



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



TRABAJO ACADÉMICO
FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS AL
PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL
CENTRAL MAJES, 2018

PRESENTADO POR:

SORAYA YENNIFER TORREBLANCA LLERENA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ALTO RIESGO Y
EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

JULIACA – PERÚ

2023



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
TRABAJO ACADÉMICO
FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS
AL PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL
CENTRAL MAJES, 2018

PRESENTADO POR:

SORAYA YENNIFER TORREBLANCA LLERENA


PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS

OBSTÉTRICAS
APROBADA POR:

PRESIDENTE

: 
Dra. AMALIA PEREZ ABARCA

PRIMER MIEMBRO

: 
Dr. LEOPOLDO WENCESLAO CONDORI CARI

SEGUNDO MIEMBRO

: 
Dra. GRACIELA BERNAL SALAS

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – SEG04



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ" ESCUELA DE POSGRADO



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 219 - 2023-SEP-EPG/UANCV

Juliaca, 03 de noviembre del 2023

VISTO:

El Expediente N° 2023-04797, de la Egresado (a) **TORREBLANCA LLERENA SORAYA YENNIFER**, con DNI N° 40965283 y Código N° 1711000122, del Programa de Segunda Especialidad Profesional en **ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**, de la Filial Arequipa, de la **Escuela de Posgrado** de la **Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"** de Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, el egresado (a) del Programa de Segunda Especialidad Profesional en **ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS** de la Filial Arequipa, de la **Escuela de Posgrado** de la **Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"** de Juliaca; Solicita sorteo de Jurados y fecha para la Sustentación de Trabajo Académico, habiendo cumplido con los requisitos para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional;

Que, el inciso b) del Artículo N° 5 del Reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establece la modalidad de Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico para optar el Título;

Que, los Artículos N° 12 al N° 21 del Reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establecen los procedimientos para el referido Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico; y

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "J" del artículo 17 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 64 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

PRIMERO.- NOMBRAR a los miembros de Jurado que calificarán la Sustentación de Trabajo Académico de la egresado (a) **TORREBLANCA LLERENA SORAYA YENNIFER**, con DNI N° 40965283 y Código N° 1711000122 del Programa de Segunda Especialidad Profesional en **ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**, de la Filial Arequipa, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; como se detalla en el Artículo Segundo de la presente Resolución, siendo los Jurados los siguientes Docentes:

Presidente	:	Dra. AMALIA PEREZ ABARCA
Primer Miembro	:	Dr. LEOPOLDO WENCESLAO CONDORI CARI
Segundo Miembro	:	Dra. GRACIELA BERNAL SALAS

SEGUNDO. - DETERMINAR que LA SUSTENTACION DE TRABAJO ACADÉMICO se llevará de acuerdo al siguiente detalle:

Fecha	:	Jueves, 09 de noviembre del 2023
Hora	:	08:00 a.m.
Lugar	:	Aula N° 207 - EPG - UANCV - JULIACA

TERCERO. - AUTORIZAR la difusión de la presente Resolución a la Coordinación General del Programa de Segunda Especialidad Profesional e interesados.

Regístrese, comuníquese y archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO
DIRECCIÓN
JULIACA - 20200
Dr. Leopoldo Wenceslao Condori Cari
DIRECTOR (e)



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
Mo. PERCY GOZALO PUMA PUMA
SECRETARIO ACADÉMICO

C.c/ Arcv. EPG-2023 (03)
CARGO (01)
UANCV



FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL CENTRAL MAJES, 2018

INFORME DE ORIGINALIDAD

29%

INDICE DE SIMILITUD

27%

FUENTES DE INTERNET

9%

PUBLICACIONES

14%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS


1	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	5%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	4%
3	riul.unanleon.edu.ni:8080 Fuente de Internet	3%
4	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	3%
5	docplayer.es Fuente de Internet	1%
6	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.upsb.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	www.revistas.usp.br Fuente de Internet	1%



Metadatos complementarios - UANCV

TITULO	
FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL CENTRAL MAJES, 2018	
Datos de autor	
Nombres y Apellidos	SORAYA YENNIFER TORREBLANCA LLERENA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	40965283
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0008-7969-7897
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	No aplica
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	No aplica
URL de ORCID	No aplica
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres Y Apellidos	AMALIA PEREZ ABARCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02436112
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-8794-560X
Miembro del jurado 1	
Nombres Y Apellidos	LEOPOLDO WENCESLAO CONDORI CARI
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02389341
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-2372-6720



Miembro del jurado 2	
Nombres Y Apellidos	GRACIELA BERNAL SALAS
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02394874
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0006-0870-3896
Datos de investigación	
Línea de investigación	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - SEG04
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	<p>Dirección: HOSPITAL CENTRAL MAJES País: Perú Departamento: Arequipa Provincia: Caylloma Distrito: Majes -16.32105, -72.22211 https://maps.app.goo.gl/bYGuXTW3pajiD7yR8</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2018 - 2019
URL de disciplinas OCDE	<p>Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00 Obstetricia, Ginecología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02</p>
https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	



UNIVERSIDAD NACIONAL NESTOR CERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO

Dr. Segundo Ortiz Cansaya
DIRECTOR



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo SORAYA YENNIFER TORREBLANCA LLERENA, identificado con DNI Nro. 40965283 en mi condición de egresado de:

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

ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

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

FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL CENTRAL MAJES, 2018

Asesorado por:

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 25 de OCTUBRE del 2024

FIRMA (ASESOR)

FIRMA (obligatoria) [Handwritten signature]



Huella



DEDICATORIA

¿Quién me ha dado la capacidad y la suerte para superar cada adversidad que ha surgido a lo largo de mi carrera profesional? Me han guiado constantemente, estableciéndome en los principios de ejemplo, amor y paz. ¿Quién es la fuerza principal detrás de todas mis actividades en la vida y la fuerza impulsora detrás de alcanzar mis metas? María, mi hija.



AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme la vida y por todas las personas que puso en mi camino para cumplir con todos mis objetivos de vida y metas trazadas.



ÍNDICE

DEDICATORIA.....	7
AGRADECIMIENTO.....	8
ÍNDICE	9
RESUMEN.....	14
ABSTRACT	15
INTRODUCCIÓN	16
CAPÍTULO I	1
ASPECTOS GENERALES DEL TRABAJO ACADÉMICO.....	1
1.1. TÍTULO DEL INFORME DEL TRABAJO ACADÉMICO	1
1.1.1. Institución:.....	1
1.1.2. Duración:	1
1.1.3. Responsable:.....	1
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
1.3. JUSTIFICACIÓN	2
1.4. OBJETIVOS.....	4
1.4.1. Objetivo General.....	4
1.4.2. Objetivos Específicos	4
CAPÍTULO II	6
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	6
2.1. MARCO TEÓRICO	6
2.1.1. Mecanismo hormonal	6
2.1.2. Oxitocina.....	7
2.1.3. Prostaglandinas.....	7



2.1.4. Citocinas	8
Tratamiento para las gestantes con amenaza de parto pretérmino:	9
2.1.5. Factores Sociodemográfico:.....	12
2.1.6. Antecedentes Obstétricos:	13
2.1.7. Antecedentes Patológicos:.....	13
2.1.8. Parto pretérmino	16
2.1.9. Parto extremo y tardío:	16
2.2. ANTECEDENTES	16
2.2.1. Nivel Internacional	16
2.2.2. Nivel Nacional.....	18
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	21
2.3.1. Parto Prematuro.	21
2.3.2. Hospital central de majes.	¡Error! Marcador no definido.
2.3.3. Factores de Riesgo.	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO III	22
PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADOS.....	22
3.1. PLANIFICACIÓN	22
3.1.1. Diseño y tipo de investigación	22
3.1.2. Población	22
3.1.3. Muestra.....	22
3.1.4. Criterios de inclusión y exclusión	22
3.1.5. Variables.....	24
3.2. EJECUCIÓN	25
Técnicas e instrumentos, fuentes de recolección de datos:	25
3.2.1. Análisis de información.....	25



3.3. RESULTADOS	26
CONCLUSIONES.....	44
RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA	47
ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	53



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad de las mujeres relacionado con el tipo de “parto pretérmino” en el Hospital Central de Majes–2018..... 26

Tabla 2 Estado civil de las mujeres” relacionado con el tipo de “parto pretérmino” en el Hospital Central de Majes – 2018..... 27

Tabla 3 Grado de instrucción de mujeres relacionado con el tipo de “parto pretérmino en el Hospital Central De Majes-2018..... 28

Tabla 4 Procedencia relacionada con el tipo de “parto pretermino” en el Hospital Central de Majes -2018..... 29

Tabla 5 Ocupación de mujeres relacionado con el tipo de “parto pretermino” en el Hospital Central de Majes - 2018..... 30

Tabla 6 Paridad de las mujeres relacionado con el tipo de “parto pretérmino” en el Hospital Central de Majes - 2018..... 32

Tabla 7 Relacionado con el tipo de “parto pretérmino” en el Hospital Central de Majes – 2018..... 33

Tabla 8 Número de controles prenatales relacionado con el tipo de “parto pretérmino” en el Hospital Central de Majes -2018 34

Tabla 9 Antecedente de parto pretérmino de mujeres relacionado con el tipo de “parto pretérmino” en el Hospital Central de Majes -2018..... 35

Tabla 10 Infección del tracto urinario de la mujer relacionado con el tipo de “parto pretérmino” en e Hospital Central de Majes -2018..... 37

Tabla 11 Ruptura prematura de membranas de las mujeres relacionado con el tipo de “parto pretérmino” en el Hospital Central de Majes -2018..... 38

Tabla 12 Síndrome de flujo vaginal en mujeres relacionado con el tipo de “parto pretermino” en el Hospital Central de Majes -2018 40

Tabla 13 Preeclampsia relacionada con el tipo de “parto pretérmino” en el Hospital Central de Majes -2018..... 41

Tabla 14 Hemorragia en la segunda mitad del embarazo en mujeres con “parto pretérmino” en el Hospital Central de Majes -2018 42



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Edad	26
Figura 2	Estado civil	27
Figura 3	Grado de instrucción	28
Figura 4	Procedencia	29
Figura 5	Ocupación	31
Figura 6	Paridad	32
Figura 7	Antecedentes de aborto	33
Figura 8	Número de controles prenatales.....	34
Figura 9	Antecedente de parto pretérmino	36
Figura 10	Infección del tracto urinario.....	37
Figura 11	Ruptura prematura de membranas.....	39
Figura 12	Síndrome de flujo vaginal	40
Figura 13	Preeclampsia	41
Figura 14	Hemorragia en la segunda mitad del embarazo.....	42



RESUMEN

EL trabajo académico denominado FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL CENTRAL MAJES, 2018. El nacimiento prematuro, antes de las 37 semanas, es una de las principales causas de mortalidad neonatal a nivel mundial, afectando al 11% de los partos. La mayoría ocurre entre las semanas 32 y 36 y presenta grandes riesgos para los recién nacidos. A pesar de la existencia de investigaciones clínicas y epidemiológicas, la etiología precisa sigue siendo incierta. Las investigaciones en Perú son limitadas, por lo que se está realizando un estudio en el Hospital Central de Majes para identificar factores de riesgo. El objetivo es la identificación de factores de riesgo maternos vinculados al parto prematuro en el Hospital Central de Majes en 2018. En conclusión, el parto prematuro, que ocurre antes de las 37 semanas, es una causa significativa de mortalidad neonatal que afecta al 11% de los nacimientos a nivel global. Aunque la mayoría de estas regiones incluyen a individuos de entre treinta y dos y treinta y seis años, hay riesgos significativos para la salud de los recién nacidos. A pesar de la extensa investigación sobre sus causas, siguen siendo bastante ambiguos. La escasa investigación sobre el tema en Perú es la razón para realizar un estudio en el Hospital Central de Majes para descubrir los factores de riesgo relacionados.

Palabras Claves: Riesgos maternos, parto pretérmino, nacimientos.



ABSTRACT

The academic work called MATERNAL RISK FACTORS ASSOCIATED WITH PRETERM BIRTH AT THE MAJES CENTRAL HOSPITAL, 2018. Premature birth, before 37 weeks, is one of the main causes of neonatal mortality worldwide, affecting 11% of births. Most occur between weeks 32 and 36, and pose serious risks to newborns. Although there are clinical and epidemiological studies, the exact cause remains unclear. In Peru, research is limited, so a study is being carried out at the Majes Central Hospital to identify risk factors. Its objective is to determine maternal risk factors associated with premature birth in 2018 at the Majes Central Hospital. In conclusion, premature birth, which occurs before 37 weeks, is a relevant cause of neonatal mortality, affecting 11% of births in the world. Although most of these births occur between weeks 32 and 36, there are serious health risks for newborns. Despite multiple studies on their causes, these are still not entirely clear. In Peru, research on the subject is limited, so a study is being conducted at the Central Hospital of Majes to identify associated risk factors.

Keywords: Maternal risks, preterm birth, births.



INTRODUCCIÓN

El parto que se presenta antes del término de la gestación se considera un inconveniente de la salud relevante a nivel mundial, también es considerado Una de las principales razones de mortalidad neonatal. (1)

En el mundo, la cantidad de partos pretérminos se aproxima al 11%, en Europa el rango es de 5%, el África es 18%; con estos porcentajes 15 millones de niños podrían nacer prematuros por año. 84% edad gestacional al nacer entre 32 a 36 semanas, 10% de los nacimientos entre 28 a 32 semanas y solo un 6% nacieron con menos de 28 semanas. (2)

Un embarazo normal dura unos 280 días, y una de las metas que Todos los servicios de salud deben asegurarse de que se cumpla esta condición, ya que el alumbramiento antes de las 37 semanas es una gran amenaza para el bebe nacido; debido a complicaciones que pueden suscitarse, una de ellas es la inmadurez de la mujer o por efectos de los medicamentos utilizados para tratar la "amenaza de trabajo de parto prematuro". (3)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el parto prematuro, o nacimiento anticipado, como aquel que ocurre entre la semana 20 y antes de finalizar la semana 37 de gestación. (4)

El parto prematuro es un síndrome asociado con la morbilidad neonatal que puede tener efectos adversos para la salud a largo plazo. (5)

La suma de complicaciones y efectos adversos en la nueva vida de los recién nacidos antes de las 37 semanas genera una gran tasa de muerte perinatal. (6)

Teniendo en cuenta, lo anterior se tiene muchos factores que se relacionan con la presentación de un parto antes de las 37 semanas conocido como parto pretérmino;



sin embargo, el origen de esta complicación aún no está bien esclarecida. (7)

Existen muchas publicaciones científicas, en las cuales se ha estudiado el comportamiento clínico, la parte epidemiológica y también bioquímico en el estudio del parto pretérmino.

Por otro lado, los estudios científicos que existen nuestro país con respecto a la tema de estudio no son muchos y no tienen mayor relevancia. El trabajo de investigación que se está realizando Identificar factores de riesgo de parto prematuro en el Hospital Central de Majes. (8)

En el presente trabajo se desarrolló:

Capítulo I: Aspectos generales del trabajo académico, en este apartado tenemos una descripción del problema, la justificación del trabajo académico, Objetivo General y específicos.

Capítulo II: Fundamentación Teórica, dentro de este apartado tenemos Marco Teórico, Antecedentes sobre el trabajo académico y Marco Conceptual

Capítulo III: Planificación, ejecución y resultados, incluidos en la planificación para el diseño y tipo de estudio, población, muestra, criterios de inclusión y exclusión, variables y operacionalización; ejecución utilizando técnicas, herramientas y fuentes de recolección de datos, análisis de la información y por último los Resultados.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES DEL TRABAJO ACADÉMICO

1.1. TÍTULO DEL INFORME DEL TRABAJO ACADÉMICO

Factores de riesgo maternos vinculados al parto prematuro en el Hospital Central de Majes, 2018

1.1.1. Institución:

Hospital Central de Majes- Arequipa

1.1.2. Duración:

Fecha de Inicio: 01 de enero del 2018

Fecha de Culminación: 31 de julio del 2018

1.1.3. Responsable:

Obstetra Soraya Torreblanca Llerena.

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El parto prematuro se define como un embarazo que se completa antes de las 37 semanas o 259 días, pero pesa más de 500 gramos después de las 22 semanas de gestación y la longitud céfalo-nalgas es de 25 centímetros. (9)

En salud Pública el parto pretérmino es un gran problema ya que causa gran morbilidad y mortalidad en los neonatos; a la vez, provoca inestabilidad en los servicios de salud por las consecuencias que podría



causar a las familias en sus vidas. (10)

De acuerdo a la OMS durante el 2005 se tuvo 12,9 millones de partos antes de las 37 semanas, lo cual significa el 9,6% de la cantidad de nacimientos en el mundo. (11)

Existen 65 países que presentan datos confiables acerca de las tasas de nacimientos antes de las 37 semanas; de estos solo tres países reportan una baja tasa de "partos pretérmino" hace más de 20 años, y a la vez se relaciona con muchos factores. (11)

Por otro lado, existen países con bajos recursos, en ellos un 12% de "partos pretérmino" se tiene al año, y esto difiere a un 9% que se presenta en países con recursos altos. Estudios científicos demuestran que los factores que podrían influir son los "antecedentes obstétricos". (12)

Los recursos económicos de cada país en el mundo es uno de los principales factores para tasa de supervivencia neonatal de partos prematuros. (13)

Teniendo en cuenta todo lo descrito anteriormente surge la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al parto prematuro en gestantes del Hospital Central de Majes en el 2018?

1.3. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio tiene como iniciativa no solo tratar el tema de "parto pretérmino" como un tema Ginecológico y obstétrico, también es un relevante para la especialidad "Neonatal", por su alto incremento de morbilidad y mortalidad al que se asocia. Teniendo en cuenta que a nivel mundial los "partos pretérmino" están incrementando mucho. (14)

Alrededor de 15 millones de bebés llegan al mundo antes de cumplir las treinta y siete semanas, esta proporción es igual a un bebé por cada 10 nacidos vivos. (15)



Para un bebé prematuro el riesgo de muerte es mayor en 180 veces más al de un bebé a término, esto depende también de acuerdo a la semana de embarazo en que se produce en nacimiento. (15)

La presente investigación tiene mucha importancia sobre todo por el gran acontecimiento de problemas que representa el tener un parto pretérmino en todos los sistemas de "Salud Pública". (16)

Por lo que debemos tener siempre presente que el "parto pretérmino" es el causante del 75% de las muertes neonatales, y que los que perduran podrían presentar en el futuro muchas secuelas en su vida futura, desde que son bebés, pasando por la niñez, adolescencia, adultez. (16)

Los más complicado que podría presentar con mayor frecuencia discapacidades neurológicas y teniendo limitaciones físicas, a la largo genera una influencia negativa en la "adaptación social" y en su salud. (16)

Por otro lado, se afecta mucho el sistema de "Salud Pública" por el gasto monetario y la necesidad de tratamientos intensivos, también por los altos índices de permanencia en los servicios de las unidades de cuidados intensivos neonatales, incluyendo la afectación emocional y económica a la familia y a todo su entorno social. (14)

Para mejorar este sistema es importante que cambie el sistema de salud, para que pueda satisfacer las necesidades que exigen las gestantes. El control prenatal es muy importante y todos los profesionales de salud deben tomarlo muy en cuenta y deben identificar precozmente los "factores de riesgo" que podrían presentarse durante el embarazo para intervenir de la menor manera y evitar complicaciones. (17)

Es bien sabido que el "parto pretérmino" se considera una entidad compleja que tiene muchos factores y su etiología dependen ellos. En este sentido, Comprender los factores de riesgo es fundamental que son muy frecuentes los cuales podrían ayudar en la prevención de "los factores" teniendo más visión del enfoque y la generación de la evaluación del seguimiento considerando con otros hospitales a nivel nacional". (17)

Teniendo en cuenta que existen muchos factores involucrados en la aparición del parto pretérmino, para el personal de salud es importante



conocer estos elementos de forma temprana y precozmente; además de muchos "factores causantes". (18)

Por lo anteriormente expuesto, si se cumple con ser muy minucioso en los controles prenatales podríamos disminuir la morbimortalidad neonatal. Algunos estudios científicos muestran que la edad es el principal "factor de riesgo," y a esta edad, las mujeres menores de 17 años y las mayores de 35 años tienen más probabilidades de tener un "parto prematuro," lo que incluye una atención prenatal inadecuada y un bajo nivel de instrucción.

(Primer número) El objetivo principal del estudio es arrojar luz sobre "los factores de riesgo asociados con el parto prematuro," o los muchos factores que contribuyen al problema del parto prematuro entre las mujeres embarazadas ingresadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Central de Majes.

Al terminar el presente trabajo, podría ayudar en la colaboración de encontrar estrategias para reducir la morbilidad y mortalidad en los neonatos. Teniendo en cuenta que el prevenir las complicaciones y las tasas de muerte están en relación con el parto pretérmino y esto se inicia actores de riesgos asociados a un parto pretérmino" con lo que se podría prevenir o tenemos tasas de incidencia de prematuridad evitando o disminuyendo esta patología. El bebé podría tener consecuencias como morbilidad y mortalidad en los neonatos, con problemas de familia en el plano social y emocional, con una gestación muy saludable con lo que es importante definir el gasto económico y emocional que tiene influencia en el cuidado de un bebe que nación de un "parto prematuro involucrando también al estado. (18,5)

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

- Determinación de factores de riesgo maternos asociados al parto prematuro en 2018 en el Hospital Central de Majes.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar los antecedentes sociodemográficos asociados al



parto pretérmino.

- Señalar los antecedentes obstétricos asociados al parto pretérmino.
- Describir los factores patológicos maternos asociados al parto pretérmino.



CAPÍTULO II

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. MARCO TEÓRICO

Un nacimiento prematuro se define como un nacimiento que ocurre entre las 32 y 37 semanas de gestación, con una prevalencia de más del 5% en ciertos países europeos y del 18% en otros. La tasa de nacimientos prematuros ha fluctuado entre el 8 y el 10% desde 2010 hasta 2018. En el Instituto Perinatal de Lima, hay un centro de referencia para la patología obstétrica.. (19)

La causa más importante de morbilidad y mortalidad fetal es la "prematuridad". La morbimortalidad en los prematuros es alta, llegando al 80% en algunas instituciones. (20)

2.1.1. Mecanismo hormonal

Existen alteraciones a nivel sistémico o local, donde se han estudiado los niveles de hormonas esteroides como desencadenantes del parto en algunos animales. (21)

El disminuir las concentraciones de las hormonas Se ha demostrado que la supresión uterina de la progesterona juega un papel importante en las personas

Teóricamente, esta caída en los niveles se debe a que la secreción de



progesterona se reduce a través de muchas vías como resultado de una sobreacción de las células adrenales fetales a la corticotropina, lo que a su vez aumenta la producción de cortisol, redistribuye la fabricación de hormonas placentarias, y así sucesivamente. (21)

Los principales efectos de la reducción de progesterona son las principales prostaglandinas que establecen uniones GAP en el endometrio y aumentan la respuesta uterina a sustancias capaces de causar contracciones. (22)

2.1.2. Oxitocina

Es bien sabido que la oxitocina causa contracciones uterinas en mujeres embarazadas. El papel de las endotoxinas en las primeras etapas del trabajo y el nacimiento prematuro sigue siendo incierto. La oxitocina se considera un inductor universal del parto por varias razones, incluyendo su capacidad para iniciar el parto cuando se administra de forma exógena y el hecho de que los niveles de oxitocina en la sangre de la mayoría de los animales aumentan durante el parto. Además, hay evidencia que indica que el número de receptores de oxitocina en las células uterinas aumenta con el avance del embarazo, optimizando así su nivel más después del parto. (23)

2.1.3. Prostaglandinas

Un componente adicional importante en este paradigma de inicio del parto es la síntesis y liberación de prostaglandinas E2 y F2. Esto se basa en el hecho de que los niveles de prostaglandinas o sus metabolitos en el líquido amniótico, líquido endometrial, decidua, líquido miometrial y sangre aumentan drásticamente a lo largo del proceso de trabajo de parto y entrega. Por el contrario, inhibir estas mismas sustancias para revertir el parto sugiere que las prostaglandinas tienen un papel en la acción primaria del parto. (26)

La oxitocina tiene una gran capacidad para estimular el paso libre de prostaglandinas a través de los receptores deciduales. Además, la infección de las membranas fetales libera prostaglandinas y puede desencadenar



muchos partos prematuros. (24)

Las bacterias y ciertos de sus productos pueden provocar directamente la estimulación de la producción de prostaglandinas por: Las fosfolipasas bacterianas liberan el ácido araquidónico precursor de la membrana amniótica (membrana del huevo), lo que aumenta la síntesis de prostaglandinas. (25)

Muchas bacterias gramnegativas pueden estimular la producción de prostaglandinas mediante endotoxinas directamente sobre la decidua. (25)

Los organismos grampositivos también tienen la capacidad de estimular las prostaglandinas a través del peptidoglicano. (25)

La fosfolipasa A2 está presente en los lisosomas de la membrana fetal y, cuando se libera de los lisosomas, puede sintetizar prostaglandinas, que provocan las contracciones uterinas. (25)

2.1.4. Citocinas

La citosina es una sustancia secretada por el sistema inmunitario en respuesta a una infección. Recientemente ha habido interés en el papel de las citoquinas, siendo el principal factor su incremento como potenciales iniciadores del proceso de parto. (25)

Así como para el factor de necrosis tumoral, la membrana amniótica y la decidua son estimuladas para producir prostaglandinas por las interleucinas 1 y 6. La síntesis de prostaglandinas determina el coeficiente beta transformador. (28)

Detalles sobre las prostaglandinas, el número y tamaño de las uniones comunicativas en el miometrio, la dirección del aumento de los ganchos receptivos a la oxitocina y los niveles de progesterona. (29)

A medida que el cuello uterino crece, la membrana circundante y la decidua están expuestas a más bacilos de origen vaginal. Se inicia una respuesta inflamatoria junto con la producción de citoquinas y prostaglandinas. Desde este punto de vista, la acción endógena es responsable de los eventos paracronómicos. La fase endocrinológica del trabajo de parto y el parto pueden haber sido desencadenados

prematuramente por ciertas condiciones, como infecciones. (30)

- **Dilatación y borramiento:** Documente un cambio cervical de al menos 2 cm o 50% de desaparición del cuello uterino. (31)
- **Sangrado vaginal:** Muchas pacientes tienen flujo vaginal mucoso, pero el sangrado más intenso debe evaluarse en busca de desprendimiento de placenta o placenta previa. (31)

Los exámenes auxiliares son:

- Examen general y urocultivo. (31)
- Ecografía obstétrica para determinar el tamaño, la posición fetal o la inserción de la placenta. (31)
- La amniocentesis se puede utilizar para determinar la morfología de la madurez fetal cuando se desconoce la edad gestacional, el tamaño del feto no se ajusta a la fecha del último período menstrual, o el feto tiene más de 34 semanas.

Especialmente se debe buscar en el líquido amniótico la relación licitán/esfingomielina (L/S) y los niveles de fosfatidilglicerol. Si se sospecha de corioamnionitis, se debe realizar una amniocentesis para la tinción de Gram, cultivo, niveles de glucosa, recuento celular y niveles de interleucina-6. (31)

- Se deben realizar exámenes con espéculo, se deben enviar labranzas de gonorrea y clamidia, se debe hacer transmisión en fresco por signos de vaginosis bacteriana, (31)
- Hematocrito y hemoglobina en caso de hemorragia. (31)
- Inmunoensayo de fibronectina fetal, apto por la FDA para predecir el parto prematuro. (31)

Tratamiento para las gestantes con amenaza de parto pretérmino:

- La paciente diagnosticada con la amenaza de trabajo de parto prematuro debe observarse durante 30 minutos a 60 minutos para



determinar el manejo adecuado. Los períodos más largos de observación no son apropiados, ya que se reducirán los efectos del tratamiento de acuerdo al progreso del trabajo de parto. (32)

- Las decisiones sobre el establecimiento del tratamiento se basan en estimaciones del período de gestación, el peso fetal y las contraindicaciones que inhiben el trabajo de parto. (32)
- • Una vez que se han evaluado las contraindicaciones relativas y se ha comprobado que el paciente no presenta contraindicaciones absolutas, el manejo normalmente se divide en dos tipos: manejo expectante y manejo intervencionista. La intervención con corticosteroides y tocolítics ha mostrado algún beneficio en la reducción de morbilidad y mortalidad fetal en embarazos que ocurren entre 24 y 34 semanas de edad o con un peso fetal de 600 a 2500 g. (32,39)
- Una situación más complicada está representada por una edad gestacional muy temprana. No se considera viable tener un feto que pese menos de 600 gramos o que tenga entre 20 y 24 semanas de gestación. Si estos embarazos pueden durar unas semanas más, los fetos serán viables nuevamente, pero si lo logran, están en un riesgo muy alto; además, la madre enfrenta riesgos significativos por la gestión intervencionista, incluyendo el compromiso a largo plazo y la tocolisis. Peligro de posible toxicidad. Estos riesgos hacen que la terapia anticipatoria sea aceptable, y en ciertos casos, se prefiere la terapia intervencionista. (32,21)
- Por otro lado, El índice de supervivencia fetal es un 1% menor que el de la semana treinta y siete cuando el embarazo ha avanzado más allá de la semana cuarenta y cuatro y ha pesado más de 2500 gramos. Las secuelas a largo plazo son raras y la morbilidad fetal es menos severa. (34)
- Por otro lado, la terapia con corticosteroides no mostró ningún beneficio después de las 34 semanas de gestación. Por ello, en estos casos suele recomendarse un tratamiento expectante. (34)
- 2000, En su investigación sobre la relación entre los repositorios de



camas en el hogar y en el hospital, Kovacevich et al. no pudieron encontrar datos concluyentes que hubieran prevenido la "prematuridad." La Biblioteca Cochrane informó en 2007 que estar acostado durante cinco días o más aumenta el riesgo de enfermedad tromboembólica, que varía del 1 por ciento en no adherentes al 16% entre adherentes. Sin embargo, se ha mencionado que estar de pie en exceso es un "factor de riesgo para el riesgo de parto prematuro," por lo tanto, es necesario encontrar un equilibrio entre la actividad mínima y el riesgo patológico de tromboembolismo debido a la participación. (35)

- Uno de los métodos principales para tratar el parto prematuro entre las semanas 24 y 34 de embarazo ha sido el uso de glucocorticoides para acelerar el crecimiento fetal. La mortalidad neonatal, la hemorragia intraventricular y las dificultades respiratorias disminuyeron. (35)

Existen dos protocolos para maduración pulmonar en partos prematuros:

- a. **Betametasona:** 12 miligramos, vía intramuscular IM cada 24 horas por dos dosis. (35)
- b. **Dexametasona:** 6 miligramos, vía intramuscular IM cada 12 horas por cuatro dosis.

Las ventajas de la implementación de corticosteroides se observaron 24 horas después de la aplicación, alcanzaron su punto máximo a las 48 horas y se mantuvieron durante aproximadamente 7 días. Si el tratamiento para el trabajo de parto prematuro tiene éxito y el embarazo dura más de una semana, no hay ningún beneficio con otro curso de corticosteroides. (35)

Tocólisis en caso de presentarse "amenaza de parto pretérmino":

- Inicie la terapia anticonceptiva si las contracciones uterinas de la paciente persisten después de la medicación y el reposo en cama. Al considerar el aborto espontáneo como un medio para reducir el riesgo de parto prematuro, es esencial tener en cuenta una serie de objetivos. Antes de que los esteroides tengan su máximo efecto, el objetivo a corto plazo es mantener el embarazo durante al menos 48 horas después de su administración; a largo plazo, el objetivo es mantenerlo durante al

menos 34-37 semanas. minimización de la morbilidad y mortalidad infantil, además de la interrupción de los métodos anticonceptivos. (35,25)

- **Betamimético:** Los receptores B2 relajan directamente el útero y sus arterias sanguíneas. Los efectos cardiovasculares que dependen de la dosis, como edema pulmonar, taquicardia materna y fetal, dificultad respiratoria en adultos y aumento de la presión arterial sistólica y diastólica, pueden limitar su uso. Otros efectos que dependían de la dosis fueron los niveles de potasio en suero, los niveles de glucosa y la acidosis láctica. (31)

2.1.5. Factores Sociodemográfico:

Dentro de los factores sociodemográficos consideramos los siguientes:

- ❖ **La edad Materna:** límite para considerarlo Factores de riesgo para parto prematuro son mujeres menores de 17 años y mayores de 35 años. (35)

La tasa de fecundidad de las madres adolescentes es variable según el país, ya que el embarazo en adolescentes es de alto riesgo por diversas complicaciones maternas y perinatales, por lo que desencadenan el nacimiento de partos pretérmino con 60 a 80% de mortalidad neonatal en una población general. (35)

- ❖ **Estado Civil:** El estado civil de una persona refleja su relación con su entorno familiar y los vínculos legales establecidos por la unión conyugal o de parentesco, los cuales implican derechos y obligaciones ante la ley. Aunque las categorías de estado civil difieren entre países, en Perú se clasifican en las siguientes: soltero(a), conviviente, divorciado(a) y viudo(a). (34)

- ❖ **Procedencia:** Considerado el ámbito geográfico donde la persona radica o vive Urbano, Rural, Urbano Marginal. (34)

- **Grado de Instrucción:** El nivel educativo se entiende como el grado más alto de formación académica que una persona ha logrado, independientemente de si ha finalizado sus estudios o se

encuentran en proceso. Su categorización se establece de la siguiente manera: (33)

- **Analfabeta.** personas que no han tenido ningún nivel de enseñanza, no saben leer ni escribir. (35)
- **Primaria.** personas que saben leer y escribir y solo tiene un nivel de estudio básico muy bajo. (35)
- **Secundaria.** personas que han terminado sus estudios de nivel primario y han cursado o terminado sus estudios de 5 años. (35)
- ❖ **Ocupación:** El término "ocupativo", de origen latino y vinculado al verbo ocupar, se emplea como equivalente de palabras como trabajo, labor o actividad. En el contexto de nuestro país, este concepto adquiere un significado específico según la situación. la palabra ocupación se subdivide en ama de casa, agricultora, estudiante, etc. (36,12)

2.1.6. Antecedentes Obstétricos:

- **La paridad.** Los estudios han demostrado que las mujeres con embarazos múltiples, casi el 50 % de los embarazos gemelares y casi todos los embarazos múltiples terminan antes de las 37 semanas, y cuanto más corto es el embarazo, mayor es el número de fetos. (Gemelos 36 semanas, trillizos 33 semanas, cuatrillizos 31 semanas). (36)
- **Controles Prenatales.** Comprende un conjunto de intervenciones sanitarias brindadas en los establecimientos de salud a mujeres embarazadas, con el fin de promover una maternidad saludable. y segura, se les realiza los controles prenatales y logras una gestante reenfocada con el cumplimiento de sus controles a la totalidad y seguimiento con su batería de gestante. (28)

2.1.7. Antecedentes Patológicos:

- **Las infecciones del tracto urinario.** A menudo asociado con una



mayor morbilidad materna y perinatal, está asociada al trabajo de parto pretérmino. (23)

De acuerdo a una Investigación realizada por el Instituto Mexicano del Seguro Social, en este estudio sobre casos y controles, realizado en los años 1997 y 1998, donde las infecciones de las vías urinarias si están relacionadas con el "parto pretérmino" con un 47.9% y 30.2%. (23)

- **La ruptura prematura de membranas.** Es el rompimiento de las bolsas amnióticas, conocido como perder Integridad de la membrana del huevo antes del parto, en la que también se produce pérdida de líquido amniótico, con lo que se genera un puente de comunicación entre la cavidad amniótica y el canal vaginal, donde hay estudios que muestran un incremento en la prevalencia en embarazos de menos de 37 semanas que es un porcentaje alrededor de 1-4%. Esta patología es una de las más asociadas al parto pretérmino y esto conllevara a muchas alteraciones en el neonato, aún más cuando los efectos adversos como infecciones desencadena la corioamnionitis y septicemia en neonatos. (34)

También podría darse en el desencadenamiento del trabajo de parto de manera espontáneo en alrededor del 90% de los casos en las embarazadas que presentan embarazos pretérmino y esto ocurre dentro de las 24 horas. (34)

Las más conocidas complicaciones en neonatos que se desencadenan en recién nacidos de "parto pretérmino" son la hemorragia Inerventricular, la retinopatía, síndrome de membrana hialina y otros más. (34)

- **Síndrome de flujo vaginal.** Es cuando le ingresa una infección a la vagina y se caracteriza por algunos síntomas que son: leucorrea, picazón vulvar, irritación, fetidez vaginal, leucorrea, dolor durante las relaciones sexuales y disuria. Se ha demostrado que a la examinación por el especialista en ginecología en esta evaluación se pueden presenciar algún agente causante de las infecciones, es por eso que el



tratamiento es en forma sindrómica, a las tres infecciones más frecuentes que se asocian al síndrome de flujo vaginal, las que son trichomoniasis, candidiasis y vaginosis bacteriana y también existen de mucha baja frecuencia con infecciones ocasionadas por Neisseria Gonorrhoeae y Clamydia Trachomatis. (19)

Los síntomas de la infección por síndrome de flujo vaginal consta del incremento de la secreción vaginal, sobre todo con cambio de color y olor, las consecuencias aún futuro si no es tratada los virus, parásitos, bacterias, que dañan desde la vulva, la vagina el cérvix parte interior del útero, incluso llegan al nivel de las trompas de Falopio provocando un daño con largo tiempo de evolución, de acuerdo con el germen que lo origina. (25)

- **Preeclampsia.** Es considerada como una patología del embarazo muy preocupante por las consecuencias que podrían ocasionar, se caracteriza por la presencia de un incremento de la presión arterial, otros signos y daños en otros sistemas del organismo; con más frecuencia en los riñones e hígados. Generalmente, preeclampsia comienza luego de veinte semanas de gestación en femeninas que dicgas presiones arteriales había sido normal. (30)

A veces, la "preeclampsia" no presenta síntomas, "la presión alta" podría presentarse muy lento o puede presentarse muy inesperadamente por lo cual toda gestante debe controlar la presión arterial constantemente conjuntamente llevando un adecuado control prenatal, el primer signo de preeclampsia es el incremento de la presión arterial. (30)

Cuando la "presión arterial" es mayor de los 140/90 mmHg o aún mayor, tomada por lo menos dos veces y con cuatro horas de separación, ya se considera algo fuera de lo normal. (30)

Sulfato de Magnesio como tratamiento de la preeclampsia:

- o o una inyección de 4 gramos de sulfato de magnesio al 10% (4 ampollas) en 200 mililitros de DW al 5% o SSN durante 30 minutos (60 needles per minute). (48)

2.1.8. Parto pretérmino

Nueva información relacionada con subclínicas con causas mayores derivadas de la premedicación ha surgido en los últimos 15 años. Esta idea sostiene que los componentes o microorganismos que ingresan a través del flujo reproductivo o sanguíneo tienen fosfolipasas que actúan sobre las células amnióticas o deciduales para proporcionar un precursor araquidónico adecuado de prostaglandinas, fomentando así su contracción. En respuesta a la influenza, el sistema inmunológico libera 39 sustancias, incluyendo citoquinas, interleucina 1 y 6, y factor de necrosis tumoral, todas las cuales están asociadas con la estimulación de membranas amnióticas y deciduales y, por lo tanto, con la producción de hormonas prostáticas. (31)

2.1.9. Parto extremo y tardío:

El parto extremo es considerado menor de las 27 a 31 semanas y prematuro tardío 32 a 36 semanas. (42)

De acuerdo a estudios estadounidenses, durante el año 2002 se tuvo Los recién nacidos muy prematuros tienen 70 veces más probabilidades de morir que los recién nacidos a término, esto fue demostrado por algunos otros estudios Relación significativa entre parto prematuro y bajo peso al nacer en un estudio de casos y controles de 1999 en el Hospital General de Comitán, Chiapas, edad gestacional y la mortalidad perinatal con los siguientes datos (RM:9.20; IC95%, 4.4- 19.2); lo cual se traduce en que Los recién nacidos prematuros tenían un riesgo 9,2 veces mayor de muerte perinatal que los recién nacidos a término. (31)

2.2. ANTECEDENTES

2.2.1. Nivel Internacional

Sorbye I. Wanigaratne y Urquia M. EEUU 2015 Dado que los nacimientos



prematurados tienen tasas muy altas en los Estados Unidos, especialmente en mujeres mayores de 35 años, pero también están presentes en mujeres africanas negras, seguidas por nativas o indígenas americanas, luego mujeres hispanas de piel morena, asiáticas y también isleñas del Pacífico; los autores realizaron un estudio de casos y controles titulado Variación en el Embarazo y el Nacimiento Prematuro por Raza, Etnicidad e Inmigración y encontraron que la relación entre la edad materna y el origen étnico femenino está asociada con el riesgo de nacimiento prematuro. [37]

El estudio actual se basa en el análisis de historias clínicas de las embarazadas con todos los datos necesarios. Las razones de momios y los intervalos de confianza del 95% ayudaron a filtrar y examinar estos datos. De los 450 relatos históricos, en el 33.3% había premoniciones. El "historial de partos prematuros" fue muy alto en términos estadísticos ($P < 0.001$), los factores de riesgo estadísticamente significativos. OR = 8.5 y 95% CI (5.35-13.52), las infecciones del tracto urinario fueron significativamente más altas ($P < 0.0001$), OR: 6 y 95% CI (3.89-9.299), y la anemia también fue significativamente más alta ($P = 0.0001$). La variable de la edad materna no mostró significación estadística ($P = 0.4769$), razón de momios (OR) = 1.25 y un intervalo confidencial del 95%. (0.67–2.3218). (37) LAUGHON S. ALBERT P. LEISHEAR K. MENDOLA P. (2014). Este es un estudio de cohorte retrospectivo en Utah llamado Estudio de Embarazo Consecutivo: Nacimientos Repetidos por Subtipo, y analizaron el riesgo de recurrencia del parto prematuro en mujeres que habían sido prematuros antes de su embarazo actual. Este estudio tuvo como muestra a un total de 3836 mujeres en las que se presentó un parto pretérmino durante su primera gestación (7.6%), de estas mujeres 1160 mujeres lo presentaron también en su segundo embarazo (30.7%). Por otro lado también observaron La tasa de recurrencia del parto prematuro fue del 31,6% en mujeres con antecedentes de la enfermedad de un parto pretérmino antes, por último también encontraron que las mujeres tuvieron la indicación médica de someterse a un parto pretérmino en 23%. (38)

RETURETA S, RETURERA M, LEÓN O, ROJAS L, ÁLVAREZ M. "CARACTERIZACIÓN DEL PARTO PREMATURO EN EL MUNICIPIO CIEGO". (2014). Realizaron una investigación descriptiva, con un solo objetivo principal es conocer la distribución, frecuencia y principales factores de riesgo

que determinan la ocurrencia de partos prematuros en la ciudad de 19 Ávila, los resultados fueron que el parto pretérmino resultaba un gran problema de salud en el mundo, con un 75% de morbilidad y mortalidad durante la infancia y en neonatos. Con la conclusión que la frecuencia de los partos se encuentran en proporciones alta de 6% para todo el tiempo que duro el estudio, en mayor proporción alrededor de los 18 a 34 años. (39)

GENE V. "RISK FACTOR ASSOCIATED WITH PRETERM DELIVERY" (2017). Este estudio tuvo una muestra de 346 historias clínicas de mujeres, este estudio fue de tipo casos y controles; de todos los casos 173 pacientes presentaron un parto pretérmino, esta proporción es la misma para los controles. Los resultados encontrados indican que El grupo de control tenía una edad media de 25,7 años con una desviación estándar de 5,5 años, y el grupo de casos tenía una edad media de 26,9 años y una desviación estándar de 7,2 años. Al analizar los datos de la variable controles prenatales, se encontró que el 54.9% de las mujeres pertenecientes al grupo de los casos no tenían ninguna atención prenatal satisfactorio. La variable escolaridad demostró que el 61.2% de las mujeres tenían estudios secundarios. La variable presencia de cuello uterino acortado resulto significativamente estadística para ambos grupos ya que hubo presencia y a la vez no. De estas el 10.4% de las mujeres tuvieron una longitud cervical acortada en las mujeres con parto pretérmino (OR: 9.93 IC95% 2,17-62,98). Las variables antecedentes de parto pretérmino y embarazo múltiple se asocian significativamente con la presentación de parto pretérmino en 7.5% y 8% respectivamente. En el grupo de los casos, 29 pacientes tuvieron Preeclampsia (16.7%). La patología de placenta previa, rotura prematura de membranas y tabaquismo, no alcanzaron significancia estadística (41)

2.2.2. Nivel Nacional

TAIPE A. "FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. (2017). El objetivo principal fue identificar los factores de riesgo asociados con el parto prematuro en mujeres embarazadas. Descriptivo, analítico, retrospectivo y transversal. Los datos



fueron recolectados en archivos para su posterior análisis estadístico mediante la prueba de Chi² para factores de riesgo variables y parto pretérmino. Los resultados obtenidos fueron: entre 114 gestantes "prematuros" su incidencia fue del 8%, el 72,8% tenía una edad gestacional de 32 a 37 semanas, de 20 a 34 años, el 58,8% tenía esta edad, y el 51,8% tenía control insuficiente. El 41,2% tenía embarazo múltiple, el 4,4% tenía embarazo múltiple, el 5,3% tenía hipertensión arterial, el 0,9% tenía diabetes gestacional, el 36% tenía infección de vías urinarias, el 77,2% tenía amenaza de parto prematuro, el 2,6% tenía desprendimiento de placenta, el 32,5% tenía Con anemia, el 19,3% presentó rotura prematura de membranas. Cuando se realizó el análisis bivariado, se encontraron resultados estadísticamente significativos entre las variables control prenatal y amenaza de parto prematuro. Los investigadores concluyeron que confirmaron la presencia de factores de riesgo asociados con el parto prematuro, a saber, el número de visitas prenatales y la amenaza de parto prematuro. El parto prematuro ocurrió en el 8% de todos los partos. Entre los factores sociodemográficos, la población y la educación se distribuyeron con mayor frecuencia, variando la edad de 20 a 34 años, y las variables menos influyentes fueron la convivencia, el estado civil y el nivel de instrucción secundaria. Entre las variables antecedentes obstétricos, los porcentajes más altos fueron control prenatal inadecuado y embarazo múltiple. Para este estudio, las múltiples variables del embarazo no fueron consideradas como factores de riesgo para parto pretérmino entre las patologías encontradas, siendo las más comunes la amenaza de parto pretérmino, la anemia y la infección urinaria. En comparación con otras ciudades como Puno, Arequipa y Tacna, las principales ciudades son solitarias, sin control prenatal adecuado ni infecciones del tracto urinario, y sin trastornos hipertensivos del embarazo.

(42)

ROMERO E. (2013). Realizó un estudio retrospectivo en Hospital Materno Infantil El Carmen, donde tomaron muestras de 105 casos de prematuros y 105 controles de prematuros en los años 2010 y 2011. De los 1225 partos, el 8.57% fueron partos pretérmino, la media fue 25.7 años de edad con una desviación estándar de 6.8 años. Dentro de los resultados los principales Los



factores de riesgo incluyen menos de 6 controles prenatales, ruptura prematura de membranas y preeclampsia. Como conclusión El parto prematuro es la principal causa de morbilidad y mortalidad neonatal en los países desarrollados, las causas podrían ser múltiples y dentro de ello implica darle importancia a la identificación de estos factores y realizar medidas preventivas para mejorarlas desde el plano salud. (40)

DÍAZ R. “FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICOS ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO”. (2017). En este trabajo de investigación tuvieron un tipo de investigación de casos y controles. En los resultados, encontraron 419 mujeres con las siguientes variables el parto pretérmino previo, también está la infección urinaria y por último la rotura prematura de membranas las cuales alcanzaron significancia estadística; por otro lado, la anemia no alcanzo significancia estadística por lo que no es un factor de riesgo para la presentación de parto pretérmino. (44).

HUAROTO K. “FACTORES DE RIESGO MATERNO, OBSTÉTRICOS Y FETALES ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN PACIENTES DEL HOSPITAL PÚBLICO DE ICA” (2013). Este tipo de estudio fue retrospectivo. Observaciones y análisis; muestras de 107 pacientes. Los casos consistieron en 31 personas diagnosticadas con parto prematuro y el grupo control de 76 pacientes diagnosticadas con parto prematuro. Después de realizar análisis estadísticos utilizando la estadística descriptiva en Variables categóricas y numéricas utilizando medidas de tendencia central. Y la prueba de Chi² con niveles de significancia estadística p_1 y los IC95%. Los resultados demuestran que las mujeres adolescentes embarazadas tuvieron partos pretérmino en 23%. Otro resultado es que la edad adulta prevaleció con 78.5% en los casos y en los controles con datos de 64.5% y 84.2% para cada uno. Dentro del análisis de las otras variables se encontró que el 20.5% eran casadas y dentro de los casos fue 30.8% y en los controles 18.5%, lo cual no alcanzo la significancia estadística con $OR= 1.963$; $IC 0.517-7,452$ y $X^2= 0.316$. La procedencia del área urbana se presentó en el 62% de la muestra. Por el contrario en el caso del área rural los casos se presentaron en el 51.6% y los controles en el 30.3%, lo cual fue un resultado estadísticamente



significativo con $OR= 2.458$; $IC: 1.042-5.795$; y $X^2= 0.037$. Del total de la población en estudio, el 70.8% tuvo grado de instrucción secundario, en los casos con 65.5% y en los controles con 73.4%; lo cual fue significativo con P valor menor a 0.05. la frecuencia del periodo intergenésico fue de 68.2; no obstante los casos tuvieron una proporción ligeramente mayor con 77.4% en comparación con los controles de 64.5%, pero su valor de p es mayor a 0.05 con lo cual no se alcanza la significancia estadística. (45)

2.3. MARCO CONCEPTUAL

2.3.1. Parto Prematuro.

Considerado como Recién nacido después de las 22 semanas de gestación pero antes de que se completen las 37 semanas de gestación independientemente del peso que tenga el recién nacido. (37)

Tiene una subdivisión o categorías en función a la edad gestacional:

- Prematuros extremos: Personas nacidas con una edad gestacional de menos de 28 semanas. (37)
- Muy prematuros: Personas nacidas entre 28 y menos de 32 semanas de edad gestacional. (37)
- Prematuros moderados a tardíos: Personas nacidas con una edad gestacional de 32 a menos de 37 semanas. (37)



CAPÍTULO III

PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADOS

3.1. PLANIFICACIÓN

3.1.1. Diseño y tipo de investigación

Es una investigación no experimental, de tipo descriptivo y correlacional. Por el tiempo es transversal y prospectiva. La presente investigación se realizó del 01 de enero al 31 de julio del año 2018.

3.1.2. Población

En el Hospital Central de Majes el presente estudio se realizó con una población de 51 gestantes atendidas con un diagnóstico de "parto pretérmino".

3.1.3. Muestra

Toda la población se considera una muestra por tratarse de una patología poco frecuente, por lo tanto la muestra final fue de 51 gestantes y corresponde al tipo de prueba por conveniencia.

3.1.4. Criterios de inclusión y exclusión

Los colaboradores del estudio fueron seleccionados en ocupación de su cumplimiento de los siguientes criterios de inclusión:



- Pacientes con registro en la historia clínica con diagnóstico de atención por “Parto pretérmino” en el Hospital Central de Majes.
- Pacientes gestantes con antecedentes de factores de riesgo materno.

3.1.5. Variables.

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍNDICES
Independiente Factores de riesgo	Antecedentes sociodemográficos	Edad	Adolescente (12-17 años)
			Juventud (18 a 29 años)
			Adultos (de 30 a más años)
		Estado civil	Soltera
			Casada
			Conviviente
		Grado de Instrucción	Analfabeta
			Primaria
			Secundaria
		Procedencia	Superior
			Urbano
			Rural
		Ocupación	Urbano marginal
			Comerciantes
			Agricultura
Paridad	Ama de casa		
	Estudiante		
	Nulípara		
Antecedentes de abortos	Primípara		
	Secundípara		
	Múltipara		
Antecedentes Obstétricos	Si		
	No		
	Ninguno		
Controles prenatales	Hasta 2		
	De 2 a 6		
	De 8 a más		
Antecedentes de parto pretérmino	Si		
	No		
	Ninguno		
Antecedentes Personales de la gestante	"Infección del tracto urinario"		
	I trimestre		
	II trimestre		
"Ruptura prematura de membranas"	III trimestre		
	Si		
	No		
Síndrome de flujo vaginal	Vaginosis		
	Candida		
	Tricomonas		
Preeclampsia	Si		
	No		
	Ninguno		
"Hemorragia de segunda mitad del embarazo"	"Placenta previa"		
	"Desprendimiento prematuro de placenta"		
	de		
Dependiente "Parto pretérmino"	Tipos	"Prematuro extremo y muy prematuro"	≤27 a 31 semanas
		"Moderado a tardío"	32 a 36 semanas



3.2. EJECUCIÓN

Técnicas e instrumentos, fuentes de recolección de datos:

- **Técnica.** Se utilizó la técnica llamada análisis documental ya que se recolectó información de registros hospitalarios de gestantes plasmados en historias clínicas y el libro de sala de partos.
- **Instrumento.** Para la recolección de datos se utilizaron formularios de recolección de datos. como instrumento, en este instrumento se plasmaron todo lo escrito y consignado en los registros hospitalarios y en las historias clínicas del Hospital Central de Majes.
- **Fuente.** Para realizar este estudio se envió solicitud de permiso al director ejecutivo del Hospital Central de Majes y poder acceder a los registros hospitalarios de cada unidad del estudio, recolectando la información necesaria de las historias clínicas de cada paciente que tuvo su parto pretérmino.

3.2.1. Análisis de información.

Los datos se ingresaron en una base de datos utilizando Excel y se analizaron usando Epi Info versión 7.2. A continuación, llevé a cabo un análisis descriptivo para determinar la frecuencia y los porcentajes, además de aplicar la prueba Chi-cuadrado.

3.3. RESULTADOS

Tabla 1.

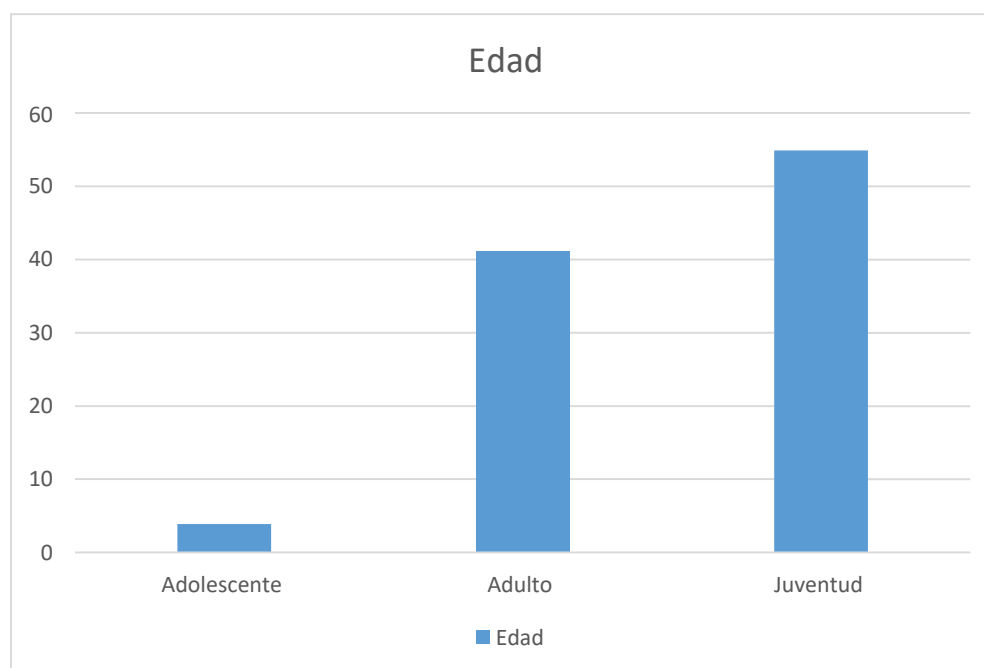
EDAD DE LAS MUJERES RELACIONADO CON EL TIPO DE "PARTO PRETÉRMINO" EN EL HOSPITAL CENTRAL DE MAJES-2018

Edad	"Tipo de parto pretérmino"				Total	
	"Prematuro extremo"		"Prematuro tardío"		f	%
	f	%	f	%		
Juventud (18-29años)	1	25	27	57.5	28	54.9
Adulto (más de 30 años)	2	50	19	40.4	21	41.2
Adolescente (12-17años)	1	25	1	2.1	2	3.9
TOTAL	4	100	47	100	51	100

Nota: Cuestionario

Figura 1

Edad



Nota: Cuestionario

Como se observa en la tabla y figura 1, observamos las edades de la muestra con parto pretérmino en el Hospital Central de Majes, donde el 54.9% pacientes tienen entre 19 a 29 años, el 41.2% corresponde a mujeres mayores de 30 años y adolescentes solo tenemos un 3.9% que son menores de 18 años.

La mediana de edad para el autor Romero (2013), es de 25.7 años (DE +/- 6,8). Este resultado es similar al encontrado en la presente investigación con una media de 26,9 años (DE +/- 6,9). El grupo etáreo predominante en el

cual se presentan los partos pretérminos en el presente estudio es de 18 a 29 años; este resultado es similar al encontrado por Ávila de Cuba (2014), donde se encontró que la edad predominante es de 18 a 34 años.

La afluencia de pacientes en el Hospital Central de Majes es de mujeres en edad fértil, esto podría ser porque Pedregal es una zona agrícola y por lo tanto la población que trabaja en esta zona son jóvenes que oscilan entre las edades de 18 a 29 años.

Tabla 2

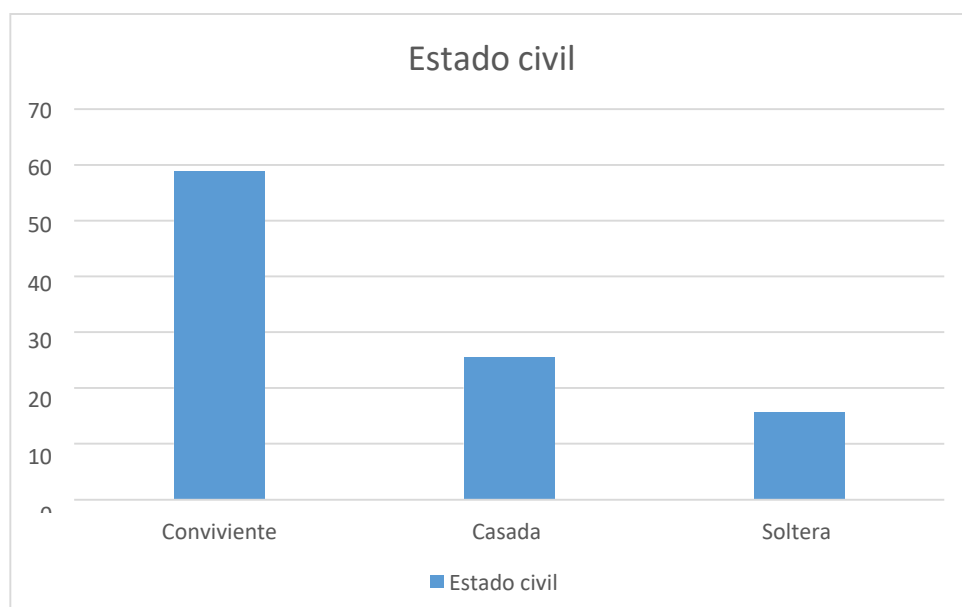
“ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES” RELACIONADO CON EL TIPO DE “PARTO PRETÉRMINO” EN EL HOSPITAL CENTRAL DE MAJES – 2018

Estado civil	“Tipo de parto pretérmino”				Total	
	“Prematuro extremo”		“Prematuro tardío”		f	%
	f	%	f	%		
Conviviente	3	75	27	57.4	30	58.8
Casada	0	0	13	27.7	13	25.5
Soltera	1	25	7	14.9	8	15.7
TOTAL	4	100	47	100	51	100

Nota: Cuestionario

Figura 2

Estado civil



Nota: Cuestionario

Como se observa en la tabla y figura 2, el estado civil relacionado con el tipo de parto pretérmino de las pacientes atendidas en el Hospital Central de Majes en donde el 58.8% eran convivientes, el 25.5% son casadas y el 15.7% son solteras.

Nuestros resultados difieren de los obtenidos por Rodríguez (2010) en su trabajo de investigación Epidemiología y Factores de Riesgo del Parto Pretérmino en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Militar Central, donde el 58.3% son casadas y el 32.5% tienen unión libre, el 7.4% son solteras y el 0.5% son divorciadas.

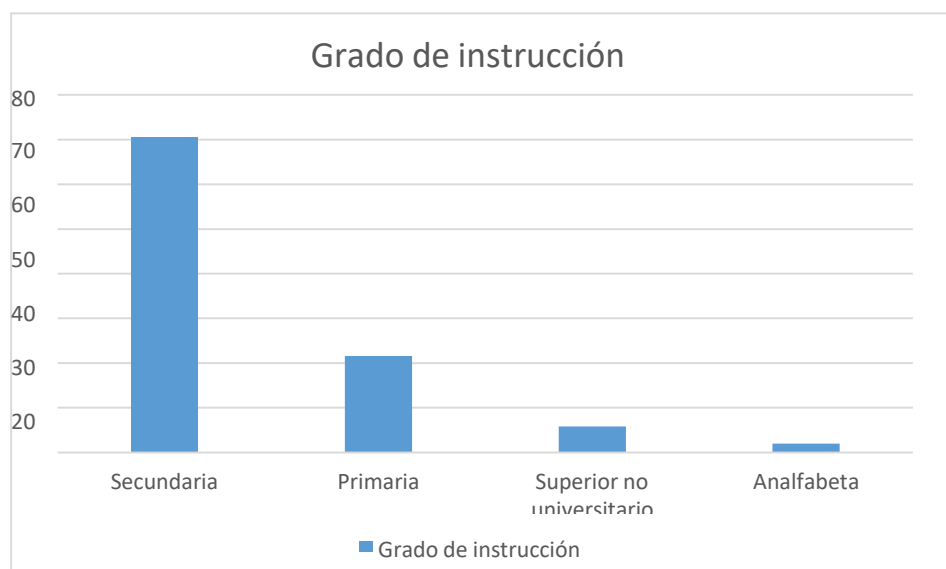
La afluencia de pacientes en el Hospital Central de Majes es de mujeres en su mayoría de estado civil conviviente.

Tabla 3
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE MUJERES RELACIONADO CON EL TIPO DE "PARTO PRETÉRMINO" EN EL HOSPITAL CENTRAL DE MAJES-2018

Grado de instrucción	"Tipo de parto pretérmino"					
	"Prematuro extremo"		"Prematuro tardío"		Total	
	f	%	f	%	f	%
Secundaria	2	50	34	72.3	36	70.6
Primaria	1	25	10	21.3	11	21.6
Superior no universitario	1	25	2	4.3	3	5.8
Analfabeta	0	0	1	2.1	1	2
TOTAL	4	10	47	100	51	100
		0				

Nota: Cuestionario

Figura 3
Grado de instrucción



Nota: Cuestionario

En la tabla y figura 3, observamos el grado de instrucción relacionado con el tipo de parto pretérmino de Pacientes atendidos en el Hospital Central de Majes, el 70.6% tienen grado de instrucción secundaria, el 21.6% tiene primaria, seguido del 5.8% que tienen grado superior no universitario y el 2% son analfabetas.

Los resultados de esta encuesta son inferiores a los obtenidos por Rodríguez (2010) en su estudio Epidemiología y Factores de Riesgo del Parto Pretérmino en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central del Distrito Militar; donde el 23.8% tienen nivel universitario, el 51.4% secundario, el 9.8% tienen primaria.

La mayoría de los pacientes que acuden al hospital son mujeres en edad fértil y tienen un nivel educativo secundario.

Tabla 4

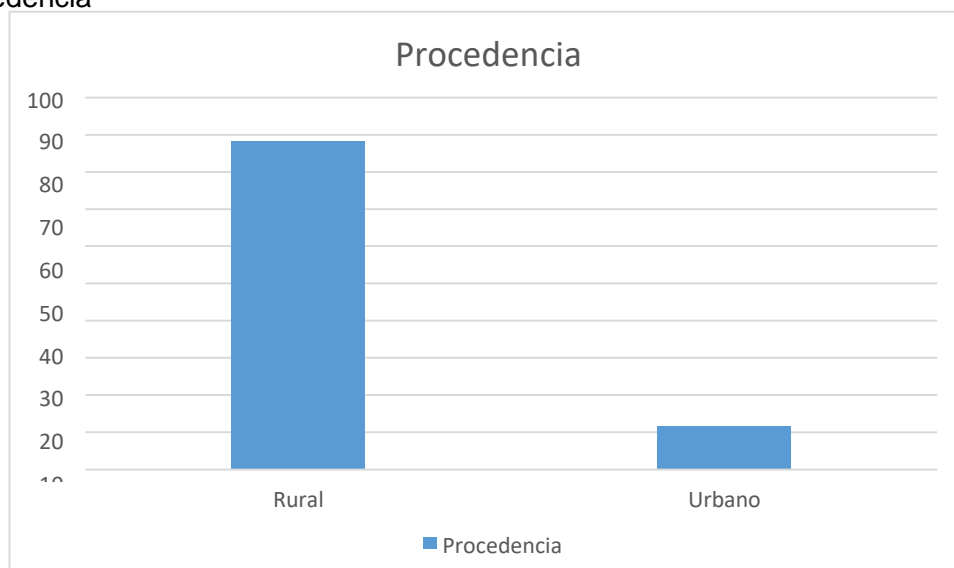
PROCEDENCIA RELACIONADA CON EL TIPO DE "PARTO PRETERMINO" EN EL HOSPITAL CENTRAL DE MAJES-2018

Procedencia	"Tipo de parto pretérmino"					
	"Prematuro extremo"		"Prematuro tardío"		Total	
	f	%	f	%	f	%
Rural	3	75	42	89.4	45	88.2
Urbano	1	25	5	10.6	6	11.8
TOTAL	4	100	47	100	51	100

Nota: "Cuestionario"

Figura 4

Procedencia



Nota: Cuestionario

Como se puede observar en la tabla y la Figura 4, los orígenes asociados a los tipos de pacientes prematuros atendidos en el Hospital Central de Majes, el 88.2% proceden del área rural y 11.8% restante proceden del área urbana.

Nuestros resultados contrastan con los obtenidos por Rodríguez (2010) en su trabajo de investigación Epidemiología y Factores de Riesgo del Parto Pretérmino en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Militar Central, donde el 97.9% proceden del área urbana, 0.5% son del poblado y solo el 1.6% son del área rural.

Se debe entender que la procedencia de La mayoría de los pacientes que acuden al hospital es del área rural debido a que estas mujeres viven y trabajan en las chacras y zona de cultivo, y en menor porcentaje se encontró a las mujeres de que viven en el centro de la jurisdicción de Pedregal.

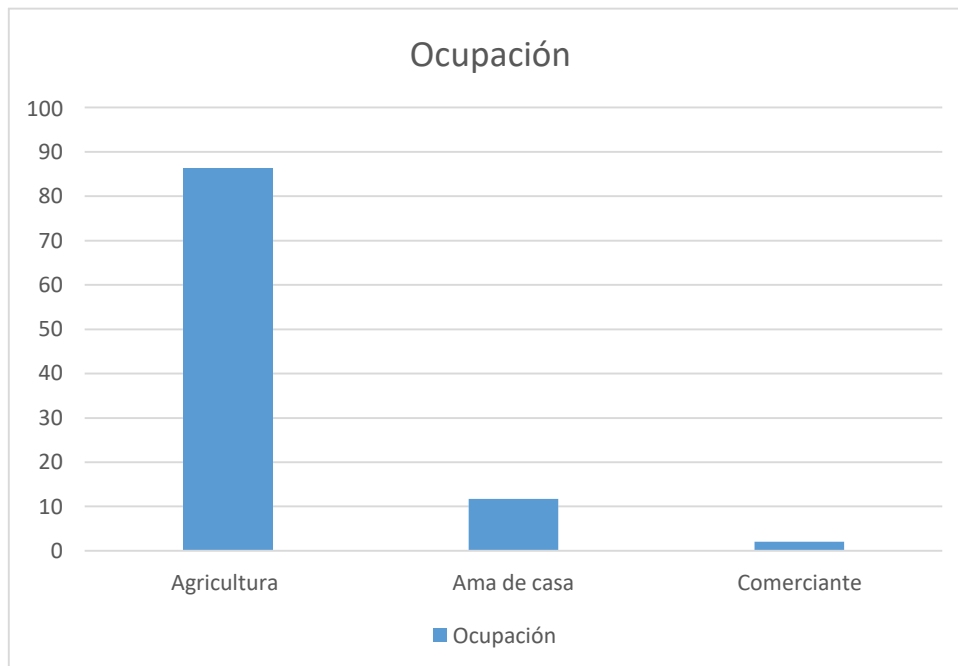
Tabla 5

OCUPACIÓN DE MUJERES RELACIONADO CON EL TIPO DE "PARTO PRETERMINO" EN EL HOSPITAL CENTRAL DE MAJES- 2018

Ocupación	"Tipo de parto pretérmino"					
	"Prematuro extremo"		"Prematuro tardío"		Total	
	F	%	f	%	f	%
Agricultura	3	75	41	87.2	44	86.3
Ama de casa	1	25	5	10.7	6	11.7
Comerciante	0	0	1	2.1	1	2
TOTAL	4	100	47	100	51	100

Nota: "Cuestionario"

Figura 5
Ocupación



Nota: Cuestionario

Como se observa en la tabla y figura 5, la ocupación relacionada con el tipo de parto pretérmino de las pacientes atendidas en el Hospital Central de Majes, el 86.3% se dedican a la agricultura, el 11.7% son amas de casa y el 2% son comerciantes.

No se encontraron estudios que estudiaran la variable ocupación.

La gran parte de las mujeres que acuden al Hospital Central de Majes se dedican mayormente a la agricultura y viven por lo general en la misma zona donde trabajan que son las chacras y zonas de cultivo.

Tabla 6

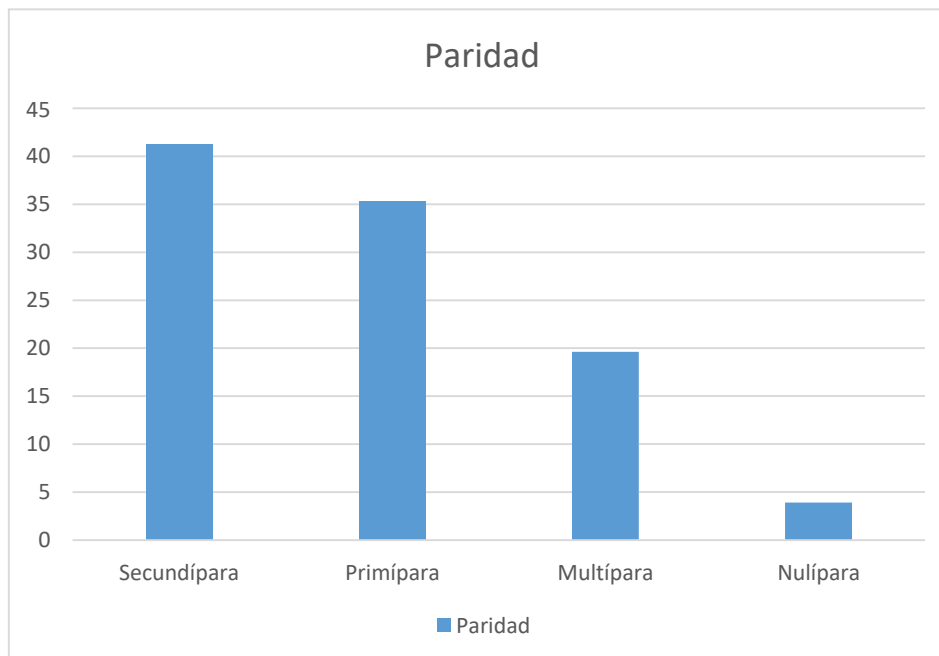
PARIDAD DE LAS MUJERES RELACIONADO CON EL TIPO DE "PARTO PRETÉRMINO" EN EL HOSPITAL CENTRAL DE MAJES - 2018

Paridad	"Tipo de parto pretérmino"					
	"Prematuro extremo"		"Prematuro tardío"		Total	
	f	%	f	%	f	%
Secundípara	3	75	18	38.3	21	41.2
Primípara	1	25	17	36.1	18	35.3
Múltipara	0	0	10	21.3	10	19.6
Nulípara	0	0	2	4.3	2	3.9
TOTAL	4	100	47	100	51	100

Nota: Cuestionario

Figura 6

Paridad



Nota: Cuestionario

En la tabla y figura 6, observamos el precio promedio relacionado al tipo de parto pretérmino entre las pacientes atendidas en el Hospital Central de Majes, donde el 41.2% son secundíparas, seguido de la sprimíparas con 35.3%, el 19.6% son múltiparas y el 3.9% son nulíparas.

Nuestros resultados son superiores a los obtenidos por Rodríguez (2010) en su trabajo de investigación Epidemiología y Factores de Riesgo del Parto Pretérmino en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Militar Central, donde el 27.9% son primíparas.

Se podría decir que en su mayoría la población joven que asiste al Hospital tiene más de un hijo. Lo cual significa que iniciaron su vida sexual a temprana edad.

Tabla 7

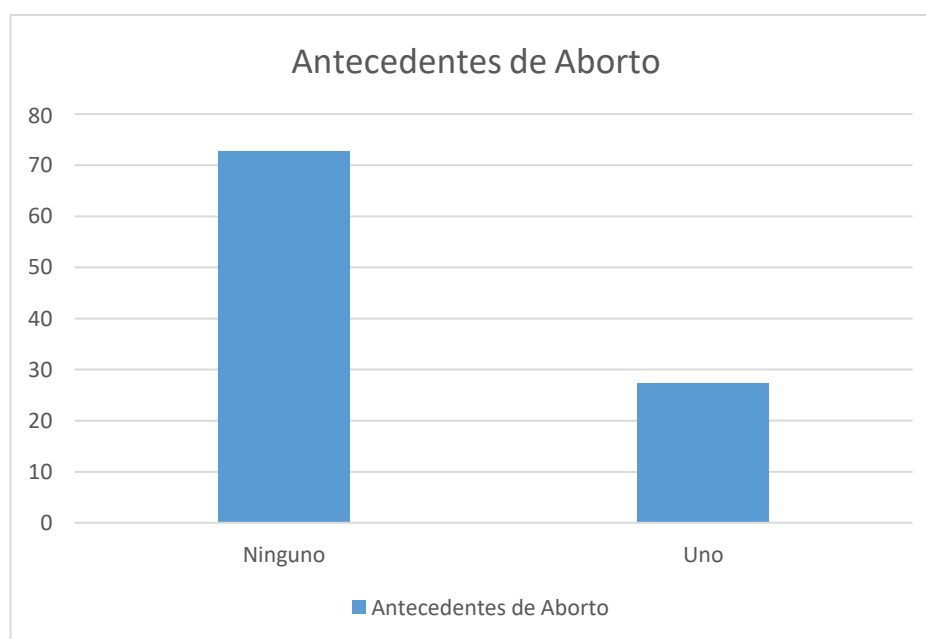
RELACIONADO CON EL TIPO DE "PARTO PRETÉRMINO" EN EL HOSPITAL CENTRAL DE MAJES – 2018

Antecedentes de aborto	"Tipo de parto pretérmino"					
	"Prematuro extremo"		"Prematuro tardío"		Total	
	f	%	f	%	f	%
Ninguno	3	75	34	72.3	37	72.6
Uno	1	25	13	27.7	14	27.4
TOTAL	4	100	47	100	51	100

Nota: Cuestionario

Figura 7

Antecedentes de aborto



Nota: Cuestionario

Como se puede observar en la tabla y en la Figura 7, el tipo de parto pretérmino en las pacientes atendidas en el Hospital Central de Majes se asoció con el antecedente de aborto espontáneo, el 72.6% no tuvieron antecedente de aborto y el 27.4% tuvieron antecedente de un aborto.

Nuestros hallazgos son inferiores a los obtenidos por Retureta (2014) en su estudio: Características del parto prematuro en Ciego de Ávila, donde el 66.6% tuvieron antecedente de aborto de un embarazo anterior.

Se podría decir que en su mayoría la población joven que acude al Hospital tuvo en poco porcentaje antecedente de aborto, sin embarazo en la tabla 6 se muestra que tienen más de un hijo. Lo cual significa que iniciaron su vida sexual a temprana edad.

Tabla 8

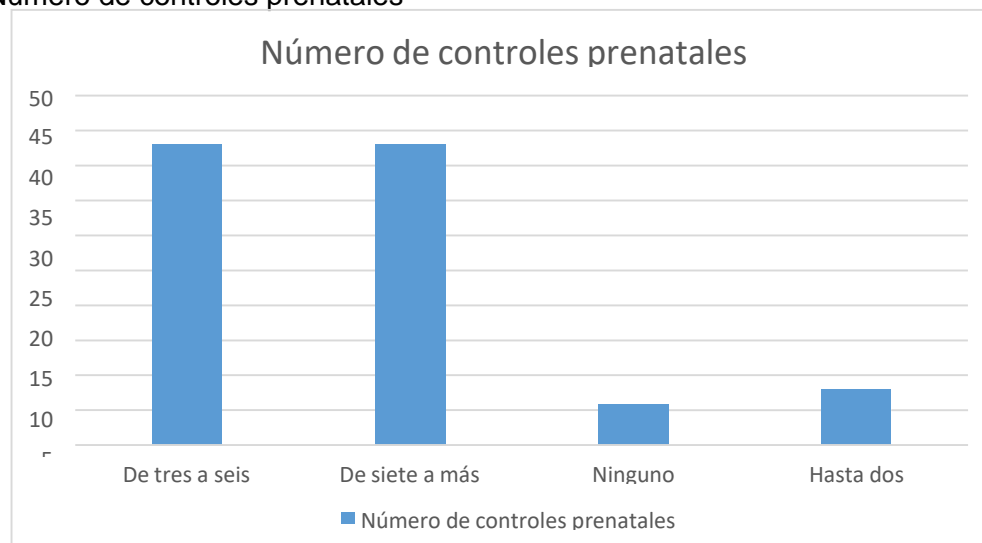
NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES RELACIONADO CON EL TIPO DE "PARTO PRETÉRMINO" EN EL HOSPITAL CENTRAL DE MAJES-2018

Número de controles prenatales	"Tipo de parto pretérmino"					
	"Prematuro extremo"		"Prematuro tardío"		Total	
	F	%	f	%	f	%
De tres a seis	1	25	21	44.6	22	43.1
De siete a más	1	25	21	44.6	22	43.1
Ninguno	1	25	2	4.4	3	5.9
Hasta dos	1	25	3	6.4	4	7.9
TOTAL	4	100	47	100	51	100

Nota: Cuestionario

Figura 8

Número de controles prenatales



Nota: Cuestionario

Como se puede observar en la tabla y en la Figura 8, el número de consultas prenatales relacionadas con el tipo de parto pretérmino de las pacientes atendidas en el Hospital Central de Majes, donde el 43.1% tienen de tres a seis controles y de siete a más controles, el 7.9% tuvieron solo dos controles prenatales y el 5.9% no tuvieron ningún control prenatal.

Los resultados de esta investigación están menores a los obtenidos por Taípe (2018), en el estudio de investigación Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Ayacucho, enero-junio 2018, donde el 51.8% tuvieron menos de seis controles prenatales y el 48.2% tuvieron más de seis controles.

Se podría decir que la población que acude al "Hospital Central de Majes", tuvo en más de la mitad menos de seis controles prenatales, esto podría ser debido al bajo nivel educativo de las pacientes ya que viven en la zona rural.

Tabla 9

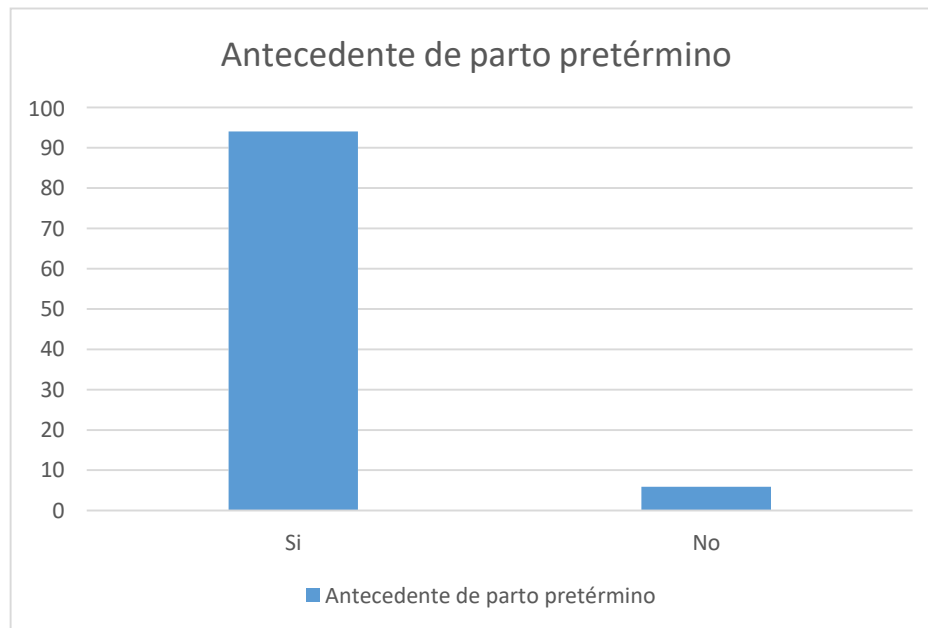
ANTECEDENTE DE PARTO PRETÉRMINO DE MUJERES RELACIONADO CON EL TIPO DE "PARTO PRETÉRMINO" EN EL HOSPITAL CENTRAL DE MAJES-2018

Antecedentes de parto pretérmino	"Tipo de parto pretérmino"				Total	
	"Prematuro extremo"		"Prematuro tardío"		f	%
	f	%	f	%		
No	4	100	44	93.6	48	94.1
Si	0	0	3	7.4	3	5.9
TOTAL	4	100	47	100	51	100

Nota: Cuestionario

Figura 9

Antecedente de parto pretérmino



Nota: Cuestionario

Como se puede observar en la tabla y en la Figura 9, se analizó el antecedente de parto pretérmino en relación al tipo de parto pretérmino en las pacientes atendidas en el Hospital Central de Majes, teniendo al 94.1% no tuvieron antecedente de parto pretérmino y el 5.9% tuvieron antecedente de parto pretérmino.

Los resultados de este trabajo son inferiores a los obtenidos por Retureta (2014) en su estudio titulado Características del Parto Pretérmino en la Ciudad de Ciego de Ávila, donde el 45.4% tuvieron antecedente de parto pretérmino.

La población femenina que va al "Hospital Central de Majes" para una atención, evidenciamos que el antecedente de parto pretérmino no determina la presentación nuevamente en el siguiente embarazo.

Tabla 10

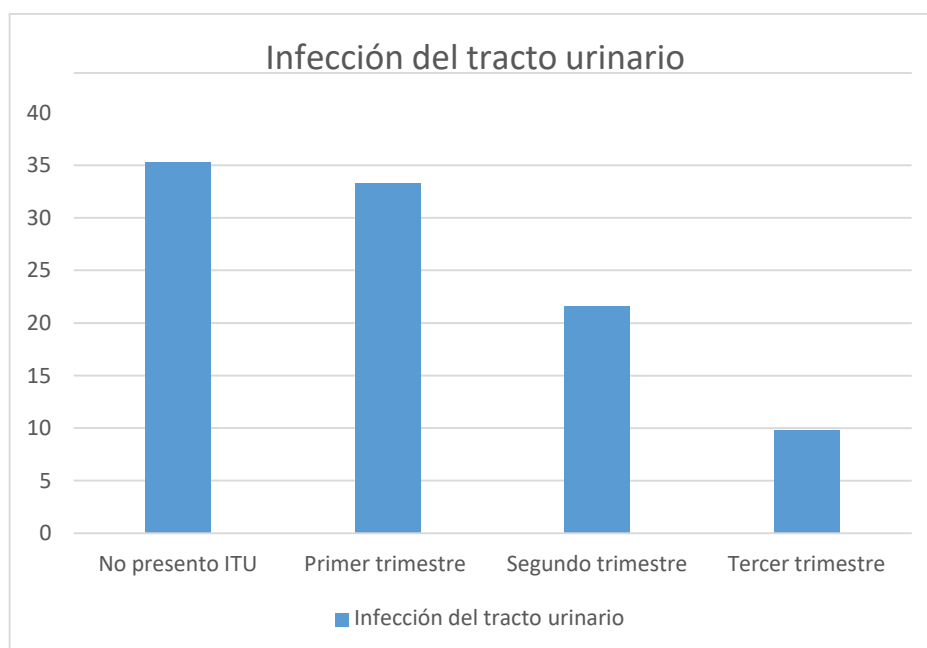
INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO DE LA MUJER RELACIONADO CON EL TIPO DE "PARTO PRETÉRMINO" EN EL HOSPITAL CENTRAL DE MAJES-2018

Infección del tracto urinario	"Tipo de parto pretérmino"					
	"Prematuro extremo"		"Prematuro tardío"		Total	
	f	%	f	%	f	%
No presento ITU	1	25	17	36.2	18	35.3
Primer Trimestre	1	25	16	34	17	33.3
Segundo Trimestre	1	25	10	21.3	11	21.6
Tercer Trimestre	1	25	4	8.5	5	9.8
TOTAL	4	100	47	100	51	100

Nota: Cuestionario

Figura 10

Infección del tracto urinario



Nota: Cuestionario

En la Tabla y Figura 10 se observan infecciones del tracto urinario asociadas al tipo de parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital Central de Majes, donde el 35.3% no tuvieron infección del tracto urinario, seguido del 33.3% que si presentaron una infección del tracto urinario en el primer trimestre, el 21.6% tuvieron infección urinaria durante el segundo trimestre y por último el 9.8% Las infecciones del tracto urinario se desarrollan en el tercer trimestre del embarazo.

Nuestros resultados contrastan con los obtenidos por Taipe (2018) en su trabajo de investigación sobre factores de riesgo asociados al parto prematuro en gestantes en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Ayacucho (enero 2018 a junio 2018), donde el 64% presentaron ITU durante el embarazo, el 36% no tiene ITU.

En nuestra realidad, la gran mayoría de pacientes que acuden al Hospital Central de Majes presentaron infección del tracto urinario, lo cual podría deberse al bajo nivel educativo que repercute en los deficientes hábitos de higiene personal.

Tabla 11

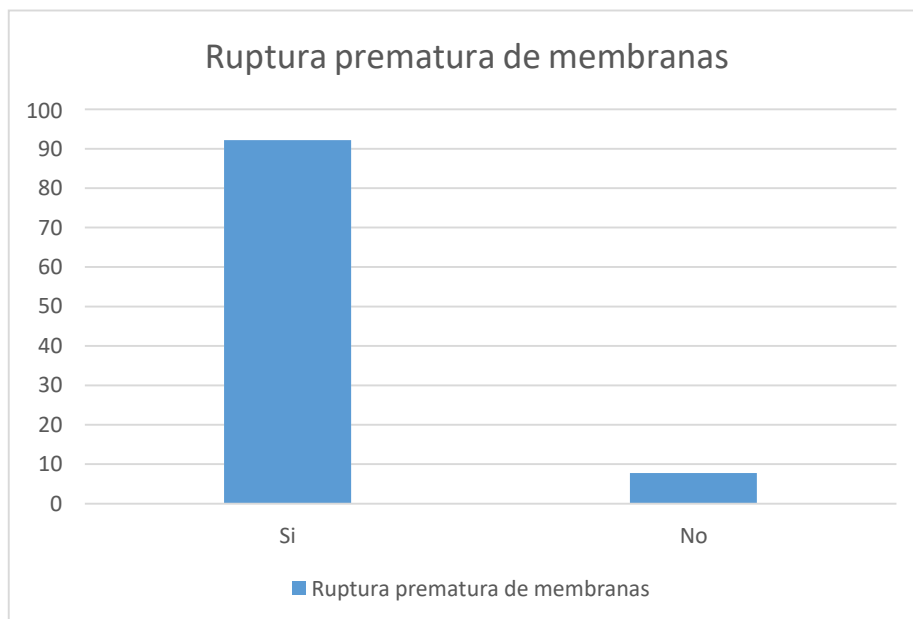
TABLA.- RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS DE LAS MUJERES RELACIONADO CON EL TIPO DE "PARTO PRETÉRMINO" EN EL HOSPITAL CENTRAL DE MAJES-2018

Ruptura prematura de membranas	"Tipo de parto pretérmino"				Total	
	"Prematuro extremo"		"Prematuro tardío"		f	%
	f	%	f	%		
Si	3	75	44	93.6	47	92.2
No	1	25	3	6.4	4	7.8
TOTAL	4	100	47	100	51	100

Nota: Cuestionario

Figura 11

Ruptura prematura de membranas



Nota: Cuestionario

Como se muestra en la tabla y la figura 11, la ruptura prematura de membranas se asocia con el tipo de parto prematuro de las pacientes en el Hospital Central de Majes, donde el 92.2% No se presentó ruptura prematura de membranas, solo el 7.8% lo hizo ruptura prematura de membranas.

Nuestros resultados se parecen a los de Taipe (2018), en su trabajo de investigación Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Ayacucho, 80.7% sin RPM y 19.3% con RPM de enero a junio de 2018.

La realidad de Pedregal refiere que la gran mayoría de pacientes que acuden al Hospital no presentaron Rotura prematura de membranas antes de término.

Tabla 12

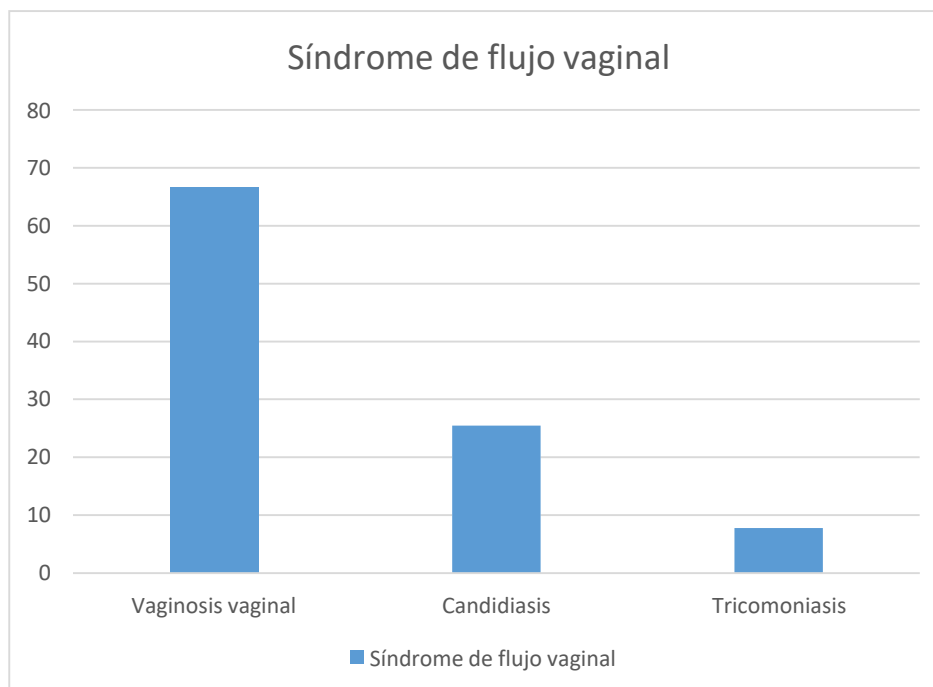
SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL EN MUJERES RELACIONADO CON EL TIPO DE "PARTO PRETERMINO" EN EL HOSPITAL CENTRAL DE MAJES-2018

Síndrome de flujo vaginal	"Tipo de parto pretérmino"					
	"Prematuro extremo"		"Prematuro tardío"		Total	
	f	%	F	%	f	%
Vaginosis vaginales	2	50	32	68.1	34	66.7
Candidiasis	1	25	12	25.5	13	25.5
Tricomoniasis	1	25	3	6.4	4	7.8
	4	100	47	100	51	100

Nota: Cuestionario

Figura 12

Síndrome de flujo vaginal



Nota: Cuestionario

Como se puede observar en el cuadro y en la Figura 12, el síndrome de flujo vaginal asociado al tipo de parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital Central de Majes, donde el 66.7% tuvieron vaginosis vaginal, el 25.5% tuvieron candidiasis y el 7.8% tuvieron tricomoniasis.

Nuestros resultados son superiores a los obtenidos por Rodríguez (2010) en su trabajo de investigación Epidemiología y Factores de Riesgo del Parto Pretérmino en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Militar Central, en donde el 11.8% tuvieron infección vaginal.

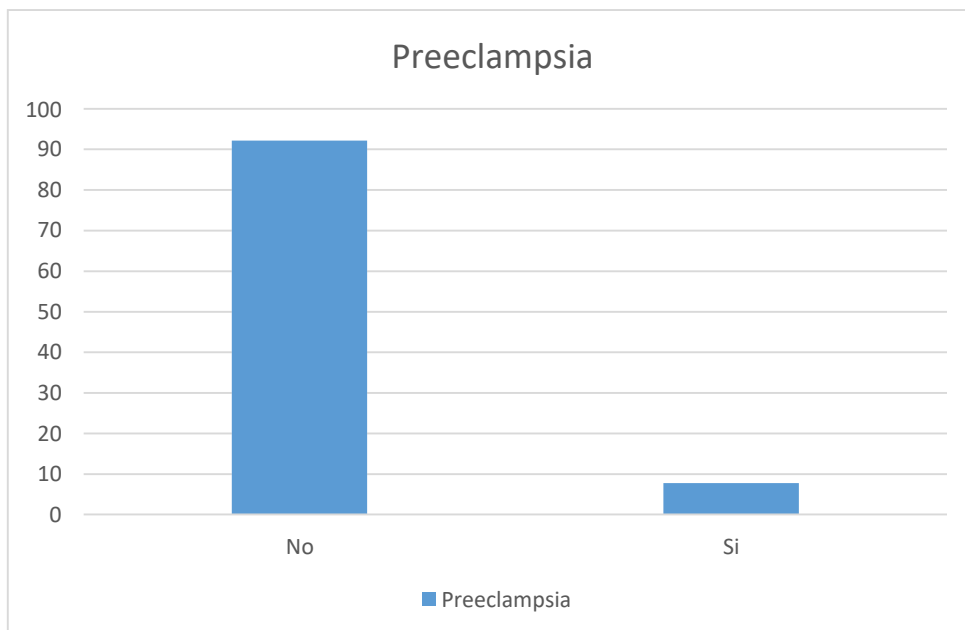
Al igual que Infección del tracto urinario, visitando pacientes al Hospital Central de Majes tuvieron todas, algún tipo de infección vaginal, esto podría ser también por la deficiente higiene.

Tabla 13
PREECLAMPSIA RELACIONADA CON EL TIPO DE "PARTO PRETÉRMINO" EN EL HOSPITAL CENTRAL DE MAJES-2018

Preeclampsia	"Tipo de parto pretérmino"				Total	
	"Prematuro extremo"		"Prematuro tardío"		f	%
	f	%	F	%		
No	4	100	43	91.5	47	92.2
Si	0	0	4	8.5	4	7.8
TOTAL	4	100	47	100	51	100

Nota: Cuestionario

Figura 13
Preeclampsia



Nota: Cuestionario

Como se puede observar en el cuadro y en la Figura 13, la patología de la preeclampsia se asoció con el tipo de parto pretérmino en las pacientes atendidas en el Hospital Central de Majes, de las cuales el 92,2% no desarrolló preeclampsia y el 7,8% presentó preeclampsia.

Los resultados de este trabajo son inferiores a los obtenidos por Rodríguez (2010) en su estudio Epidemiología y Factores de Riesgo del Parto

Pretérmino en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Militar Central, donde el 30.3% presentaron la patología de preeclampsia.

Por las complicaciones que terminan generando el parto pretérmino, la preeclampsia no obtuvo significancia estadística.

Tabla 14

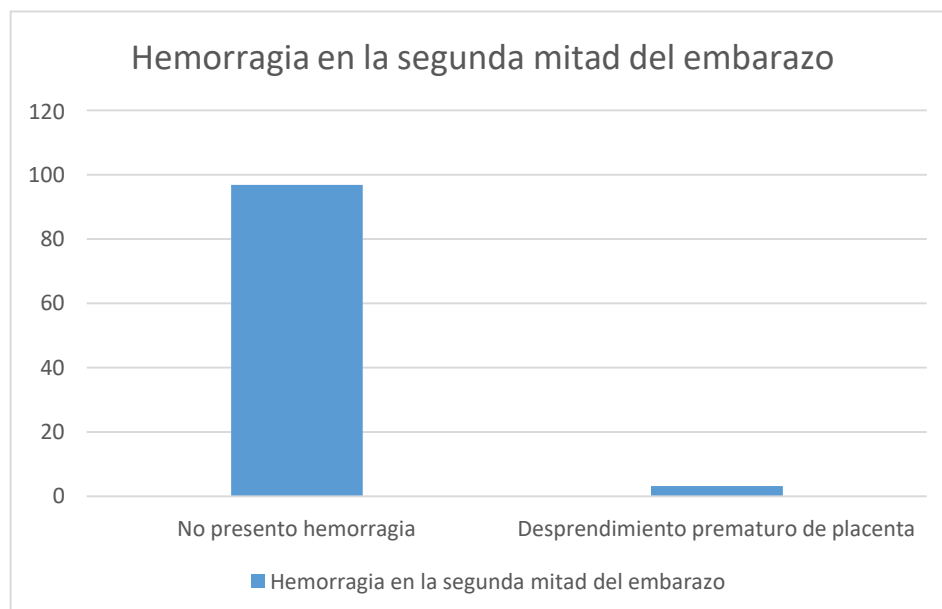
HEMORRAGIA EN LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO EN MUJERES CON "PARTO PRETÉRMINO" EN EL HOSPITAL CENTRAL DE MAJES-2018

Hemorragia en la segunda mitad del embarazo	"Tipo de parto pretérmino"					
	"Prematuro extremo"		"Prematuro tardío"		Total	
	f	%	f	%	f	%
No presento hemorragia	4	100	45	95.7	49	96.8
Desprendimiento prematuro de placenta	0	0	2	4.3	2	3.2
TOTAL	4	100	47	100	51	100

Nota: Cuestionario

Figura 14

Hemorragia en la segunda mitad del embarazo



Nota: Cuestionario



Como se muestra en la tabla y la Figura 14, el tipo de parto pretérmino en las pacientes atendidas en el Hospital Central de Majes se asoció con sangrado en la segunda mitad del embarazo, donde el 3.2% presentaron desprendimiento prematuro de placenta y el 96.8% no tuvieron ningún tipo de hemorragia.

Los resultados de este estudio son similares a los presentados por Taipe (2018) en su trabajo en el que el 2,6% presentaba desprendimiento prematuro de membranas.

El sangrado en la segunda mitad del embarazo no es un factor de riesgo de parto prematuro en pacientes que acuden al hospital Central de Majes



CONCLUSIONES

- PRIMERA.** Dentro de Factores de riesgo maternos estudiados en este estudio, ruptura prematura de membranas se presentó en el 92.2% de pacientes y el 7.8% restante no presento ruptura.
- SEGUNDA.** Los factores sociodemográficos identificados en las pacientes que se atienden en el Hospital Central de Majes incluyen, como el de mayor porcentaje, la edad (54.9%) al grupo etario de juventud, luego al grupo de adultas con 41.2% y al final las adolescentes con 3.9%; dentro del estado civil tenemos el primer lugar a las convivientes con 58.8%, seguido de las casadas (25.5%) y las solteras (15.7%); el grado de instrucción de secundario se presentó en el 70.6%, primaria con 21.6%, superior no universitaria (5.8%) y analfabeta (2%); el 88.2% proceden de la zona rural y el 11.8% de la zona urbana; el 86.3% se dedican a la agricultura, el 11.7% son amas de casa y el 2% restante son comerciantes.
- TERCERA.** Los resultados encontrados en el presente trabajo reflejan los antecedentes obstétricos de mujeres encuestadas del Hospital Central de Majes, encontrándose que el 41.2% son secundíparas, el 35.3% son primíparas, el 19.6% son múltiparas y el 3.9% son nulíparas; el 72.6% no han tenido antecedentes de aborto y el 27.4% restante si han tenido antecedente de aborto; el número de controles prenatales de tres a seis y de siete a más lo tuvieron el 43.1% de mujeres, seguido del 7.9% que tuvieron solo dos controles y el 5.9% no tuvieron ningún control prenatal; solo 5.9% tuvieron antecedente de parto pretérmino y el 94.1% no tuvieron antecedente de parto pretérmino.
- CUARTA.** Los antecedentes patológicos de las pacientes encuestadas del Hospital Central de Majes fueron los siguientes: el 35.3% no presentaron infección del tracto urinario, el 33.3% presentaron infección en el primer trimestre, el 21.6% presentaron infección en el segundo trimestre y el 9.8% en el tercer trimestre; el 92.2% si presentaron rotura prematura de membranas y el 7.8% no presentaron ruptura prematura



de membranas; en gestantes con síndrome de flujo vaginal el 66.7% presento vaginosis vaginal, el 25.5% tuvo candidiasis y el 7.8% tiene tricomoniasis; el 92.2% no presentaron preeclampsia y el 7.8% presentaron preeclampsia; el 96.8% no presentaron hemorragia de la segunda mitad del embarazo y el 3.2% presentaron desprendimiento prematuro de placenta.



RECOMENDACIONES

- PRIMERA.** Al profesional de obstetricia de los establecimientos del primer nivel, observar e identificar correctamente los signos de alarma que se asocian con el parto pretérmino, sobre todo poner énfasis en que las gestantes no tengan infecciones urinarias o vaginales que puedan producir Rotura prematura de membranas, lo que lleva a un parto prematuro. Además, de retroalimentar a las gestantes sobre la identificación correcta de la ruptura de membranas.
- SEGUNDA.** A la oficina de Servicio social continuar con las charlas que se brindan a los pacientes en la sala de espera; sobre temas relacionados con el embarazo, como nutrición, signos y síntomas de alarma, preparación para el parto, derechos del usuario. Ya que nuestra población es mayormente de un nivel educativo secundario a menos.
- TERCERA.** A los Profesionales de la Salud en Atención Primaria realizar seguimiento a las gestantes para reforzar e identificar factores de riesgo que puedan condicionar alguna complicación del embarazo.
- CUARTA.** A los ginecólogos y las obstetras del primer nivel de atención, que realizan la atención prenatal, se recomienda solicitar e incidir en los exámenes de orina y realizar PAP para detectar infecciones del tracto urinaria e infecciones vaginales y brindar tratamiento oportuno. Así mismo, brindar consejería a la gestante sobre hábitos saludables de higiene.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). MS. World Health Organization; March of Dimes; The Patnership for maternal, Newborn & Child Health; Save the Children. Born too son: The global action report on preterm birth. [consultado 15 enero del 2018]. Disponible en: (http://aps.who.int/iris/bitstream/10665/44864/1/9789241509241503433_eng.pdf?ua=1)
2. Blencowe H. Cuosens S. Oestergaard M. Chou D. National and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 whith time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. Lancet 2012;397(9832): 2162-2172.
3. Botero H, Jubiz H, Henao. G. Obstetricia y Ginecología. [Consultado 20 de febrero del 2018]. Texto integrado, séptima edición, editorial CIB Bogota. Colombia. 2004.pp. 84-98.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). MS. World Health Organization Glosario on assisted reproductve terminology. [consultado 20 de enero del 208]. Disponible en: http://www.who.int/reprodcutiveth/publications/art_terminology_es.pdf.
5. Tronnes H, Wilcox A, Lie D. Risk of cerebral palsy in relation to pregnancy disorders and preterm birth: a national cohortstudy. Dev Med Child Neurol. 2014; 56(8): 779-85.
6. Meza J. "Factores maternos relacionados con el parto pretérmino y su repercusión en el neonato. Hospital nacional Hipólito Unanue: 2002- 2006". Rev. Peruana Obst. 2008; 3(2): 115-25.
7. Huamán E. "Parto prematuro, tratamiento de la amenaza de Parto prematuro". Revista Médica. Vol. 6 Edición N° 1. Pp. 32-34.
8. Pinto A. "Parto prematuro. Manual de Emergencia Obstétricas y Perinatales". MINSA-IMAPE. Junio 2003-9.
9. Sandoval J. Sosa M. "Nifedipino vs Ritrodina en amenaza de parto pretérmino". Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Vol 49. Octubre 2014.



10. Ludmir A. "Ginecología y Obstetricia. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento". CONCYTEC. Lima-Perú.1996
11. Rodríguez S, Ramos R, Hernández R. "Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles". Ginecol Obstet Mex. 2013;8(9): 499-503.
12. Beltrán J. Ávila M, Vadillo F, Hernández C. "Infección cervicovaginal como factor de riesgo para parto pretérmino". Gineco Obst Mex 2002; 70(4); 203-209.
13. Llaca V, Fernández A. "Obstetricia Clínica". 2002. Edit McGraw Hill.
14. Arias F. "Práctica para el embarazo y parto de alto riesgo". 2da Edición.
15. Cabero L. "Parto Prematuro". 2004. Vol Edit Panamericana.
16. Creasy Robert K MD, Resnik Robert MD Maternal fetal medicine principles and practice. Fifth edition. Saunders 2004.
17. Urquizu X, Rodríguez M. "Factores de riesgo en amenaza de parto pretérmino". (2015). Med Clin (Barc). 2015; 13(18): 414-460.
18. Barron J, Kably A, Limon. "Nuevas perspectivas para un trabajo antiguo: el trabajo pretérmino". Ginecol Obstet Mex 1997; 65(8): 326- 331.
19. Cabero L. "Riesgo Elevado Obstétrico. 1996. Colección de Medicina Materno-Fetal". EditMasson. 2000; 72(6): 346-358.
20. Organización Mundial de la Salud (OMS). MS, UNICEF, UNFPA. "Mortalidad amnial 2005". [Citado 20 de abril 2018]. Disponible en: (http://whqlibdoc.who.int/publication/20089789243596211_spa.pdf.)
21. World Health Organization. Reduction of Maternal mortality. A joint-WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank statement. Geneva: World Health Organization.1990.
22. Research WHOD of RH and Practices WP to MBRH, Research UBSP of, Reproduction D and RT in H. "Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS; manual para la puesta en práctica del Nuevo modelo de control prenatal". 2002 [citado 17 de junio del 2019]. Disponible en: (<http://www.who.int/iris/handle/10665/42692>)
23. Urquizu X, Rodríguez M, García A, Pérez. "Factores de riesgo en el embarazo



- Pretérmino". (2016). Med Clin (Barc). 2016; 146 (10): 429- 435.
24. Hediger M, Fisher R, Shearer J. "Anemia vs Iron deficiency: Increased Risk of Preterm Delivery in a Prospective study. The American Journal of clinical Nutrition". 1992; 55(5): 985-988.
 25. Castillo G. "Conceptos actuales de la preeclampsia-eclampsia. Rev. Hosp Juárez Mex. 2000;3(1): 34-39.
 26. Eroiz J. Trepo M, Álvarez M. "Manejo conservador de ruptura prematura de membranas en el embarazo de 28 a 34 semanas", Ensayo clínico aleatorio. Ginecol Obstet Med 1997; 65(3) 43-47.
 27. Meléndez D. "Infección de vías urinarias como factores de riesgo en la amenaza de parto pretérmino. Hospital Militar". Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños de Nicaragua año 1994-1999. Tesis de pregrado. Managua, Nicaragua. 1994, 40pp.
 28. Cuningham F, Gan N, William Obstetrics. 21st edition. By McGraw Hill Professional. EEUU. April 27, 2001.
 29. Rodríguez I, Rosell M, Alvarez T, Rojas L. "Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes". Revista de Obstetricia Ginecología de Venezuela [internet]. 2013; [citado 18 de febrero del 2018]. 73 (3). Disponible en: (http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000300003)
 30. Scott R, James Gibbs Ronals, et al. Danforth´s obstetrics and gynecology. 9th edition. By Williams and Wilkins publishers. EEUU. August 2003.59
 31. Botero H Jaime, Júbiz Alfonso, Henao Guillermo. "Obstetricia y Ginecología". Texto integrado, séptima edición, editorial CIB Bogota Volombia 2004.
 32. Decherney Alan T, and Nathan Lauren. Current obstetrics and Gynecology diagnosis and treatment. 9th edition. By McGraw Hill Companies. EEUU, 2003.32. Scott R. James. Gibbs ronals, et al. Danfroth´s obstetrics and gynecology. 9th edition. By Williams and Wilkins publishers. EEUU. August 2003.
 33. Schwartz Ricardo. Et al. "Obstetricia 5ta edición". Editorial E Ateneo. Buenos



- Aires. 1995.
34. Ventura S, Martin J, and Curtin S, Mathews M. "Final data for 1997: national vital statistics reports" (vol 47, No 18). Hyattsville (MD): National Center for Health Statistics: 1998.
 35. Stan C, Boulvain M, Hirsbrunner-Amagbaly P, Pfister R. "Hidratación para el tratamiento del parto prematuro" (Revision Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 1. 2007. Oxford, Update Software Ltd. Library, 2007 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. Disponible en: (<http://www.updatesoftware.com>)
 36. Perkin Elmer. "Nacimiento prematuro. Retos y oportunidades de la predicción y la prevención" Finlandia: [acceso el 26 de mayo del 2018]. Disponible en: http://www.efcni.org/org/fileadmin/daten/web/Brochures_reports_Fact_sheetsPosition_papers/prevention_Perkin_elmar/12449856_perkin_elmer_Spanish.pdf.
 37. Sorbye I, Wanigaratne S, Urquia M. variations in gestacional length and preterm delivery by race, ethnicity and migration. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2015; 12:1-9.58.
 38. Laughon S, Albert P, Leishear K, Mendola P, The NICHD "Consecutive Pregancies Study: recurrent preterm delivery by subtyper". American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2014; 210(2): 131-131.
 39. Retureta O, Rojas L, Álvarez M. "Caracterización del parto prematuro en el municipio Ciego de Ávila. Mediciego. 2014; 20(1): 1-7.
 40. Rodríguez R. "Epidemiología y Factores de riesgo para parto pretérmino en el servicio de Maternidad del Hospital Militar Central". [consultado 10 de marzo 2018]. Disponible en: <http://www.repository.unimilitar.edu.co/bistream/10654/rodríguez%20ruben.pdf>)
 41. Gene V. "Risk factor asociated whith preterm delivery". 2da edition.Itagua.p.45.
 42. Gatnay R. "Factores de riesgo al parto pretérmino en gestantes". 2010. Tesis pregrado. Guaranda. Ecuador. Hospital Alfredo Noboa Montenegro. 2012.25pp.
 43. Taipe A. "Factores de riesgo asociado al parto pretérmino en gestantes". 2017.



Ayacucho. Perú. Hospital Regional Ayacucho.2017.30pp

44. Díaz R. "Factores de riesgo obstétrico asociados al parto pretérmino. Hospital regional docente de Trujillo entre los años 2007 y 2008". Tesis pregrado. Trujillo- Perú. Universidad nacional de Trujillo, 2007, 35pp.
45. Huaroto K. "Factores de riesgo materno, obstétricos y fetales asociado al parto pretérmino Hospital Público de Ica. Tesis pregrado. Universidad San Luis Gonzaga-Ica. Perú.41pp.



ANEXOS



ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**FACTORES DE RIESGO MATERNO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO
EN EL HOSPITAL CENTRAL MAJES**

El objetivo de esta ficha de recolección de datos es recolectar información de las historias clínicas de las pacientes. Esta información va a servir para generar investigación en el hospital Central de Majes y a la población a tener un acceso a mayor información respecto a una problemática de salud. Toda información recabada será manejada de forma confidencial y anónima.

Factores sociodemográficos	
1. Edad	a. adolescente (12-17 años) b. juventud (18-29 años) c. adultos (más de 30 años)
2. Estado civil	a. soltera b. casada c. conviviente
3. Grado de Instrucción	a. Analfabeta b. Primaria c. Secundaria d. Superior no universitaria e. Superior universitaria
4. Procedencia	a. Rural b. Urbana
5. Ocupación	a. Comerciante b. Agricultura c. Ama de casa d. Estudiante e. Otro:



ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL CENTRAL MAJES

El objetivo de esta ficha de recolección de datos es recolectar información de las historias clínicas de las pacientes. Esta información va a servir para generar investigación en el hospital Central de Majes y a la población a tener un acceso a mayor información respecto a una problemática de salud. Toda información recabada será manejada de forma confidencial y anónima.

Factores sociodemográficos	
1. Edad	a. adolescente (12-17 años) b. juventud (18-29 años) c. adultos (más de 30 años)
2. Estado civil	a. soltera b. casada c. conviviente
3. Grado de Instrucción	a. Analfabeta b. Primaria c. Secundaria d. Superior no universitaria e. Superior universitaria
4. Procedencia	a. Rural b. Urbana
5. Ocupación	a. Comerciante b. Agricultura c. Ama de casa d. Estudiante e. Otro:

Activar Windows

Ve a Configuración para activar Wi



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

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

Formato digital

Fecha de entrega: 25/10/2024

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: SORAYA YENNIFER TORREBLANCA LLERENA

Dirección: FRANCISCO MOSTAJO N° 208 - HUNTER AREQUIPA

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 40965283

Teléfono: 941281636 email: sorytaaqp@hotmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Escuela Profesional o Mención: ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

Título o Grado Académico a optar: SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Asesor: _____

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN EL

HOSPITAL CENTRAL MAJES, 2018

Palabras claves, (3 a 5 términos): Riesgos maternos, parto pretérmino, nacimientos

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

1,2

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: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – SEG04

Firma de Autor



huella digital

25/10/2024

Fecha