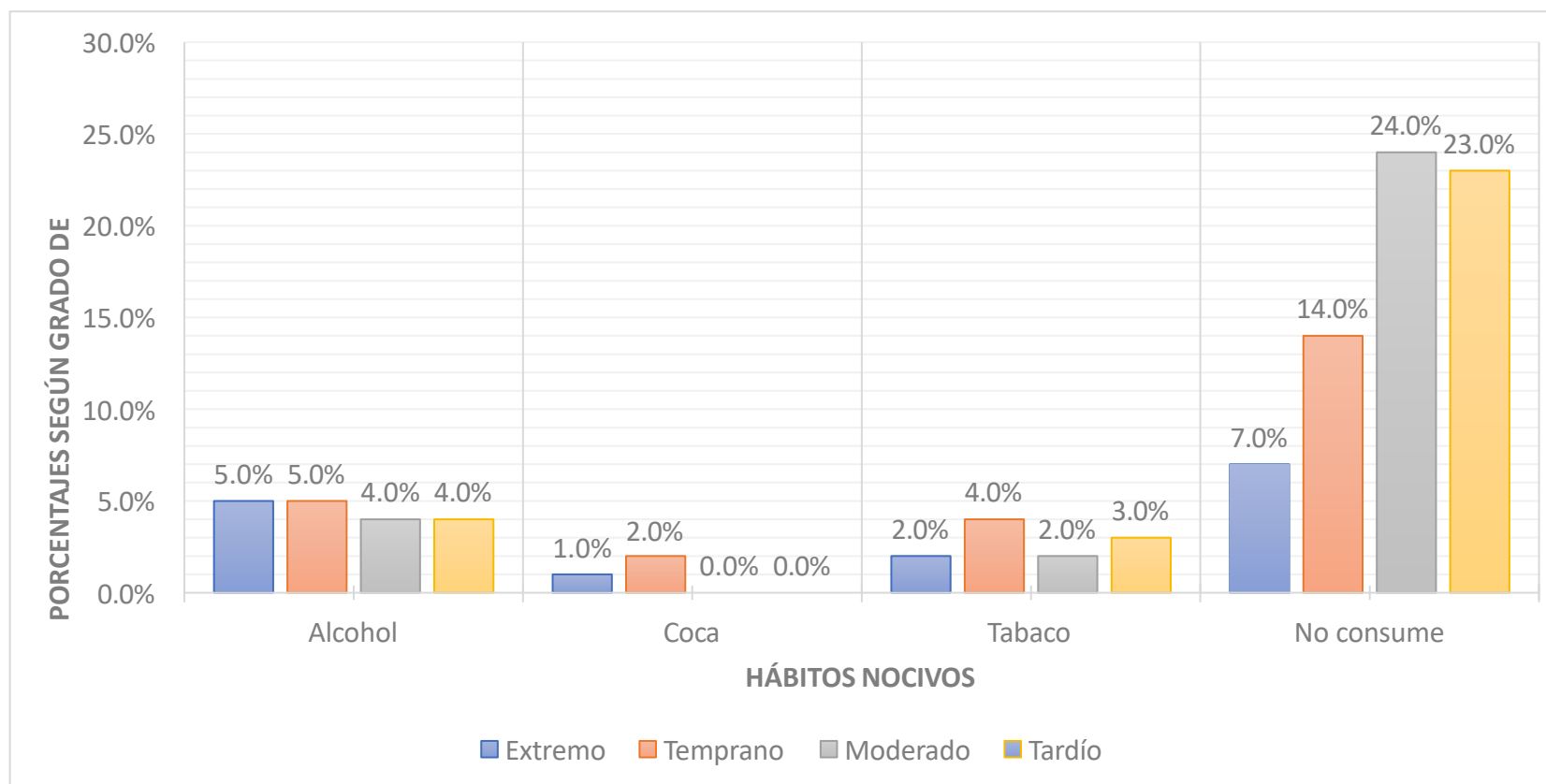
Hábitos Nocivos	Grado de Prematuridad								Total	
	Extremo		Temprano		Moderado		Tardío			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Alcohol	5	5.0	5	5.0	4	4.0	4	4.0	18	18.0
Coca	1	1.0	2	2.0	0	0.0	0	0.0	3	3.0
Tabaco	2	2.0	4	4.0	2	2.0	3	3.0	11	11.0
No consume	7	7.0	14	14.0	24	24.0	23	23.0	68	68.0
Total	15	15.0	25	25.0	30	30.0	30	30.0	100	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}= 10,978$ $Ns= 0,277$ *NO ES SIGNIFICATIVA*

$X^2_{tab}= 16,92$ $G/= 9$

Figura 3. Hábitos nocivos maternos y su relación con el grado prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.



Fuente: Tabla 3

Tabla y figura 3, Evidencia los resultados del análisis realizado entre los hábitos nocivos maternos y el grado de prematuridad en pacientes, donde se observó que 68,0% no reportaron consumo sustancias nocivas, mientras que 18,0% refirió consumo de alcohol, 11,0% tabaco y 3,0% coca.

En cuanto a la distribución por grados de prematuridad, entre las que consumían alcohol 5,0% presentó prematuridad extrema, 5,0% temprana, 4,0% moderada y 4,0% tardía. Entre las consumidoras de coca, 1,0% tuvo prematuridad extrema, 2,0% temprana, sin casos de prematuridad moderada ni tardía. El grupo que consumía tabaco, 2,0% presentó prematuridad extrema, 4,0% temprana, 2,0% moderada y 3,0% tardía. Entre las que no consumían 7,0% presentó prematuridad extrema, 14,0% temprana, 24,0% moderada y 23,0% tardía.

La prueba de chi cuadrado realizó error 5%, obteniéndose $X^2_{cal} = 10,978$, $X^2_{tab} = 16,92$, con $gl = 9$ y $p\text{-valor} = 0,277$. Dado $p > 0,05$, se concluye que no existe los hábitos nocivos y el grado de prematuridad en las pacientes evaluadas Hospital Juliaca 2024.

García (4), se asocia a alteraciones placentarias y retraso en el crecimiento intrauterino, lo que podría favorecer parto pretérmino. Sin embargo, como mencionan **Muller** (6) y **Córdova** (10), en algunos contextos esta asociación no alcanza significancia estadística, posiblemente por la baja prevalencia de consumo en la población.

Los hábitos nocivos pudrían influir de otros factores de riesgo maternos y obstétricos, como la preeclampsia, el índice de masa corporal y la atención prenatal, que sí mostraron mayor relevancia estadística en otras tablas.



Tabla 4. Índice masa corporal materno y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024

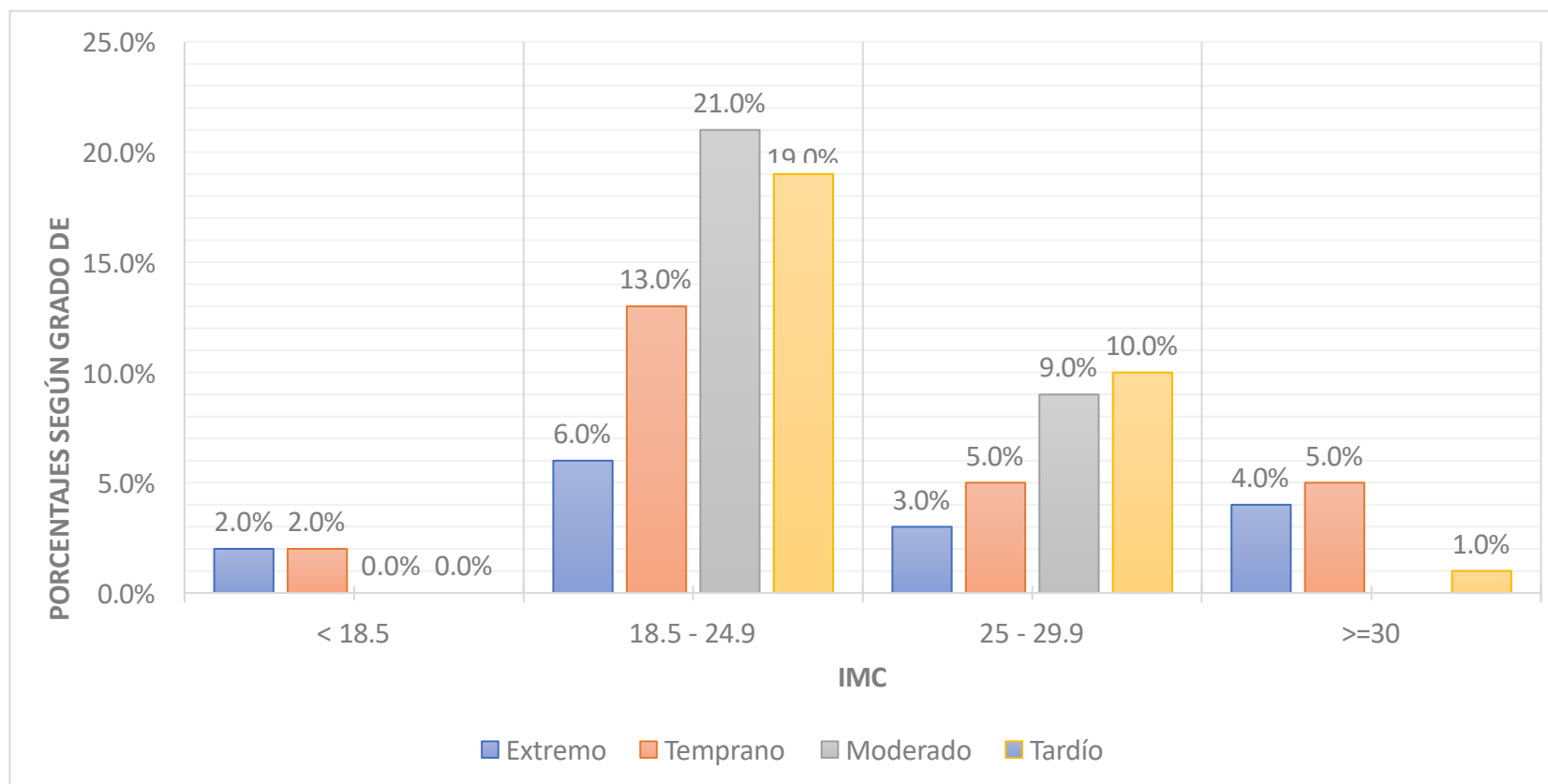
IMC	Grado de Prematuridad								Total	
	Extremo		Temprano		Moderado		Tardío			
	Fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Menor de 18.5	2	2.0	2	2.0	0	0.0	0	0.0	4	4.0
De 18.5 - 24.9	6	6.0	13	13.0	21	21.0	19	19.0	59	59.0
De 25 - 29.9	3	3.0	5	5.0	9	9.0	10	10.0	27	27.0
Mayor o igual a 30	4	4.0	5	5.0	0	0.0	1	1.0	10	10.0
Total	15	15.0	25	25.0	30	30.0	30	30.0	100	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}= 20,774$ $Ns= 0,014$ *ES SIGNIFICATIVA*

$X^2_{tab}= 16,92$ $Gl= 9$

Figura 4. Índice masa corporal materno y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024



Fuente: Tabla 4

Tabla y figura 4, Evidencia los resultados del análisis realizado entre el índice masa corporal (IMC) materno y grado prematuridad pacientes parto pretérmino, donde se observa que el 59,0% pacientes presentaron IMC 27,0% sobrepeso 10,0% obesidad 4,0% bajo peso.

En cuanto a la distribución por grados de prematuridad, las pacientes con bajo peso 2,0% presentó prematuridad extrema, 2,0% temprana y no se reportaron casos de prematuridad moderada o tardía. Entre las de IMC normal, 6,0% presentó prematuridad extrema, 13,0% temprana, 21,0% moderada y 19,0% tardía. En las pacientes con sobrepeso, 3,0% presentó prematuridad extrema, 5,0% temprana, 9,0% moderada y 10,0% tardía. En las pacientes con obesidad, 4,0% presentó prematuridad extrema, 5,0% temprana, sin casos de prematuridad moderada y 1,0% tardía.

La prueba de chi cuadrado realizó error 5%, obteniéndose $X^2_{cal} = 20,774$, $X^2_{tab} = 16,92$, con $gl = 9$ y $p\text{-valor} = 0,014$. Valor calculado es $p < 0,05$, concluye existe asociación grado de prematuridad evaluadas Hospital Monge Medrano, 2024.

Según **Bianchi** (7) y **Muller** (6), señalan que el estado nutricional materno influye directamente en el desarrollo fetal y siendo bajo peso obesidad factores que pueden alterar el ambiente intrauterino, favorecer complicaciones restricción y precipitar antes de término. **Córdova** (10) por su relación con enfermedades metabólicas y alteraciones placentarias.

Este hallazgo confirma que el estado nutricional materno, reflejado en el IMC, es un determinante importante de prematuridad.



Tabla 5. Número de controles prenatales y su grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.

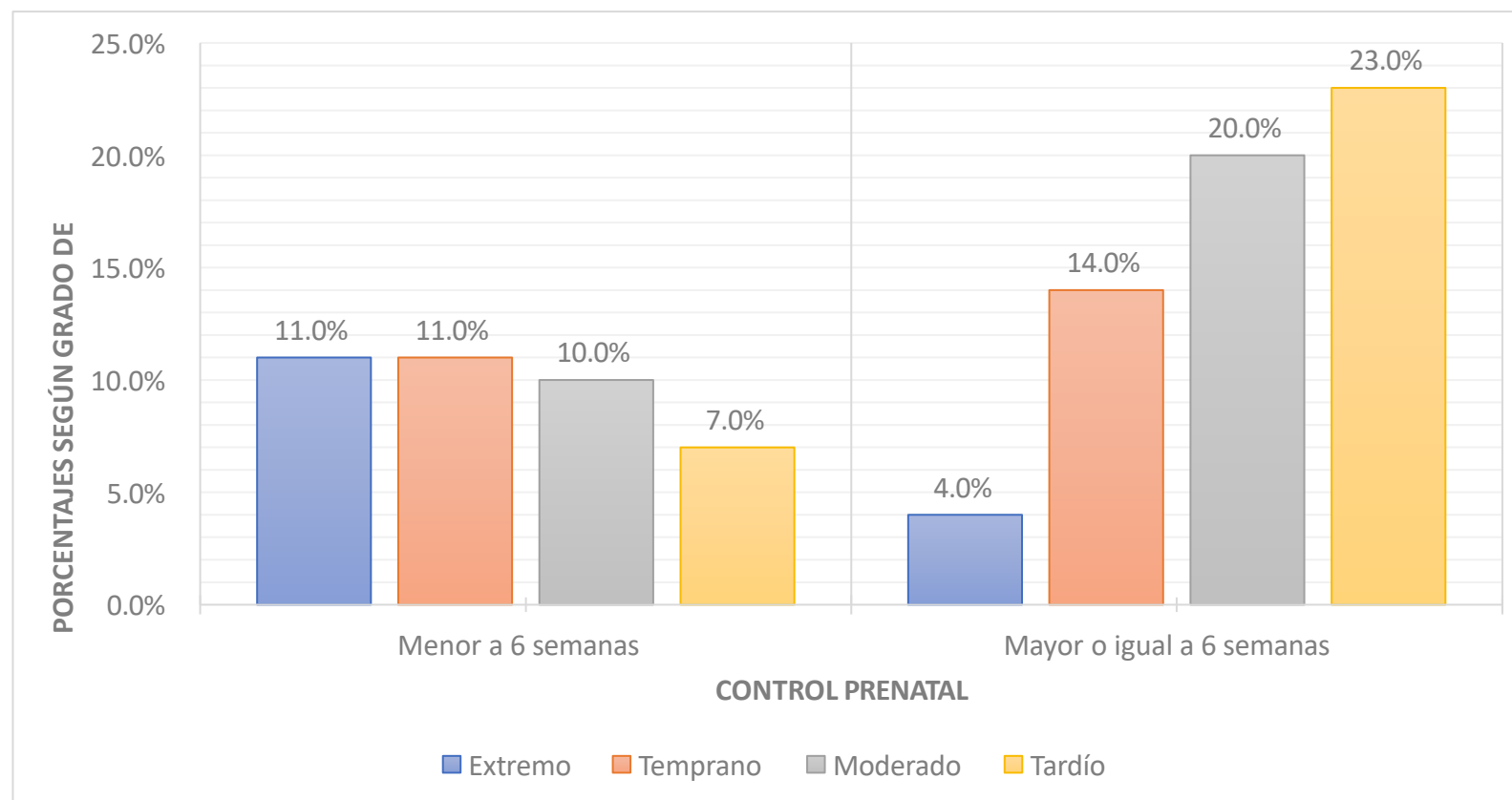
Control Prenatal	Grado de Prematuridad								Total	
	Extremo		Temprano		Moderado		Tardío			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Menor a 6 controles	11	11.0	11	11.0	10	10.0	7	7.0	39	39.0
Mayor o igual a 6 controles	4	4.0	14	14.0	20	20.0	23	23.0	61	61.0
Total	15	15.0	25	25.0	30	30.0	30	30.0	100	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}= 11,195$ $Ns= 0,011$ $ES SIGNIFICATIVA$

$X^2_{tab}= 7,82$ $Gl= 3$

Figura 5. Número de controles prenatales y su grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024



Fuente: Tabla 5

Tabla y figura 5, Muestra los resultados del análisis entre los controles prenatales y grado prematuridad en pacientes con parto pretérmino. Se observó que 61,0% pacientes realizaron seis o más controles prenatales, mientras 39,0% tuvo menos de seis controles.

En cuanto a la distribución por grados de prematuridad, entre las pacientes con menos de seis controles, 11,0% presentó prematuridad extrema, 11,0% temprana, 10,0% moderada y 7,0% tardía. En aquellas con seis o más controles, 4,0% presentó prematuridad extrema, 14,0% temprana, 20,0% moderada y 23,0% tardía.

La prueba de chi cuadrado se realizó error 5%, obteniéndose $X^2_{cal} = 11,195$, $X^2_{tab} = 7,82$, con $gl = 3$ y $p\text{-valor} = 0,011$. Al ser el valor calculado mayor que el tabular y $p < 0,05$, concluye controles prenatales y grado prematuridad las pacientes evaluadas Hospital Carlos Monge 2024.

Según **Cárdenas** (15) y **Cori** (12), la atención prenatal oportuna y suficiente permite detectar y manejar condiciones de riesgo como infecciones, hipertensión o problemas placentarios. De igual forma, para optimizar los resultados perinatales. Este hallazgo confirma control prenatal insuficiente es un factor determinante en la severidad de la prematuridad, resaltando la importancia de implementar estrategias que garanticen la asistencia regular de la gestante a sus controles y la detección temprana de complicaciones.



Tabla 6. Infecciones urogenitales y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024

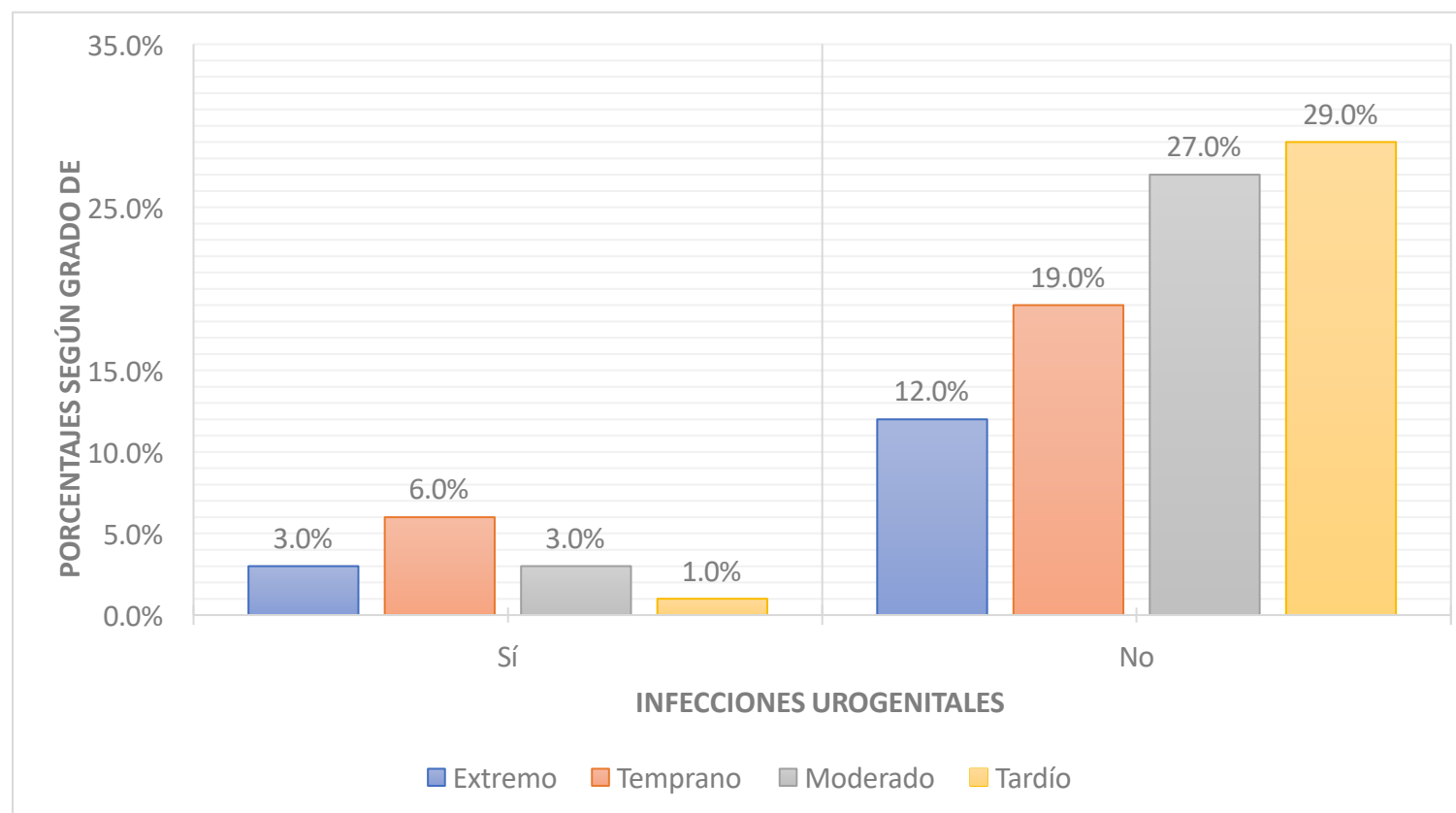
Infecciones Urogenitales	Grado de Prematuridad								Total	
	Extremo		Temprano		Moderado		Tardío			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sí	3	3.0	6	6.0	3	3.0	1	1.0	13	13.0
No	12	12.0	19	19.0	27	27.0	29	29.0	87	87.0
Total	15	15.0	25	25.0	30	30.0	30	30.0	100	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}= 6,042$ $Ns= 0,110$ *NO ES SIGNIFICATIVA*

$X^2_{tab}= 7,82$ $Gl= 3$

Figura 6. Infecciones urogenitales y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024



Fuente: Tabla 6

Tabla y figura 6, Se analizó las infecciones urogenitales y el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino. 87,0% de pacientes no presentaron infecciones urogenitales, mientras 13,0% sí las reportaron.

En cuanto a la distribución por grados de prematuridad, las pacientes con infección urogenital 3,0% presentó prematuridad extrema, 6,0% temprana, 3,0% moderada y 1,0% tardía. No presentaron infección, 12,0% presentó prematuridad extrema, 19,0% temprana, 27,0% moderada y 29,0% tardía.

La prueba de Chi cuadrado realizó error 5%, obteniéndose $X^2_{cal} = 6,042$, $X^2_{tab} = 7,82$, con $gl = 3$ y $p\text{-valor} = 0,110$. Dado $p > 0,05$, concluye no existe asociación significativa presencia de infecciones urogenitales y grado prematuridad pacientes evaluadas Hospital Carlos Medrano, 2024.

García (4) y **Córdova** (10), las infecciones urogenitales ya que pueden desencadenar inflamación y liberación de prostaglandinas que estimulan el trabajo de parto. Sin embargo, como mencionan **Muller** (6) y **Thomas** (8), la falta de asociación estadística en ciertos estudios puede deberse infecciones durante la gestación, reduce impacto severidad de la prematuridad.

En esta muestra, este hallazgo sugiere que la forma más correcta en el manejo de las infecciones urogenitales durante el embarazo podría haber mitigado su influencia en el grado de prematuridad, o que su peso relativo es menor frente a otros como índice de masa corporal, el control prenatal o la preeclampsia.



Tabla 7. Preeclampsia y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino en el hospital Carlos Medrano de Juliaca en el año 2024

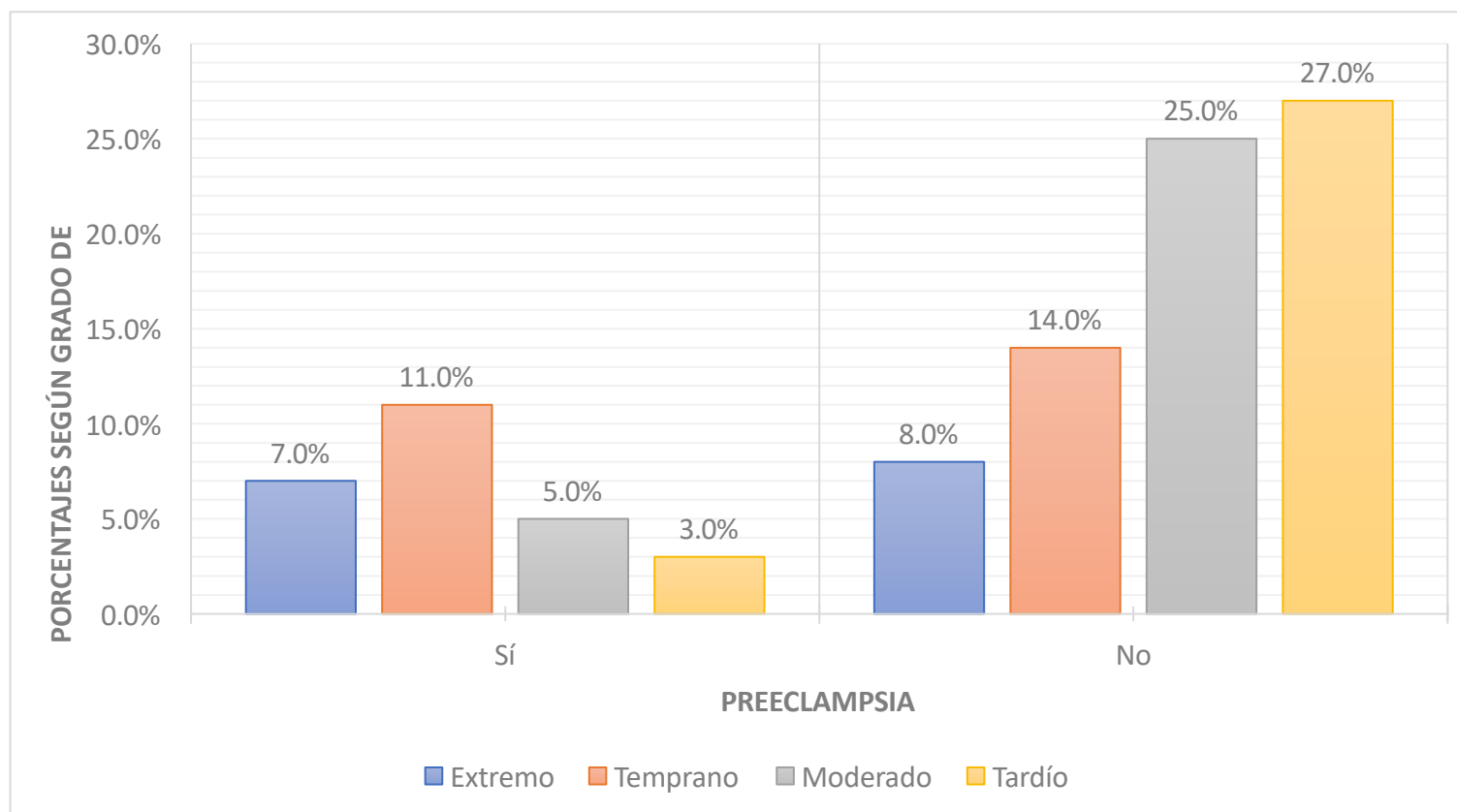
Preeclampsia	Grado de Prematuridad								Total	
	Extremo		Temprano		Moderado		Tardío			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sí	7	7.0	11	11.0	5	5.0	3	3.0	26	26.0
No	8	8.0	14	14.0	25	25.0	27	27.0	74	74.0
Total	15	15.0	25	25.0	30	30.0	30	30.0	100	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}= 12,890$ $Ns= 0,005$ *ES SIGNIFICATIVA*

$X^2_{tab}= 7,82$ $G/= 3$

Figura 7. Preeclampsia y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino en el hospital Carlos Medrano de Juliaca en el año 2024



Fuente: Tabla 7

Tabla y figura 7, Se analizó la preeclampsia y grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino, donde se visualiza que el 74,0% de pacientes no presentaron preeclampsia, mientras que el 26,0% sí manifestó esta condición.

En cuanto a la distribución por grados de prematuridad, entre las pacientes con preeclampsia 7,0% presentó prematuridad extrema, 11,0% temprana, 5,0% moderada y 3,0% tardía. Entre las pacientes sin preeclampsia, 8,0% presentó prematuridad extrema, 14,0% temprana, 25,0% moderada y 27,0% tardía.

La prueba de chi cuadrado realizó 5%, obteniéndose $X^2_{cal} = 12,890$, $X^2_{tab} = 7,82$, con $gl = 3$ y $p\text{-valor} = 0,005$. Al ser el valor calculado mayor que el tabular y $p < 0,05$, concluye preeclampsia y grado prematuridad pacientes evaluadas Hospital Carlos Medrano, 2024.

Bianchi (7) y **Córdova** (10), la preeclampsia compromete perfusión placentaria y genera sufrimiento fetal, obligando a interrumpir el embarazo de forma anticipada. De la misma manera, **Muller** (6) describe que la severidad de la preeclampsia guarda relación con una mayor probabilidad de prematuridad extrema o temprana.

Este hallazgo confirma que la preeclampsia determina no solo ocurrencia del parto pretérmino, sino la severidad del mismo, la detección temprana de hipertensión en el embarazo y el manejo oportuno de sus complicaciones.



Tabla 8. Diabetes materna y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024

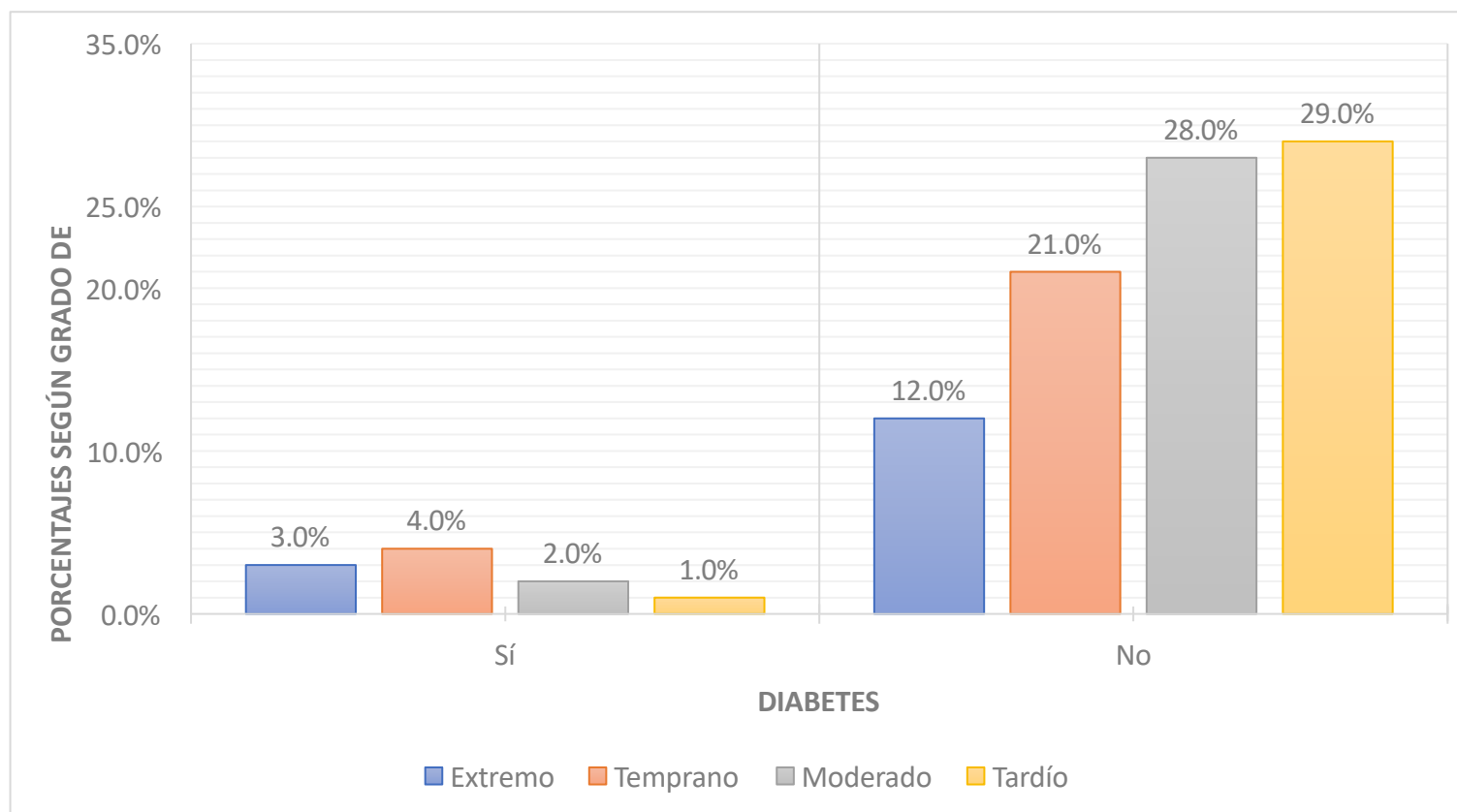
Diabetes	Grado de Prematuridad								Total	
	Extremo		Temprano		Moderado		Tardío			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sí	3	3.0	4	4.0	2	2.0	1	1.0	10	10.0
No	12	12.0	21	21.0	28	28.0	29	29.0	90	90.0
Total	15	15.0	25	25.0	30	30.0	30	30.0	100	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}= 4,519$ $Ns= 0,211$ *NO ES SIGNIFICATIVA*

$X^2_{tab}= 7,82$ $Gl= 3$

Figura 8. Diabetes materna y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024



Fuente: Tabla 8

Tabla y figura 8, Se analizó la diabetes materna y el grado de prematuridad en pacientes con parto prematuro, donde el 90,0% de las pacientes no presentaron diabetes, mientras 10,0% sí la padecieron.

En cuanto a la distribución por grados de prematuridad, entre las pacientes con diabetes 3,0% presentó prematuridad extrema, 4,0% temprana, 2,0% moderada y 1,0% tardía. Entre las pacientes sin diabetes, 12,0% presentó prematuridad extrema, 21,0% temprana, 28,0% moderada y 29,0% tardía.

Los resultados de la prueba estadística Chi cuadrado realizada con un error del 5%, se obtuvo $X^2_{cal} = 4,519$, $X^2_{tab} = 7,82$, con $gl = 3$ y $p\text{-valor} = 0,211$. Dado $p > 0,05$, se concluye no existe asociación significativa diabetes materna prematuridad en pacientes evaluadas Hospital Carlos Medrano, 2024.

De acuerdo con **Córdova** (10) y **Bianchi** (7), la diabetes gestacional o pregestacional puede predisponer a complicaciones obstétricas que incrementen el riesgo de parto pretérmino, principalmente por macrosomía, polihidramnios o compromiso placentario. Sin embargo, como señalan **Muller** (6) y **Thomas** (8), un control glucémico adecuado durante el embarazo puede reducir este riesgo, lo que explicaría la falta de significancia estadística en algunos estudios.

En esta muestra, este hallazgo sugiere que el adecuado manejo de la diabetes durante la gestación podría haber minimizado su impacto en la severidad del parto pretérmino, aunque no debe descartarse como factor de riesgo en contextos donde el control metabólico no es óptimo.



Tabla 9. Embarazo múltiple y su grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024

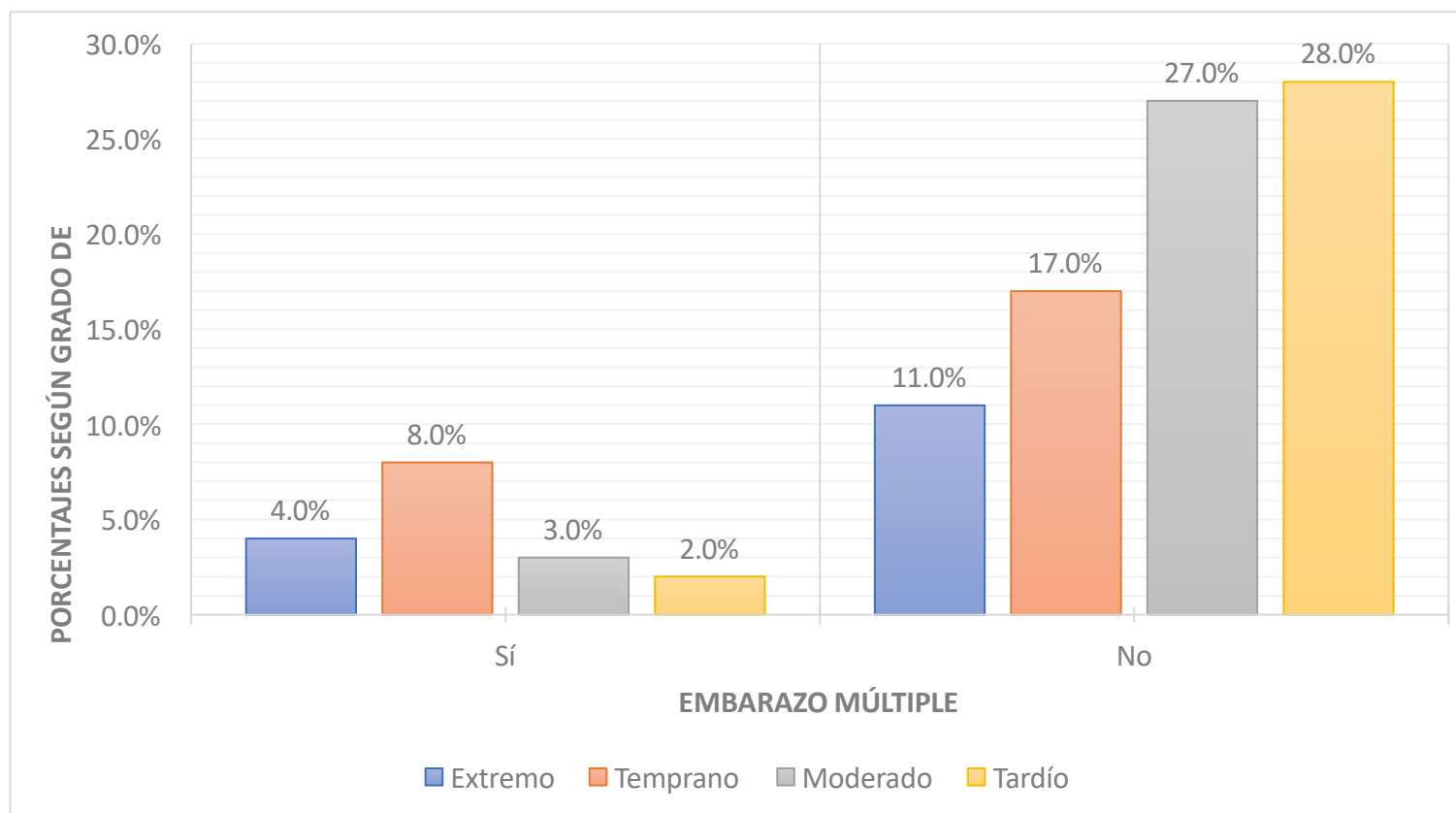
Embarazo Múltiple	Grado de Prematuridad								Total	
	Extremo		Temprano		Moderado		Tardío			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sí	4	4.0	8	8.0	3	3.0	2	2.0	17	17.0
No	11	11.0	17	17.0	27	27.0	28	28.0	83	83.0
Total	15	15.0	25	25.0	30	30.0	30	30.0	100	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}= 8,292$ $Ns= 0,040$ $ES SIGNIFICATIVA$

$X^2_{tab}= 7,82$ $Gl= 3$

Figura 9. Embarazo múltiple y su grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024



Fuente: Tabla 9

Tabla y figura 9, Demuestran la relación entre el embarazo múltiple y grado prematuridad en pacientes con parto pretérmino. donde 83,0% de pacientes cursaron embarazos únicos, mientras 17,0% presentó embarazos múltiples.

En cuanto a la distribución por grados de prematuridad, entre las pacientes con embarazo múltiple 4,0% presentó prematuridad extrema, 8,0% temprana, 3,0% moderada y 2,0% tardía. En pacientes con embarazo único, 11,0% presentó prematuridad extrema, 17,0% temprana, 27,0% moderada y 28,0% tardía.

Prueba Chi cuadrado realizó error 5%, obteniéndose $X^2_{cal} = 8,292$, $X^2_{tab} = 7,82$, con $gl = 3$ y $p\text{-valor} = 0,040$. Valor calculado mayor tabular $p < 0,05$, se concluye existe asociación significativa embarazo múltiple y grado prematuridad las pacientes evaluadas Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.

Muller (6) y **García** (4), menciona que los embarazos múltiples tienen mayor riesgo debido a la sobre distensión uterina, aumento de la demanda metabólica materna y mayor incidencia de complicaciones como la preeclampsia o el polihidramnios. De la misma manera, **Córdova** (10) señala que la probabilidad de prematuridad extrema o temprana es considerablemente mayor en gestaciones gemelares o triples.

Lo señalado por los autores confirman que el factor embarazos múltiples es determinante no solo para la presentación de partos prematuros, sino en la prematuridad especialmente en estadios más severos, lo que implica la necesidad de un control prenatal más frecuente, vigilancia estricta del bienestar fetal y planificación anticipada del parto en estas gestaciones.



Tabla 10. Retardo del crecimiento intrauterino y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Medrano de Juliaca en el año 2024

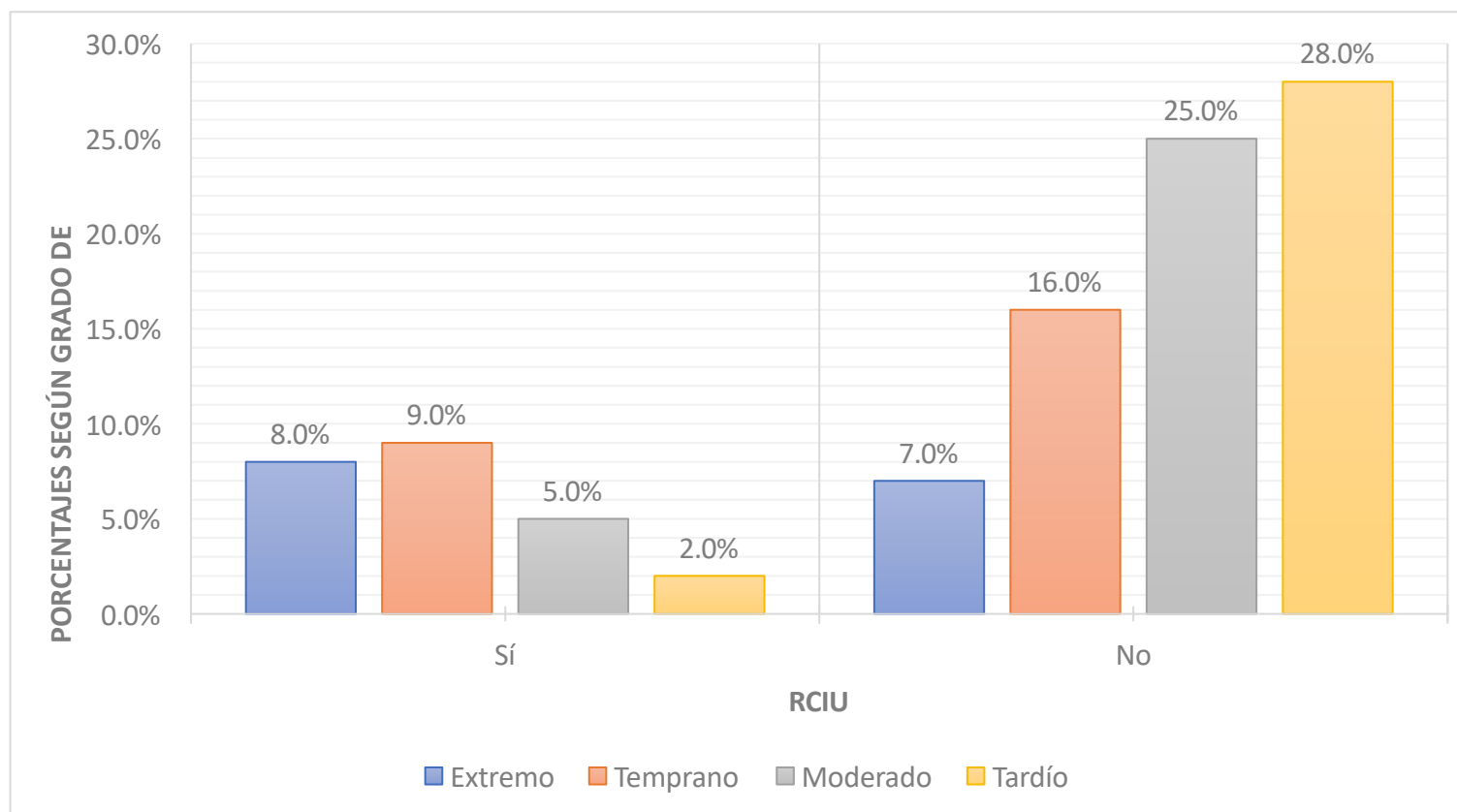
RCIU	Grado de Prematuridad								Total	
	Extremo		Temprano		Moderado		Tardío			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sí	8	8.0	9	9.0	5	5.0	2	2.0	24	24.0
No	7	7.0	16	16.0	25	25.0	28	28.0	76	76.0
Total	15	15.0	25	25.0	30	30.0	30	30.0	100	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}= 14,876$ $Ns= 0,002$ $ES SIGNIFICATIVA$

$X^2_{tab}= 7,82$ $G/= 3$

Figura 10. Retardo del crecimiento intrauterino y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Medrano de Juliaca en el año 2024



Fuente: Tabla 10

Tabla y figura 10, Se analizó el retardo crecimiento intrauterino (RCIU) y grado prematuridad en pacientes. Donde el 76,0% pacientes no presentaron RCIU, mientras 24,0% sí padecieron.

En cuanto a la distribución por grados de prematuridad, entre las pacientes con RCIU 8,0% presentó prematuridad extrema, 9,0% temprana, 5,0% moderada y 2,0% tardía. Entre las que no presentaron RCIU, 7,0% presentó prematuridad extrema, 16,0% temprana, 25,0% moderada y 28,0% tardía.

La prueba chi cuadrado realizó error 5%, obteniéndose $X^2_{cal} = 14,876$, $X^2_{tab} = 7,82$, con $gl = 3$ y $p\text{-valor} = 0,002$. Al ser el valor calculado mayor que el tabular y $p < 0,05$, concluye asociación significativa presencia RCIU y grado prematuridad pacientes evaluadas Hospital Carlos Medrano, Juliaca 2024.

Córdova (10), el RCIU es factor mayor peso en la etiología del parto pretérmino, refleja compromiso aporte de oxígeno y nutrientes al feto. **Ruíz** (9) y **Cutimbo** (14) señalan RCIU coexiste patologías con preeclampsia placentarias, incrementa probabilidad de parto ocurra etapas más tempranas de la gestación.

Asimismo, **Silva** (11) y **Maranga** (18) han encontrado que, en gestantes con RCIU, es más frecuente la necesidad de interrupción temprana del embarazo para prevenir mortalidad perinatal, **Cori** (12) destaca RCIU, ruptura prematura de membranas con factores mayor asociación prematuridad ave.

Este hallazgo confirma RCIU es determinante clave para severidad, respaldando necesidad de diagnóstico precoz mediante ecografía y seguimiento Dopple.



Tabla 11. Anomalías congénitas y grado de prematuridad de pacientes con parto pretérmino en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024

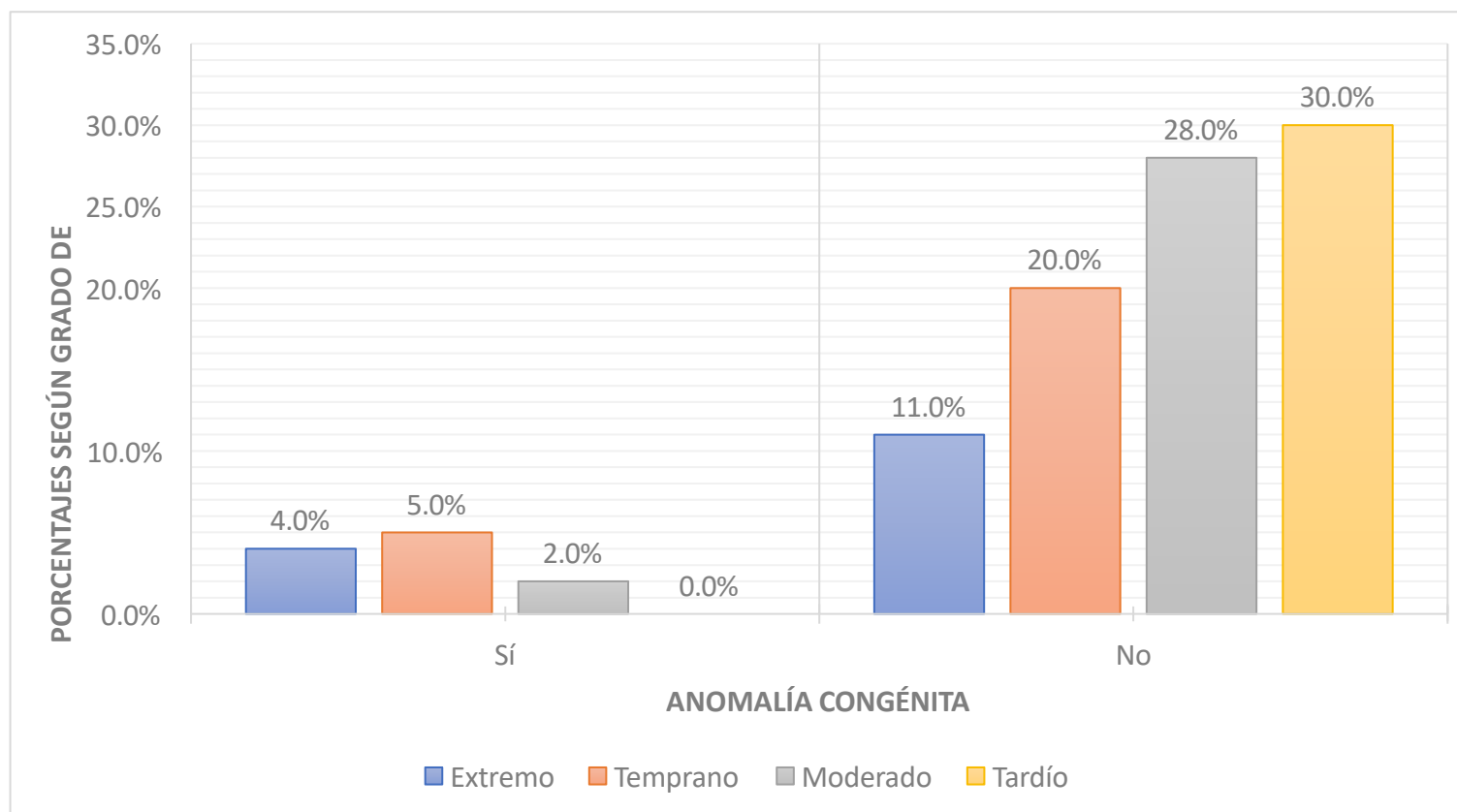
Anomalía Congénita	Grado de Prematuridad								Total	
	Extremo		Temprano		Moderado		Tardío			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sí	4	4.0	5	5.0	2	2.0	0	0.0	11	11.0
No	11	11.0	20	20.0	28	28.0	30	30.0	89	89.0
Total	15	15.0	25	25.0	30	30.0	30	30.0	100	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}= 10,112$ $Ns= 0,018$ $ES SIGNIFICATIVA$

$X^2_{tab}= 7,82$ $Gl= 3$

Figura 11. Anomalías congénitas y su grado de prematuridad de pacientes con parto pretérmino en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024



Fuente: Tabla 11

Tabla y figura 11, Se demuestra los resultados de la relación entre las anomalías congénitas y grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino. Donde el 11,0% gestantes presentaron anomalías congénitas, mientras 89,0% no presentaron.

Distribución por grados de prematuridad con anomalías congénitas 4,0% prematuridad extrema, 5,0% temprana, 2,0% moderada y no registraron casos prematuridad tardía. Presentaron anomalías, 11,0% prematuridad extrema, 20,0% temprana, 28,0% moderada y 30,0% tardía.

Prueba chi cuadrado realizó error 5%, obteniéndose $X^2_{cal} = 10,112$, $X^2_{tab} = 7,82$, con $gl = 3$ y $p\text{-valor} = 0,018$. Valor calculado $p < 0,05$, concluye existe asociación significativa presencia anomalías congénitas y grado prematuridad en pacientes evaluadas e Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.

Casasola (13), malformaciones fetales se asocian a perinatales adversas interrupciones tempranas del embarazo. Thomas (8), señala desenlaces de prematuridad en presencia condiciones fetales o placentarias. Chambi (17) y Cori (12) destacan, existen complicaciones fetales (como anomalías o RCIU), aumenta prematuridad la necesidad precozmente; y, Bianchi (7) determinantes fetales incrementa prematuridad extrema.

Estos hallazgos sugieren presencia de anomalías congénitas en prematuridad con mayor indicación del embarazo y coexistencia complicaciones fetoplacentarias; teóricamente, refuerza tamizaje morfológico, el seguimiento especializado y la planificación perinatal para optimizar el momento del nacimiento y los resultados neonatales.



Tabla 12. Ruptura prematura de membranas y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino en el hospital Carlos Medrano de Juliaca en el año 2024

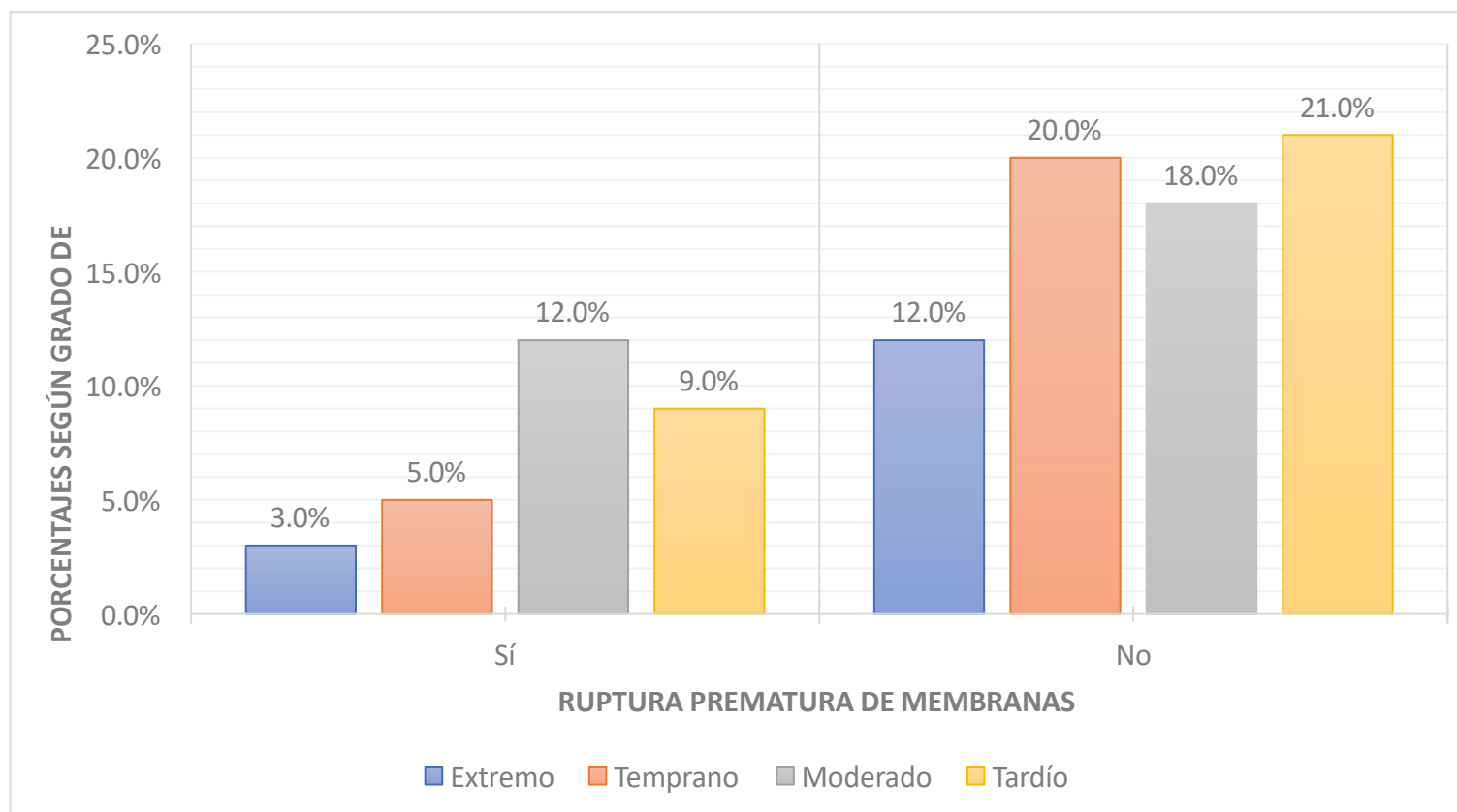
Ruptura prematura de membranas	Grado de Prematuridad								Total	
	Extremo		Temprano		Moderado		Tardío			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sí	3	3.0	5	5.0	12	12.0	9	9.0	29	29.0
No	12	12.0	20	20.0	18	18.0	21	21.0	71	71.0
Total	15	15.0	25	25.0	30	30.0	30	30.0	100	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}= 3,351$ $Ns= 0,341$ *NO ES SIGNIFICATIVA*

$X^2_{tab}= 7,82$ $G/ = 3$

Figura 12. Ruptura prematura de membranas y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino en el hospital Carlos Medrano de Juliaca en el año 2024



Fuente: Tabla 12

Tabla y figura 12, Se analizó la relación entre la RPM y grado prematuridad en pacientes parto pretérmino; donde el 71,0% pacientes no presentaron RPM, mientras 29,0% sí tuvieron.

En cuanto a la distribución por grados de prematuridad, las pacientes con RPM 3,0% presentó prematuridad extrema, 5,0% temprana, 12,0% moderada y 9,0% tardía. Pacientes sin RPM, 12,0% prematuridad extrema, 20,0% temprana, 18,0% moderada y 21,0% tardía.

Prueba chi cuadrado realizó error 5%, obteniéndose $X^2_{cal} = 3,351$, $X^2_{tab} = 7,82$, con $gl = 3$ y $p\text{-valor} = 0,341$. Valor calculado y $p > 0,05$, concluye no existe asociación significativa ruptura prematura y el grado prematuridad.

Cori (12) y **Cutimbo** (14), RPM un factor obstétrico frecuente en parto pretérmino, expone riesgo del feto en el parto. Sin embargo, **Thomas** (8) y **Chambi** (17), aseveran la prematuridad depende edad gestacional en la ruptura explica la falta estadística.

Por su parte, **Ruíz** (9) menciona que, cuando la RPM se presenta en etapas cercanas a las 37 semanas, el impacto en la gravedad de la prematuridad es menor, algo que podría estar ocurriendo en esta población.

En esta muestra, el hallazgo sugiere que, aunque la RPM es un factor importante para iniciar el parto pretérmino, no necesariamente determina el grado de severidad, especialmente si el manejo clínico logra prolongar la gestación o si ocurre en edades gestacionales más avanzadas.



Tabla 13. Placenta previa y grado prematuridad en pacientes con parto pretérmino en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024

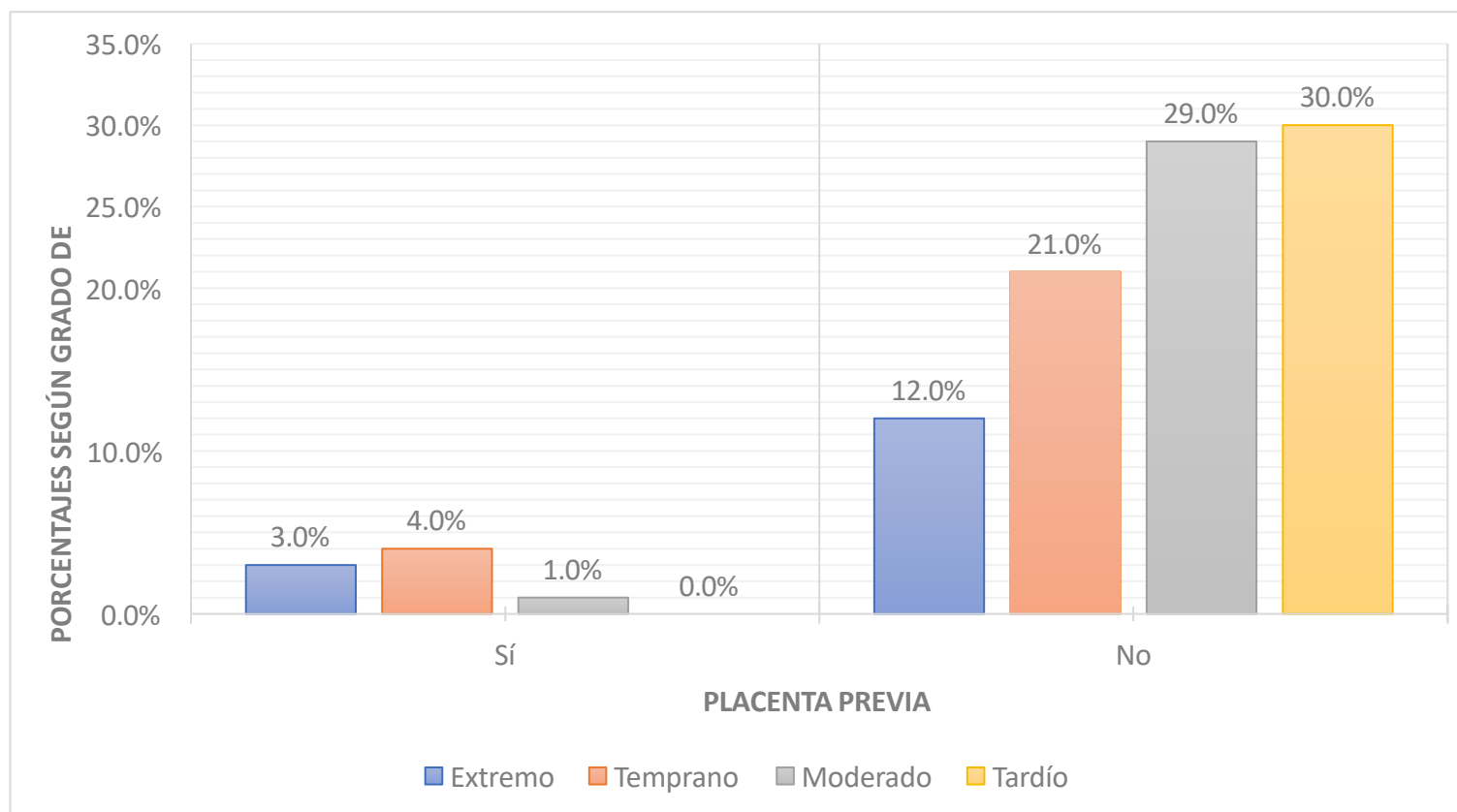
Placenta Previa	Grado de Prematuridad								Total	
	Extremo		Temprano		Moderado		Tardío			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sí	3	3.0	4	4.0	1	1.0	0	0.0	8	8.0
No	12	12.0	21	21.0	29	29.0	30	30.0	92	92.0
Total	15	15.0	25	25.0	30	30.0	30	30.0	100	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}= 8,605$ $Ns= 0,038$ *ES SIGNIFICATIVA*

$X^2_{tab}= 7,82$ $Gl= 3$

Figura 13. Placenta previa y grado prematuridad en pacientes con parto pretérmino en el hospital en el año 2024 Carlos Monge Medrano de Juliaca



Fuente: Tabla

Tabla y figura 13, Describe los resultados de la relación entre la placenta previa y grado prematuridad pacientes con parto pretérmino, donde el 92,0% de pacientes no presentaron placenta previa, mientras 8,0% sí padecieron.

Distribución grados prematuridad, pacientes con placenta previa 3,0% presentó prematuridad extrema, 4,0% temprana, 1,0% moderada y no registraron casos prematuridad tardía. En pacientes sin placenta previa, 12,0% prematuridad extrema, 21,0% temprana, 29,0% moderada y 30,0% tardía.

Prueba chi cuadrado se procesó con un error 5%, obteniéndose $X^2_{cal} = 8,605$, $X^2_{tab} = 7,82$, con $gl = 3$ y $p\text{-valor} = 0,038$. Valor calculado $p < 0,05$, concluye existe asociación significativa placenta previa y grado prematuridad pacientes evaluadas.

Ruíz (9) y **Cutimbo (14)**, menciona que la placenta previa es complicación obstétrica se observa finalizar embarazo con riesgo de hemorragia materna, incrementa probabilidad prematuridad temprana. **Bianchi (7)** señala, esta condición conlleva alto riesgo de morbilidad neonatal, cuando la gestación es menores a 34 semanas.

Asimismo, **Chambi (17)** y **Maranga (18)** mencionan que la placenta previa puede coexistir con otras complicaciones como RCIU, potenciando riesgo de severidad en la prematuridad.

Este hallazgo es determinante prematuridad más severa, respaldando la importancia de su detección ecográfica precoz, el manejo hospitalario especializado y la planificación del parto en centros con capacidad de atención neonatal avanzada.



Tabla 14. Desprendimiento prematuro de placenta y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024

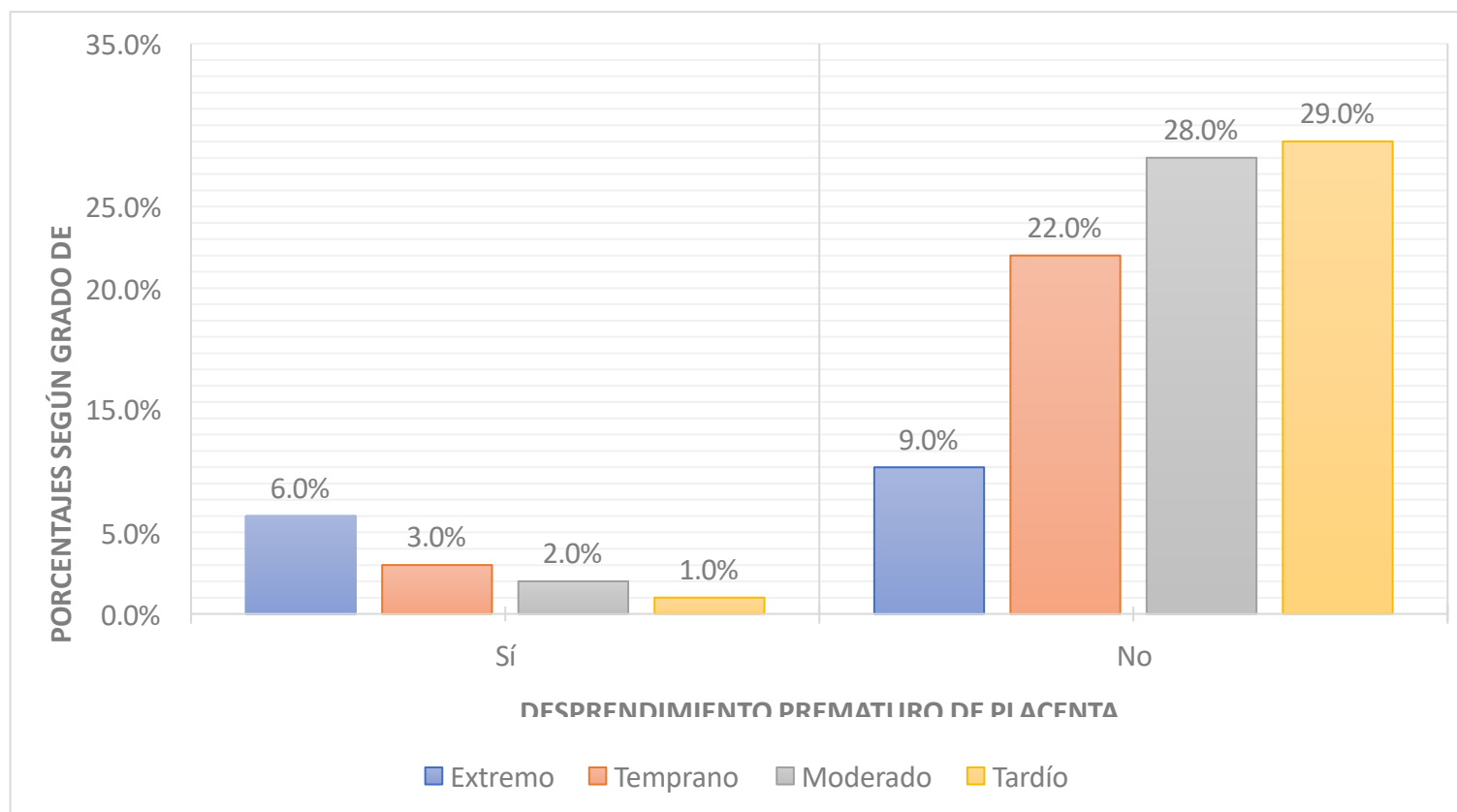
Desprendimiento prematuro de placenta	Grado de Prematuridad								Total	
	Extremo		Temprano		Moderado		Tardío			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sí	6	6.0	3	3.0	2	2.0	1	1.0	12	12.0
No	9	9.0	22	22.0	28	28.0	29	29.0	88	88.0
Total	15	15.0	25	25.0	30	30.0	30	30.0	100	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}= 14,078$ $Ns= 0,003$ *ES SIGNIFICATIVA*

$X^2_{tab}= 7,82$ $Gl= 3$

Figura 14. Desprendimiento prematuro de placenta y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024



Fuente: Tabla 14

Tabla y figura 14. Presenta los resultados del análisis realizado entre el desprendimiento prematuro de placenta y grado de prematuridad pacientes con parto pretérmino, donde el 88,0% pacientes no presentaron DPP, 12,0% sí padecieron.

Distribución grados de prematuridad, pacientes con DPP 6,0% presentó prematuridad extrema, 3,0% temprana, 2,0% moderada y 1,0% tardía. En pacientes sin DPP, 9,0% prematuridad extrema, 22,0% temprana, 28,0% moderada y 29,0% tardía.

Mediante la prueba chi cuadrado con un error de 5%, se obtuvo $X^2_{cal} = 14,078$, $X^2_{tab} = 7,82$, con $gl = 3$ y $p\text{-valor} = 0,003$. Valor mayor $p < 0,05$, lo que determina que existe relación estadísticamente significativa entre el desprendimiento prematuro de placenta y grado prematuridad pacientes evaluadas Hospital Carlos Medrano, 2024.

Ruíz (9) y **Bianchi** (7), el DPP señalan que las causas del parto pretérmino ponen riesgo vida materna y fetal, obliga interrumpir embarazo de edad gestacional. **Cutimbo** (14) señala complicación está fuertemente asociada prematuridad alta mortalidad perinatal, **Silva** (11) y **Maranga** (18) destacan la hipertensión, preeclampsia y traumatismos abdominales.

Cori (12) resalta el DPP, indica ruptura prematura de membranas, constituye factor obstétrico determinan desenlace gestacional del parto pretérmino.

Este hallazgo confirma impacto la prematuridad severa, subraya necesidad de vigilancia prenatal en gestantes con factores predisponentes obstétrica inmediata ante el diagnóstico.



Tabla 15. Tipo de líquido amniótico y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.

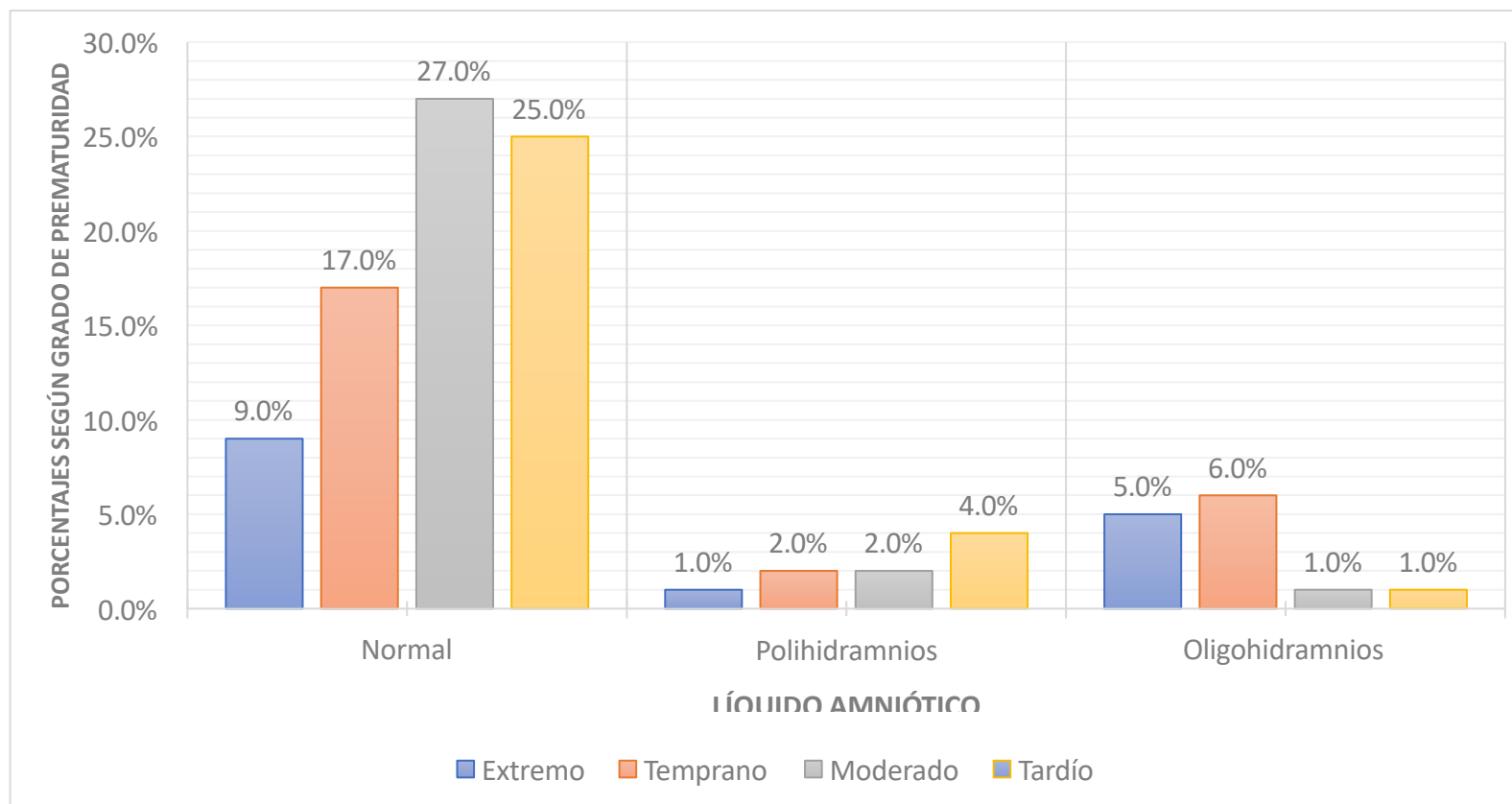
Líquido Amniótico	Grado de Prematuridad								Total	
	Extremo		Temprano		Moderado		Tardío			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Normal	9	9.0	17	17.0	27	27.0	25	25.0	78	78.0
Polihidramnios	1	1.0	2	2.0	2	2.0	4	4.0	9	9.0
Oligohidramnios	5	5.0	6	6.0	1	1.0	1	1.0	13	13.0
Total	15	15.0	25	25.0	30	30.0	30	30.0	100	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}= 13,943$ $Ns= 0,030$ $ES SIGNIFICATIVA$

$X^2_{tab}= 12,59$ $Gl= 6$

Figura 15. Tipo de líquido amniótico y su relación con el grado de prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024



Fuente: Tabla 15

Tabla y figura 15. Presenta resultados del análisis de la relación entre el tipo líquido amniótico y grado prematuridad pacientes con parto pretérmino, donde el 78,0% presentaba líquido amniótico normal, 9,0% polihidramnios y 13,0% oligohidramnios.

Distribución grados prematuridad, pacientes líquido amniótico normal, 9,0% prematuridad extrema, 17,0% temprana, 27,0% moderada y 25,0% tardía. Las que tuvieron polihidramnios, 1,0% prematuridad extrema, 2,0% temprana, 2,0% moderada y 4,0% tardía. Pacientes con oligohidramnios, 5,0% prematuridad extrema, 6,0% temprana, 1,0% moderada y 1,0% tardía.

Prueba chi cuadrado realizó error 5%, obteniéndose $X^2_{cal} = 13,943$, $X^2_{tab} = 12,59$, con $gl = 6$ y $p\text{-valor} = 0,030$. Valor calculado $p < 0,05$, existe asociación significativa tipo líquido amniótico y grado prematuridad pacientes evaluadas.

Córdova (10) y **Bianchi** (7), líquido amniótico refleja trastornos en feto-placentario, patologías maternas. **Ruíz** (9) señala polihidramnios asocia con embarazo múltiple complica parto prematuro.

Silva (11) y **Casasola** (13) reportan que estas alteraciones son marcadores de riesgo de prematuridad temprana, especialmente cuando se acompañan de compromiso fetal, y **Cutimbo** (14) enfatiza que el manejo oportuno de estas condiciones es clave para prolongar la gestación y reducir la severidad de la prematuridad.

Este hallazgo confirma que el tipo de líquido amniótico es un indicador clínico importante en la predicción de la severidad de la prematuridad, lo que refuerza la importancia del monitoreo ecográfico regular y del abordaje integral de las causas subyacentes para optimizar los desenlaces neonatales.

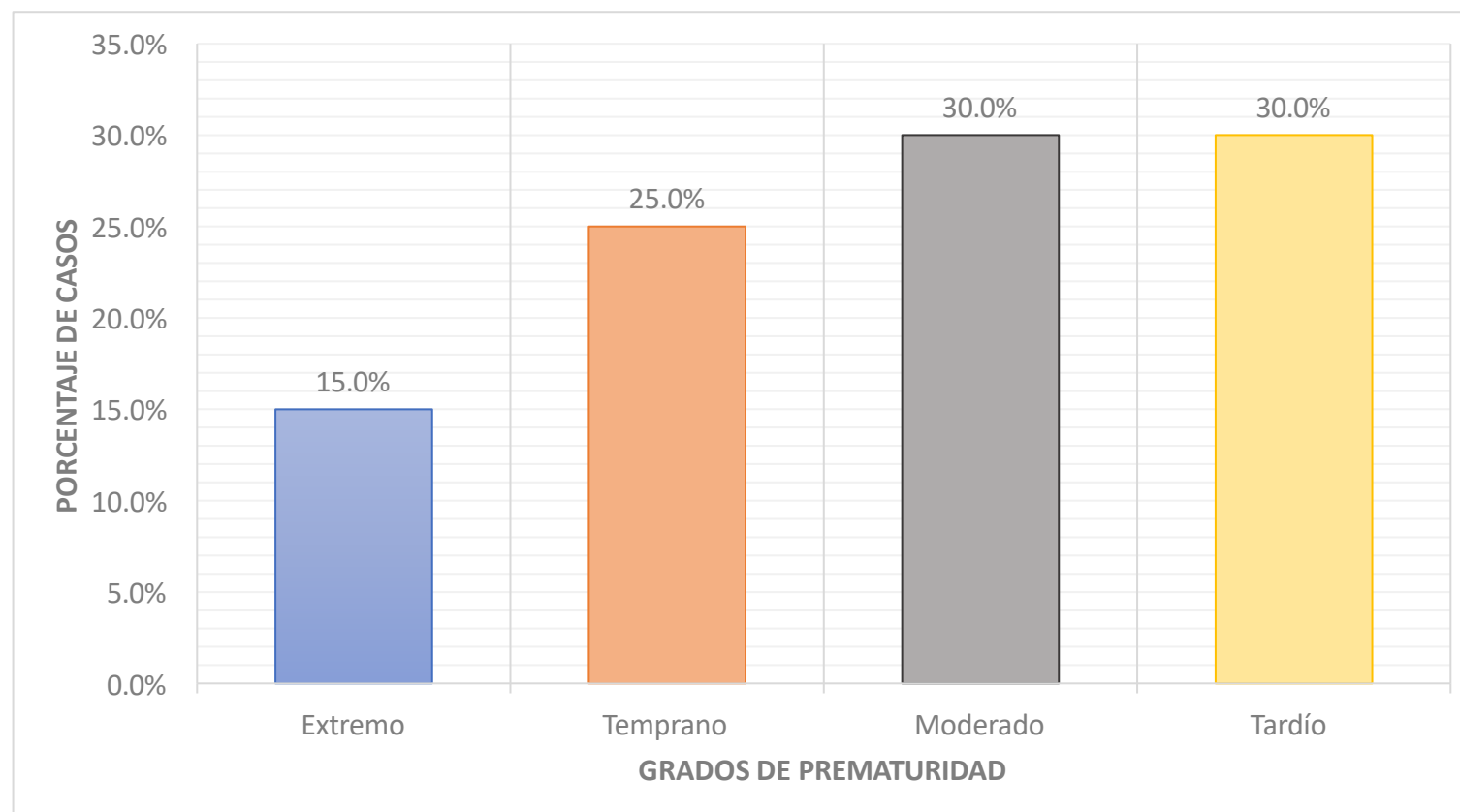


Tabla 16. Grados prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024

Grados de Prematuridad	Parto Pretérmino	
	fi	%
Extremo	15	15.0
Temprano	25	25.0
Moderado	30	30.0
Tardío	30	30.0
Total	100	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Figura 16. Grados prematuridad en pacientes con parto pretérmino del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024



Fuente: Tabla 16



Tabla y figura 16, Presenta los resultados del análisis realizado sobre los partos pretérminos según el grado de prematuridad en pacientes atendidas Hospital Juliaca 2024.

Se observa que el 30,0% de los casos corresponden a prematuridad moderada y otro 30,0% a prematuridad tardía, constituyendo así los grupos más frecuentes. El 25,0% correspondió a prematuridad temprana y el 15,0% a prematuridad extrema, siendo este último el menos frecuente.

Estos resultados coinciden con lo descrito por **Bianchi** (7) y **Silva** (11), señalan partos pretérminos en categorías moderada y tardía, debido a que en muchos casos se logra prolongar el embarazo mediante intervenciones médicas, evitando así los estadios más graves. **Ruíz** (9) y **Cori** (12) mencionan la proporción de nacimientos pretérmino se ubica entre 32 y 37 semanas, coincide con hallazgos de esta investigación.

En esta muestra, la distribución observada sugiere que, aunque una proporción considerable de casos ocurre en etapas menos severas de prematuridad, existe todavía un porcentaje significativo de prematuridad extrema y temprana que representa un desafío clínico importante, dado el mayor riesgo de morbilidad neonatal asociado a estas categorías.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Los resultados permitieron identificar que la mayoría de los factores de riesgo se encuentran relacionados al parto pretérmino en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, correspondientes al año 2024. En ese sentido, las hipótesis formuladas fueron corroboradas de manera parcial.

SEGUNDA: Se identificaron los factores maternos asociados al parto pretérmino, evidenciándose que el 62 % de las pacientes tenía entre 20 y 34 años de edad ($p = 0,083$), el 50 % contaba con grado de instrucción secundaria ($p = 0,520$), el 68 % no presentaba hábitos nocivos ($p = 0,279$), el 59 % registró un índice de masa corporal entre 18,5 y 24,9 ($p = 0,014$), el 61 % asistió a seis o más controles prenatales ($p = 0,011$) y el 74 % no presentó preeclampsia ($p = 0,005$). En consecuencia, las hipótesis planteadas fueron aceptadas parcialmente.

TERCERA: Se identificaron los factores fetales relacionados al parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital "CMM". Los resultados evidenciaron que el 83 % correspondió a gestaciones no múltiples ($p = 0,040$), el 76 % no presentó retardo del crecimiento intrauterino ($p = 0,002$) y el 89 % no evidenció anomalías congénitas ($p = 0,018$). En consecuencia, se confirma la hipótesis planteada.

CUARTA: Se determinaron los factores ovulares relacionados al parto pretérmino en pacientes del Hospital "CMM". Los resultados



mostraron que el 71 % de las pacientes no presentó ruptura prematura de membranas ($p = 0,341$), el 92 % no evidenció placenta previa ($p = 0,038$), el 88 % no presentó desprendimiento prematuro de placenta ($p = 0,003$) y el 78 % mantuvo un volumen de líquido amniótico dentro de parámetros normales ($p = 0,030$). En consecuencia, la mayoría de las hipótesis formuladas fueron aceptadas.

QUINTA: Se identificó la frecuencia de grado de prematuridad en RN del Hospital "CMM" de Juliaca en el año 2024, el 30% presento grado de prematuridad tardío, el 30% presento grado de prematuridad moderado, el 25% presento grado de prematuridad temprano; el 15% presento grado de prematuridad extrema, por lo evidenciado se aceptan la hipótesis planteada.

RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Se sugiere a la jefatura área Ginecología implementar de Plan Integral de vigilancia y prevención del parto pretérmino, factores influyentes que permita fortalecer y reducir incidencias de partos prematuros.
- SEGUNDA:** Al jefe del departamento de Obstetricia y Ginecología, programar capacitaciones y de especialización obstétrico en el manejo de patologías de preeclampsia, control prenatal y alteraciones índice masa corporal.
- TERCERA:** Al jefe Servicio Obstetricia fortalecer la vigilancia embarazos múltiples y casos de retardo del crecimiento intrauterino con controles ecográficos computarizadas para evitar complicaciones fetales, reduciendo incidencias prematuridad.
- CUARTA:** Al jefe del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente del Hospital Carlos Monge Medrano, se recomienda gestionar la actualización de los protocolos de atención, a fin de garantizar una intervención inmediata y adecuada. La implementación oportuna de estas medidas contribuirá a disminuir las complicaciones maternas y fetales.
- QUINTA:** A la jefa de Unidad Estadística de Planificación Hospital Carlos Monge, sistematizar la información sobre partos pretérminos, servirá para toma de decisiones clínicas y administrativas orientadas a la reducción sostenida de la prematuridad en el hospital.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Parto prematuro [Internet]. 2023 [citado 12 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. Ministerio de Salud. Nacimientos prematuros en el Perú se incrementan a 6.89 % en lo que va del 2022 [Internet]. Plataforma del Estado Peruano. 2022 [citado 5 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/668468-nacimientos-prematuros-en-el-peru-se-incrementan-a-6-89-en-lo-que-va-del-2022>
3. Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca. El representante de la oficina de estadística del Hospital Carlos Monge Medrano, informa que, en Juliaca, hay partos pretérminos [Internet]. 2024 [citado 12 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.facebook.com/HospitalCarlosMongeMedrano.Oficial/posts/servicio-de-neonatalogia-del-hospital-carlos-monge-medrano-conmemoro-el-dia-mund/1143071494703975/>
4. García T. Revisión sistemática de estudios de los factores de riesgo asociados al parto pretérmino, en Archivos Venezolanos comprendido en el periodo 2018-2023. [Internet]. 2023 [citado 28 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9194880>
5. Russo M. Impacto de un parto prematuro en madres adolescentes de 17 a 19 años en Hospital estatal de Salta Argentina 2022 [Internet]. 2022 [citado 21 de mayo de 2022]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332024000100027
6. Muller B. Factores asociados al parto pretérmino área de maternidad del Hospital Vicente Corral Moscoso Ecuador, 2022 [Internet]. 2022 [citado 12 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.uancv.edu.pe/>



- 2022]. Disponible en:
https://revistaavft.com/images/revistas/2019/avft_6_2019/4_factores_mater nos.pdf
7. Mendoza E, Jiménez D, Segura L, Meriño Y, Naranjo S. Determinantes maternos de parto pretérmino en el Hospital Provincial Ginecobstétrico Fe del Valle Ramos. Rev Inf Científica [Internet]. 2024 [citado 12 de mayo de 2026];103:e4494. Disponible en: doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.11093880>
 8. Thomas B. Características poblacionales asociadas al parto pretérmino en Colombia desde los datos del Registro del Nacido Vivo en la década 2020 a 2024 [Internet]. 2024 [citado 14 de mayo de 2024]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v26n2/0122-0667-rmri-26-02-138.pdf>
 9. Ruiz M. Factores de riesgos asociados a parto pretérmino en gestantes del Servicio Gineco-Obstetricia del Hospital de Barranca, 2023. [Internet]. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2023 [citado 12 de mayo de 2026]. Disponible en:
https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8171/Factores_VargasHidalgo_Silvia.pdf?sequence=3
 10. Cordova M. Factores de riesgo sociodemográficos y maternos que condicionan parto pretérmino en gestantes adolescentes [Internet]. Universidad Cesar Vallejo; 2024 [citado 17 de mayo de 2020]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCVV_124036158cd85c6542a0b8dac49b4be3/Details
 11. Castro Diaz LA, Machaca Sucaticona KN. Factores maternos que condicionan el parto pretérmino tardío en gestantes atendidas en el hospital Goyeneche. Arequipa. Enero a diciembre 2021 [Internet]. Universidad Católica de Santa María; 2023 [citado 12 de mayo de 2026]. Disponible en:



- <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/12646>
12. Paredes Zúñiga VE. Factores relacionados con parto pretérmino en el hospital III Goyeneche 2020 - 2021 [Internet]. Universidad Nacional de San Agustín; 2022 [citado 13 de mayo de 2026]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNSA_ba441bd623a732d52a2bc8530aa310c3
 13. Virtual C de E. Fundamentos de epidemiología. Factores de Riesgo [Internet]. Facultad de Medicina de la Universidad de Connecticut. 2026 [citado 11 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://puceapex.puce.edu.ec/web/cev/factores-de-riesgo-2/>
 14. Fernández H, González Y. Factores de riesgo asociados al parto prematuro, Policlínico Universitario "Hermanos Cruz", 2022. Rev Ciencias Médicas Pinar del Río [Internet]. 2023 [citado 13 de mayo de 2026];27(6):e6207. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942023000700016
 15. Correia R, Gómez F. Obesidad materna: impacto en la descendencia. Rev Soc Argentina Endocrinol Ginecológica y Reprod [Internet]. 2026 [citado 13 de mayo de 2026];33(1). Disponible en: <https://revistasaege.com.ar/index.php/revista/article/view/60/110>
 16. Silva M. Edad materna en los extremos de la vida reproductiva como factor de riesgo de prematuridad. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2023 [Internet]. Universidad Nacional de Cajamarca. Universidad Nacional de Cajamarca; 2024 [citado 13 de mayo de 2026]. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/7516>
 17. Intituto Nacional de Estadística e informática. Nivel de instrucción [Internet]. 2026 [citado 11 de mayo de 2026]. Disponible en:



<https://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0183/cap0203>.

HTM

18. Plataforma del Estado Peruano. Reniec: el 82% de peruanos posee grado de instrucción - Noticias - Registro Nacional de Identificación y Estado Civil - [Internet]. 2023 [citado 16 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/reniec/noticias/867803-reniec-el-82-de-peruanos-posee-grado-de-instruccion>
19. Monier F. Grado de instrucción materna como factor de riesgo para parto pretérmino. Trujillo - Perú; 2022 [Internet]. Universidad Cesar Vallejo; 2022 [citado 11 de mayo de 2026]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCVV_f323ec495bafdc2d36b70120cbd4bc4b/Details
20. Mayo Clinic. Nacimiento prematuro - Síntomas y causas [Internet]. 2025 [citado 13 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/premature-birth/symptoms-causes/syc-20376730>
21. Azaña S. ¿Qué consecuencias tiene el consumo de drogas en el embarazo? [Internet]. Reptoducción Asistida ORG. 2023 [citado 13 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/embarazo-drogas/>
22. Sarmiento V, Prieto C, Bermudez V. Índice de Masa Corporal: Precisión para el diagnóstico y manejo de la Obesidad. Tesla Rev Científica [Internet]. 23 de mayo de 2021 [citado 11 de mayo de 2026];4(1):e366-e366. Disponible en: <https://doi.org/10.55204/trc.v4i1.e366>
23. Ministerio de Salud. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la gestante [Internet]. Instituto Nacional de Salud, editor. Lima-Perú; 2019 [citado 11 de mayo de 2026]. 48 p. Disponible en: www.minsa.gob.pe
24. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Ausencia del prenatal incide en



- los partos prematuros [Internet]. 2023 [citado 13 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/portal/18608/ausencia-del-prenatal-incide-en-los-partos-prematuros.html>
25. Torres O, Hernández I, Meneses C, Ruvalcaba J. Infección urinaria como factor de riesgo para parto pretérmino. J Negat No Posit Results [Internet]. 2023 [citado 9 de septiembre de 2025];5(11):1426-43. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020001100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
26. Guevara E. La preeclampsia, problema de salud pública. Rev Peru Investig Matern Perinat [Internet]. 28 de agosto de 2019 [citado 11 de mayo de 2026];8(2):7-8. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/147>
27. Granja E, Gualpa J, Guamán J, Herrera A. Preeclampsia Severa asociada a Parto Pretérmino: Resultados Materno-Neonatales según factores de riesgo. J Am Heal [Internet]. 2022 [citado 11 de mayo de 2026];5(2):1-15. Disponible en: <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/134/266>
28. Acosta L, Merchán M, Orjuela L. Diabetes mellitus tipo 2: Latinoamérica y Colombia, análisis del último quinquenio. Rev Med. 10 de abril de 2023;31(2):35-46.
29. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Acerca de la diabetes gestacional [Internet]. 2024 [citado 11 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/diabetes/es/about/acerca-de-la-diabetes-gestacional.html>
30. Avila Y. Diabetes gestacional como factor de riesgo para parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo [Internet]. Universidad Privada Antenor Orrego; 2019 [citado 11 de mayo de 2026]. Disponible en:



- https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPAO_5e5937dd7b37e9febfc65b09502feb70
31. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía de asistencia práctica. Parto pretérmino. Progresos Obstet y Ginecol [Internet]. 2020;63(5):283-321. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto_pretermino_2020.pdf [facionaSA/Ponencias/Practicas alimentarias y nutricion en SA/Practicas alimentarias y nutricion SA.pdf](#)
 32. Rodrigo A, Aparicio M, Barranquero M, Salvador Z. Riesgos del embarazo múltiple para la madre y los bebés [Internet]. Reproducción Asistida ORG. [citado 13 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/riesgos-del-embarazo-multiple/>
 33. Rodríguez R, Velázquez M, Roca I, Amaya A. Estudio de factores maternos relacionados con la restricción del crecimiento intrauterino en neonatos. Rev Arbitr Interdiscip Ciencias la Salud Salud y Vida [Internet]. 1 de enero de 2025 [citado 11 de mayo de 2026];9(17):53-66. Disponible en: <https://doi.org/10.35381/s.v.v9i17.4372>
 34. Briozzo L, Viroga S. Abordaje obstétrico integral de la prematuridad y restricción del crecimiento fetal y su relación con las enfermedades crónicas del adulto. Rev Médica del Uruguay [Internet]. 2 de febrero de 2020 [citado 11 de mayo de 2026];36(1):216-34. Disponible en: <https://doi.org/10.29193/rmu.36.1.9>
 35. González R, Álvarez R. Retardo del crecimiento intrauterino en gestantes de Minas de Matahambre, comportamiento clínico-epidemiológico. Rev Ciencias Médicas Pinar del Río [Internet]. 2025 [citado 11 de mayo de 2026];29(1):66-75. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942025000100013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 36. Friel L. Trastornos autoinmunitarios durante el embarazo [Internet]. Manual MSD.



- 2024 [citado 13 de mayo de 2026]. Disponible en:
<https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/embarazo-complicado-por-la-enfermedad/trastornos-autoinmunitarios-durante-el-embarazo>
37. Araujo K, León L, Villegas C. Rotura prematura de membranas: diagnóstico y manejo. Rev Obs Ginecol Venez [Internet]. 2024 [citado 11 de mayo de 2026];84(1):59-72. Disponible en: <https://doi.org/10.51288/00840110>
38. Mezzabotta L. Rotura Prematura de membranas actualizaaso: Comcenso Fasgo XXXVI [Internet]. 2022 [citado 11 de mayo de 2026]. p. 18. Disponible en: https://www.fasgo.org.ar/images/Actualizacion_Consenso_de_RPM.pdf
39. Diccionario de enfermedades. Placenta previa: tipos, causas, síntomas y tratamiento [Internet]. Redacción Médica. 2024 [citado 12 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/placenta-previa>
40. Centro de Medicina Fetal. Anomalías placentarias: Placenta previa, placenta acreta y vasa previa [Internet]. Barcelona- España; 2024 [citado 12 de mayo de 2026]. p. 36. Disponible en: www.medicinafetalbarcelona.org
41. Barranquero M, Azaña S, Zaira S. El líquido amniótico: ¿qué es y para qué sirve en el embarazo? MDPI; 2022.
42. Barranquero M, Azaña S. ¿Qué es el exceso de líquido amniótico o polihidramnios? ¿Es peligroso? [Internet]. Reproducción asistida ORG. 2022 [citado 12 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/polihidramnios-exceso-de-liquido-amniotico/#causas-del-exceso-de-liquido-amniotico>
43. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros [Internet]. Centro de prensa. 2023 [citado 26 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>



44. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía de Asistencia Práctica: Parto pretérmino. Rev Of la Soc Española Ginecol y Obstet. 2020;63:283-321.
45. Guevara E. La prematuridad: Un problema de salud publica. Rev Peru Investig Matern Perinat [Internet]. 2023 [citado 13 de mayo de 2026];12(1):7-8. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9214671&info=resumen&idioma=ENG>
46. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la atención del recién nacido prematuro [Internet]. Resolución Ministerial. 2018. p. 131. Disponible en: 10.37774/9789945591668
47. Kuder K, Ruiz L. El bebé prematuro: riesgos según su edad gestacional [Internet]. 2024 [citado 13 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.natalben.com/bebe-prematuro>
48. Lattari A, Pekarsky A. Recién nacidos prematuros [Internet]. Manual MSD para profesionales. 2025 [citado 13 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatría/problemas-perinatales/recién-nacidos-prematuros>
49. Martín Y, Soriano J, García M, Hurtado J, Calvo M, Giniovart G, et al. El prematuro tardío: evolución y recomendaciones de seguimiento. Pediatría Integr [Internet]. 2019 [citado 13 de mayo de 2026];23(3):128-37. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-05/el-prematuro-tardio-evolucion-y-recomendaciones-de-seguimiento/>
50. Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social. Conozca los principales factores de riesgo para la salud [Internet]. 2022 [citado 13 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/portal/25703/conozca-los-principales-factores-de-riesgo-para-la-salud.html>



51. Elío D. El paciente como persona. Rev Médica La Paz [Internet]. 2022;28(1):83-90. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582022000100083&lng=es&nrm=iso&tlng=es
52. Zavala A, Ortiz H, Salomon J, Padilla C, Preciado R. Periodo intergenésico: Revisión de la literature. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2018 [citado 13 de mayo de 2026];83(1):52-61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000100052>
53. Diccionario de la lengua española. Relacionar Definición [Internet]. 2023 [citado 13 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://dle.rae.es/relacionar>
54. MedlinePlus enciclopedia médica. Neonato [Internet]. 2025 [citado 13 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002271.htm>



ANEXOS



ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

*BD-Parto-Pretermino.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 16 de 16 variables

	Edad	Grado_instruccion	Habitos_nocivos	IMC	Control_prenatal	Infecciones	Preeclampsia	Diabetes	Embarazo_multiple	RCIU	Anomalia_congenita	RPM	Placenta_previa	Desprendimiento	Liquido_amniotico	Grado
1	Menor de 2...	Secundaria	Tabaco	Mayor o igual a...	Menor de 6 con...	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	Normal	Prematuro extremo
2	Menor de 2...	Secundaria	Alcohol	De 18.5 a 24.9	Menor de 6 con...	Sí	No	No	No	No	No	Sí	No	Sí	Normal	Prematuro extremo
3	Menor de 2...	Primaria	Alcohol	De 18.5 a 24.9	Menor de 6 con...	No	No	No	No	Sí	No	No	No	Sí	Normal	Prematuro extremo
4	De 20 a 34...	Secundaria	No consu...	De 25 a 29.9	Menor de 6 con...	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No	Normal	Prematuro extremo
5	De 20 a 34...	Secundaria	No consu...	De 25 a 29.9	Menor de 6 con...	Sí	Sí	No	No	No	Sí	No	No	No	Normal	Prematuro extremo
6	De 20 a 34...	Secundaria	Alcohol	Menor a 18.5	Mayor o igual a...	No	Sí	No	No	Sí	No	No	No	Sí	Polihidram...	Prematuro extremo
7	Mayor o ig...	Secundaria	No consu...	De 25 a 29.9	Menor de 6 con...	No	Sí	Sí	No	Sí	No	No	No	Sí	Normal	Prematuro extremo
8	De 20 a 34...	Secundaria	No consu...	Mayor o igual a...	Mayor o igual a...	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No	Normal	Prematuro extremo
9	De 20 a 34...	Secundaria	No consu...	De 18.5 a 24.9	Menor de 6 con...	No	No	No	No	Sí	Sí	No	No	Sí	Oligohidra...	Prematuro extremo
10	Mayor o ig...	Secundaria	Alcohol	Mayor o igual a...	Mayor o igual a...	No	No	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Oligohidra...	Prematuro extremo
11	De 20 a 34...	Superior	No consu...	Menor a 18.5	Mayor o igual a...	No	Sí	No	No	Sí	No	No	No	No	Normal	Prematuro extremo
12	Menor de 2...	Secundaria	No consu...	De 18.5 a 24.9	Menor de 6 con...	No	No	No	No	Sí	No	No	Sí	No	Oligohidra...	Prematuro extremo
13	De 20 a 34...	Superior	Alcohol	De 18.5 a 24.9	Menor de 6 con...	Sí	No	No	No	No	No	Sí	Sí	No	Oligohidra...	Prematuro extremo
14	Menor de 2...	Primaria	Coca	Mayor o igual a...	Menor de 6 con...	No	Sí	Sí	No	No	No	No	No	No	Normal	Prematuro extremo
15	De 20 a 34...	Primaria	Tabaco	De 18.5 a 24.9	Menor de 6 con...	No	Sí	No	No	No	Sí	No	No	No	Oligohidra...	Prematuro extremo
16	Mayor o ig...	Primaria	Coca	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	No	Sí	No	No	No	Sí	No	No	No	Oligohidra...	Prematuro temprano
17	Menor de 2...	Secundaria	No consu...	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	No	Sí	No	No	No	No	No	No	No	Normal	Prematuro temprano
18	Menor de 2...	Superior	Alcohol	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No	Normal	Prematuro temprano
19	De 20 a 34...	Primaria	No consu...	De 18.5 a 24.9	Menor de 6 con...	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	Oligohidra...	Prematuro temprano
20	Mayor o ig...	Superior	Alcohol	Mayor o igual a...	Mayor o igual a...	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No	No	No	Oligohidra...	Prematuro temprano
21	De 20 a 34...	Primaria	No consu...	De 25 a 29.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	No	Sí	No	No	No	Normal	Prematuro temprano
22	De 20 a 34...	Superior	Tabaco	De 18.5 a 24.9	Menor de 6 con...	No	Sí	No	No	No	No	Sí	No	No	Normal	Prematuro temprano
23	Menor de 2...	Secundaria	No consu...	Mayor o igual a...	Menor de 6 con...	No	Sí	No	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Normal	Prematuro temprano
24	Menor de 2...	Primaria	No consu...	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	Sí	No	No	No	Sí	No	No	No	No	Normal	Prematuro temprano
25	Mayor o ig...	Secundaria	No consu...	Mayor o igual a...	Mayor o igual a...	No	No	No	Sí	Sí	No	No	No	No	Polihidram...	Prematuro temprano
26	Mayor o ig...	Primaria	No consu...	De 25 a 29.9	Mayor o igual a...	Sí	No	No	No	No	Sí	No	No	No	Normal	Prematuro temprano
27	Menor de 2...	Secundaria	Tabaco	De 18.5 a 24.9	Menor de 6 con...	No	Sí	No	No	No	No	No	No	No	Normal	Prematuro temprano

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON



*BD-Parto-Pretermino.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 16 de 16 variables

	Edad	Grado_instruccion	Habitos_nocivos	IMC	Control_prenatal	Infecciones	Preeclampsia	Diabetes	Embarazo_multiple	RCIU	Anomalia_congenita	RPM	Placenta_previa	Desprendimiento	Liquidoamniotico	Grado
28	Mayor o igual a...	Secundaria	No consumo...	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Oligohidra...	Prematuro temprano
29	De 20 a 34...	Superior	Alcohol	Mayor o igual a...	Menor de 6 con...	No	No	No	No	Sí	Sí	No	No	No	Normal	Prematuro temprano
30	Mayor o igual a...	Secundaria	No consumo...	De 18.5 a 24.9	Menor de 6 con...	No	Sí	No	Sí	No	No	No	No	No	Normal	Prematuro temprano
31	De 20 a 34...	Secundaria	No consumo...	De 18.5 a 24.9	Menor de 6 con...	Sí	No	Sí	Sí	No	No	Sí	No	No	Oligohidra...	Prematuro temprano
32	De 20 a 34...	Secundaria	No consumo...	Menor a 18.5	Mayor o igual a...	No	Sí	No	No	Sí	No	No	No	No	Oligohidra...	Prematuro temprano
33	De 20 a 34...	Secundaria	Tabaco	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	No	Sí	No	No	Sí	No	Sí	Sí	No	Normal	Prematuro temprano
34	De 20 a 34...	Primaria	Alcohol	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	No	No	No	Sí	Sí	No	Sí	No	No	Normal	Prematuro temprano
35	Menor de 2...	Secundaria	No consumo...	De 25 a 29.9	Menor de 6 con...	Sí	No	Sí	Sí	No	No	No	Sí	No	Normal	Prematuro temprano
36	Menor de 2...	Primaria	Tabaco	Mayor o igual a...	Mayor o igual a...	No	No	No	No	Sí	No	No	Sí	No	Normal	Prematuro temprano
37	De 20 a 34...	Primaria	No consumo...	Menor a 18.5	Menor de 6 con...	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	No	No	Normal	Prematuro temprano
38	De 20 a 34...	Secundaria	Alcohol	De 25 a 29.9	Mayor o igual a...	No	Sí	No	No	No	No	No	No	Sí	Normal	Prematuro temprano
39	De 20 a 34...	Primaria	No consumo...	De 18.5 a 24.9	Menor de 6 con...	No	No	Sí	No	No	No	No	No	No	Normal	Prematuro temprano
40	De 20 a 34...	Secundaria	Coca	De 25 a 29.9	Menor de 6 con...	No	No	No	Sí	No	No	No	Sí	No	Polihidram...	Prematuro temprano
41	Mayor o igual a...	Secundaria	No consumo...	De 25 a 29.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	Normal	Prematuro moderado
42	Menor de 2...	Primaria	No consumo...	De 18.5 a 24.9	Menor de 6 con...	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Normal	Prematuro moderado
43	De 20 a 34...	Secundaria	No consumo...	De 25 a 29.9	Mayor o igual a...	No	Sí	No	No	No	No	Sí	No	No	Normal	Prematuro moderado
44	De 20 a 34...	Primaria	No consumo...	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Normal	Prematuro moderado
45	Mayor o igual a...	Superior	No consumo...	De 18.5 a 24.9	Menor de 6 con...	No	No	No	No	No	No	Sí	No	Sí	Normal	Prematuro moderado
46	Menor de 2...	Secundaria	No consumo...	De 25 a 29.9	Mayor o igual a...	Sí	No	No	No	Sí	No	No	No	No	Polihidram...	Prematuro moderado
47	De 20 a 34...	Superior	No consumo...	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	Sí	No	No	No	No	No	Sí	No	No	Normal	Prematuro moderado
48	De 20 a 34...	Secundaria	Alcohol	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	No	No	Sí	No	No	No	No	No	No	Normal	Prematuro moderado
49	Mayor o igual a...	Primaria	No consumo...	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	No	No	No	Sí	Sí	No	No	No	No	Normal	Prematuro moderado
50	De 20 a 34...	Secundaria	No consumo...	De 25 a 29.9	Mayor o igual a...	No	No	Sí	No	No	No	No	No	No	Normal	Prematuro moderado
51	De 20 a 34...	Superior	No consumo...	De 18.5 a 24.9	Menor de 6 con...	No	Sí	No	No	No	No	Sí	No	No	Normal	Prematuro moderado
52	De 20 a 34...	Secundaria	No consumo...	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Polihidram...	Prematuro moderado
53	Mayor o igual a...	Superior	No consumo...	De 25 a 29.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	Sí	No	Sí	No	No	Normal	Prematuro moderado
54	De 20 a 34...	Superior	No consumo...	De 25 a 29.9	Menor de 6 con...	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	Normal	Prematuro moderado

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode: ON



*BD-Parto-Pretermino.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 16 de 16 variables

	Edad	Grado_instruccion	Habitos_nocivos	IMC	Control prenatal	Infecciones	Preeclampsia	Diabetes	Embarazo multiple	RCIU	Anomalia congenita	RPM	Placenta previa	Desprendimiento	Liquido amniotico	Grado
55	Menor de 2...	Primaria	No consu...	De 18.5 a 24.9	Menor de 6 con...	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	Normal	Prematuro moderado
56	Mayor o ig...	Primaria	No consu...	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	Normal	Prematuro moderado
57	De 20 a 34...	Secundaria	No consu...	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	No	Sí	No	Sí	No	No	Sí	Sí	No	Normal	Prematuro moderado
58	De 20 a 34...	Secundaria	No consu...	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	No	Sí	No	No	No	Normal	Prematuro moderado
59	De 20 a 34...	Superior	Alcohol	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	Sí	Sí	No	Sí	No	No	No	No	No	Normal	Prematuro moderado
60	De 20 a 34...	Superior	Tabaco	De 25 a 29.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	Normal	Prematuro moderado
61	De 20 a 34...	Secundaria	No consu...	De 18.5 a 24.9	Menor de 6 con...	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Normal	Prematuro moderado
62	De 20 a 34...	Primaria	No consu...	De 18.5 a 24.9	Menor de 6 con...	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Oligohidra...	Prematuro moderado
63	Menor de 2...	Superior	No consu...	De 18.5 a 24.9	Menor de 6 con...	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Normal	Prematuro moderado
64	De 20 a 34...	Primaria	No consu...	De 25 a 29.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	No	Sí	No	No	No	Normal	Prematuro moderado
65	Mayor o ig...	Superior	Alcohol	De 18.5 a 24.9	Menor de 6 con...	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No	Normal	Prematuro moderado
66	Menor de 2...	Secundaria	Alcohol	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Normal	Prematuro moderado
67	Mayor o ig...	Secundaria	No consu...	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	Normal	Prematuro moderado
68	De 20 a 34...	Primaria	No consu...	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	Normal	Prematuro moderado
69	Mayor o ig...	Secundaria	Tabaco	De 25 a 29.9	Menor de 6 con...	No	Sí	No	No	Sí	No	No	No	No	Normal	Prematuro moderado
70	De 20 a 34...	Secundaria	No consu...	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Normal	Prematuro moderado
71	De 20 a 34...	Secundaria	No consu...	De 25 a 29.9	Menor de 6 con...	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No	Normal	Prematuro tardío
72	De 20 a 34...	Primaria	No consu...	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No	Polihidram...	Prematuro tardío
73	Mayor o ig...	Secundaria	No consu...	De 18.5 a 24.9	Menor de 6 con...	No	Sí	Sí	No	No	No	No	No	No	Normal	Prematuro tardío
74	De 20 a 34...	Superior	Alcohol	De 25 a 29.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Normal	Prematuro tardío
75	De 20 a 34...	Primaria	No consu...	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	Sí	No	No	No	No	No	Sí	No	No	Normal	Prematuro tardío
76	De 20 a 34...	Primaria	No consu...	De 25 a 29.9	Menor de 6 con...	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	Oligohidra...	Prematuro tardío
77	De 20 a 34...	Primaria	No consu...	De 18.5 a 24.9	Menor de 6 con...	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Normal	Prematuro tardío
78	De 20 a 34...	Secundaria	No consu...	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Normal	Prematuro tardío
79	De 20 a 34...	Secundaria	No consu...	De 25 a 29.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	Oligohidra...	Prematuro tardío
80	De 20 a 34...	Secundaria	No consu...	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Oligohidra...	Prematuro tardío
81	De 20 a 34...	Primaria	No consu...	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Normal	Prematuro tardío

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode: ON



*BD-Parto-Pretermino.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 16 de 16 variables

	Edad	Grado_instruccion	Habitos_nocivos	IMC	Control_prenatal	Infecciones	Preeclampsia	Diabetes	Embarazo_multiple	RCIU	Anomalia_congenita	RPM	Placenta_previa	Desprendimiento	Liquido_amniotico	Grado
76	De 20 a 34...	Primaria	No consu...	De 25 a 29.9	Menor de 6 con...	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	Oligohidra...	Prematuro tardío
77	De 20 a 34...	Primaria	No consu...	De 18.5 a 24.9	Menor de 6 con...	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Normal	Prematuro tardío
78	De 20 a 34...	Secundaria	No consu...	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Normal	Prematuro tardío
79	De 20 a 34...	Secundaria	No consu...	De 25 a 29.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	Oligohidra...	Prematuro tardío
80	De 20 a 34...	Secundaria	No consu...	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Oligohidra...	Prematuro tardío
81	De 20 a 34...	Primaria	No consu...	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Normal	Prematuro tardío
82	Menor de 2...	Secundaria	No consu...	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Normal	Prematuro tardío
83	De 20 a 34...	Secundaria	No consu...	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	Normal	Prematuro tardío
84	Menor de 2...	Secundaria	Alcohol	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	Normal	Prematuro tardío
85	De 20 a 34...	Superior	No consu...	De 18.5 a 24.9	Menor de 6 con...	No	Sí	No	No	No	No	No	No	No	Polihidram...	Prematuro tardío
86	De 20 a 34...	Primaria	No consu...	Mayor o igual a...	Mayor o igual a...	No	No	No	No	Sí	No	Sí	No	No	Normal	Prematuro tardío
87	De 20 a 34...	Secundaria	No consu...	De 25 a 29.9	Mayor o igual a...	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No	Normal	Prematuro tardío
88	De 20 a 34...	Secundaria	Tabaco	De 25 a 29.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Normal	Prematuro tardío
89	De 20 a 34...	Secundaria	Alcohol	De 25 a 29.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	Normal	Prematuro tardío
90	De 20 a 34...	Secundaria	Alcohol	De 25 a 29.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Normal	Prematuro tardío
91	De 20 a 34...	Secundaria	Tabaco	De 18.5 a 24.9	Menor de 6 con...	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí	Normal	Prematuro tardío
92	De 20 a 34...	Superior	No consu...	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Normal	Prematuro tardío
93	De 20 a 34...	Primaria	No consu...	De 25 a 29.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Normal	Prematuro tardío
94	Menor de 2...	Primaria	No consu...	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Normal	Prematuro tardío
95	De 20 a 34...	Secundaria	Tabaco	De 18.5 a 24.9	Menor de 6 con...	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Normal	Prematuro tardío
96	De 20 a 34...	Secundaria	No consu...	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Normal	Prematuro tardío
97	De 20 a 34...	Primaria	No consu...	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Normal	Prematuro tardío
98	De 20 a 34...	Primaria	No consu...	De 25 a 29.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Normal	Prematuro tardío
99	De 20 a 34...	Primaria	No consu...	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	No	Sí	No	No	No	No	Sí	No	No	Normal	Prematuro tardío
100	Mayor o ig...	Superior	No consu...	De 18.5 a 24.9	Mayor o igual a...	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	Normal	Prematuro tardío
101																
102																

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode: ON



ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024.

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	METODOLOGIA
PG.- ¿Cuáles son los factores de riesgo relacionado a parto pretérmino en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024?	OG.- Determinar los factores de riesgo relacionado a parto pretérmino en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024.	HG.- Los factores de riesgo están relacionados a parto pretérmino en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024.	1.- Factores de riesgo	1.1.- Factores maternos	1.1.1.- Edad materna	a.- Menor de 20 años b.- De 20 a 34 años c.- Mayor o igual de 35 años	1.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: No experimental. 2.- TIPO DE INVESTIGACIÓN: Básico, relacional transversal, retrospectivo. 3.- ENFOQUE: Cuantitativo. 4.- POBLACIÓN: Conformada por 100, pacientes con diagnóstico de parto pretérmino en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, 2024. 5.- MUESTRA: Conformada por 100% de la población, con diagnóstico de parto pretérmino en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, 2024.
					1.1.2.- Grado de instrucción	a.- Primaria b.- Secundaria c.- Superior	
					1.1.3.- Hábitos nocivos	a.- Alcohol b.- Coca c.- Tabaco d.- No consume	
					1.1.4.- IMC	a.- < 18.5 b.- 18.5 -24.9 c.- 25-29.9 d.- >= 30	
					1.1.5.- Control prenatal	a.- Menor de 6 controles b.- Mayor o igual a 6 controles	
					1.1.6.- Infecciones urogenitales	a.- Sí b.- No	
					1.1.7.- Preeclampsia	a.- Sí b.- No	
					1.1.8.- Diabetes	a.- Sí b.- No	
					1.2.1.- Embarazo múltiple	a.- Sí b.- No	
				1.2.- Factores fetales			
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS					
PE1.- ¿Cuál es la relación de los factores maternos con el parto pretérmino en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca?	OE1.- Identificar los factores maternos que estén relacionados a parto pretérmino en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca.	HE1.- Los factores maternos están relacionados a parto pretérmino en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca.					



PE2.- ¿Cuál es la relación de los factores fetales con el parto pretérmino en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca? PE3.- ¿Cuál es la relación de los factores ovulares con el parto pretérmino en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca? PE4.- ¿Cómo se presenta el parto pretérmino en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca?	OE2.- Definir los factores fetales que estén relacionados a parto pretérmino en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca. OE3.- Precisar los factores ovulares que estén relacionados a parto pretérmino en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca. OE4.- Describir el grado de prematuridad que se presenta con más frecuencia en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca.	HE2.- Los factores fetales están relacionados a parto pretérmino en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca. HE3.- Los factores ovulares están relacionados a parto pretérmino en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca. HE4.- El parto pretérmino moderado, se presenta con más frecuencia en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca.			1.2.2.- Retardo crecimiento intra uterino	a.- Sí b.- No	6.- TÉCNICA: Variable 1: Factores de riesgo. Técnica 1: Análisis documental Variable 2: Parto pretérmino Técnica 2: Análisis documental 7.- INSTRUMENTOS Variable 1.- Ficha de recolección de datos Variable 2.- Ficha de recolección de datos
					1.2.3.- Anomalia congénita	a.- Sí b.- No	
					1.3.1.- Ruptura prematura de membranas	a.- Sí b.- No	
					1.3.2.- Placenta previa	a.- Sí b.- No	
					1.3.3.- Desprendimiento prematuro de placenta	a.- Sí b.- No	
					1.3.4.- Líquido amniótico	a.- Normal b.- Polihidramnios c.- Oligohidramnios	
			2.- Parto pretérmino	2.1.- Grado de prematuridad	a.- Prematuro extremo b.- Prematuro temprano c.- Prematuro moderado d.- Prematuro tardío		



ANEXO 3: INSTRUMENTOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CÓDIGO DEL PACIENTE		DIAGNÓSTICO	
1.- FACTORES DE RIESGO			
1.1.- Factores maternos	1.1.1.- Edad materna	a.- Menor de 20 años b.- De 20 a 34 años c.- Mayor o igual de 35 años	() () ()
	1.1.2.- Grado de Instrucción	a.- Primaria b.- Secundaria c.- Superior	() () ()
	1.1.3.- Hábitos nocivos	a.- Alcohol b.- Coca c.- Tabaco d.- No consume	() () () ()
	1.1.4.- IMC	a.- < 18.5 b.- 18.5 -24.9 c.- 25-29.9 d.- >= 30	() () () ()
	1.1.5.- Control prenatal	a.- Menor de 6 controles b.- Mayor o igual a 6 controles	() ()
	1.1.6.- Infecciones urogenitales	a.- Si b.- No	() ()
	1.1.7.- Preeclampsia	a.- Si b.- No	() ()
	1.1.8.- Diabetes	a.- Si b.- No	() ()
1.2.- Factores fetales	1.2.1.- Embarazo múltiple	a.- Si b.- No	() ()
	1.2.2.- Retardo crecimiento intra uterino	a.- Si b.- No	() ()
	1.2.3.- Anomalia congénita	a.- Si b.- No	() ()
1.3.- Factores ovulares	1.3.1.- Ruptura prematura de membranas	a.- Si b.- No	() ()
	1.3.2.- Placenta previa	a.- Si b.- No	() ()
	1.3.3.- Desprendimiento prematuro de placenta	a.- Si b.- No	() ()
	1.3.4.- Líquido amniótico	a.- Normal b.- Polihidramnios c.- Oligohidramnios	() () ()
2. PARTO PRETERMINO.			
2.1.- Grado de prematuridad	a.- Prematuro extremo	()	
	b.- Prematuro temprano	()	
	c.- Prematuro moderado	()	
	d.- Prematuro tardío	()	



ANEXO 4: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

TÍTULO DE LA TESIS: FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A PARTO
PRETÉRMINO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO
JULIACA 2024

NOMBRE DEL JUEZ:

ESPECIALIDAD:

COLEGIATURA: FECHA:

CRITERIOS DE EVALUACION	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio	
La estructura del instrumento es el adecuado	
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	
Los ítems son claros y entendibles	
El número de ítems es adecuado para su aplicación	
*se deben eliminar algunos ítems	
TOTAL	

- De acuerdo: 1 (Si)
- En desacuerdo: 2 (No)



ESCALA DE VALIDACIÓN

Baja	Regular	Alta
8 – 12 puntos	12 – 14 puntos	14 – 16 puntos
El instrumento de investigación esta observado	El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación esta apto para su aplicación

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO:

El que suscribe.....
identificado con DNI N°..... y CMP N°.....
certifico que realice el juicio de experto al instrumento diseñado por la
estudiante

Bach. YAMEL BRANDO GALINDO ZEVALLOS

Juliana de del 2025



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital ☒

Fecha de entrega: 26-05-2026

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: YAMEL BRANDON GALINDO ZEVALLOS

Dirección: Jr. JOSE MARIA AGUEDAS Mz.15 Lt.7

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 72177060

Teléfono: 950 740 806 email: yamelzevallos@hotmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional o Mención: ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Título o Grado Académico a optar: MÉDICO CIRUJANO

Asesor: Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación ☐ Tesis ☒ Trabajo de Suficiencia Profesional ☐ Trabajo Académico ☐

Título: FACTORES DE RIESGO RELACIONADO A PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES DEL
HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

Palabras claves, (3 a 5 términos): Riesgo, parto pretérmino, prematuridad, gestante

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1, 2}?

1

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

☐ Bachiller ☒ Título ☐ 2da Especialidad ☐ Maestría ☐ Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- ☒ Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- ☐ Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- ☐ No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- ☐ Sí autorizo
- ☒ No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción “internacional” o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción “internacional” emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción “internacional” goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

☐ Internacional

☒ Nacional

Línea de investigación: MEDICINA HUMANA - P09

Firma de Autor



huella digital

26-05-2026

Fecha