



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



TRABAJO ACADÉMICO
FACTORES MATERNOS CONDICIONANTES DE
PARTO PREMATURO EN GESTANTE 15 A 45
AÑOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL
APOYO II - 1 DE ILAVE 2023

PRESENTADO POR:
REYNA ISABEL AYAMAMANI PUMA
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS
OBSTÉTRICAS

JULIACA – PERÚ

2024



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁZQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
TRABAJO ACADÉMICO
FACTORES MATERNOS CONDICIONANTES DE
PARTO PREMATURO EN GESTANTE 15 A 45
AÑOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL
APOYO II - 1 DE ILAVE 2023

PRESENTADO POR:

REYNA ISABEL AYAMAMANI PUMA


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

APROBADA POR:

PRESIDENTE


Dra. ESPERANZA CUEVA ROSSEL

PRIMER MIEMBRO


Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI

SEGUNDO MIEMBRO


Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - SEG04



**UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO**



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 118 - 2024-SEP-EPG/UANCV

Juliaca, 13 de mayo del 2024

VISTO:

El Expediente N° 2024-03620, de la Egresado (a) **AYAMAMANI PUMA REYNA ISABEL**, con DNI N° 44002765 y Código N° 1810100906, del Programa de Segunda Especialidad Profesional en **ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**, de la Sede Central Juliaca, 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 Sede Central Juliaca, 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) **AYAMAMANI PUMA REYNA ISABEL**, con DNI N° 44002765 y Código N° 1810100906, del Programa de Segunda Especialidad Profesional en **ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**, de la Sede Central Juliaca, 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. ESPERANZA CUEVA ROSSEL
Primer Miembro	:	Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI
Segundo Miembro	:	Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

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

Fecha	:	Jueves, 16 de mayo del 2024
Hora	:	11:30 a.m.
Lugar	:	Aula N° 209 - EPG - UANCV - JULIACA

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

Regístrese, comuníquese y archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO
Dr. Leopoldo Mercedes Coronel Curi
DIRECTOR (a)



FACTORES MATERNOS CONDICIONANTES DE PARTO PREMATURO EN GESTANTE 15 A 45 AÑOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL APOYO II - 1 DE ILAVE 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

23%

INDICE DE SIMILITUD

23%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	1library.co Fuente de Internet	3%
3	repositorio.uoosevelt.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	oldri.ues.edu.sv Fuente de Internet	1%
5	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.unheval.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	docplayer.es Fuente de Internet	1%
8	www.slideshare.net Fuente de Internet	1%



Metadatos complementarios - UANCV

TITULO	
FACTORES MATERNOS CONDICIONANTES DE PARTO PREMATURO EN GESTANTE 15 A 45 AÑOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL APOYO II - 1 DE ILAVE 2023	
Datos de autor	
Nombres y Apellidos	REYNA ISABEL AYAMAMANI PUMA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	44002765
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0003-8203-4940
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	Dra. ESPERANZA CUEVA ROSSEL
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02558176
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-7453-3382
Miembro del jurado 1	
Nombres Y Apellidos	Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02360070
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-5861-0392



Miembro del jurado 2	
Nombres Y Apellidos	Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01297921
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-2232-6653
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 Apoyo II - 1 De Ilave -16.08270, -69.63774</p> <p>País: Perú Departamento: Puno Provincia: Ilave Distrito: Ilave</p> <p>https://maps.app.goo.gl/aQmjYMkoGJDzryY26</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2023 - 2024
URL de disciplinas OCDE	<p>Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00</p> <p>Obstetricia, Ginecología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02</p>
- Librería	



Dr. Eduardo Ortiz Cornejo



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo REYNA ISABEL AYAMAMANI PUMA, identificado con DNI No. 44002765 en mi condición de egresado de:

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

ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTETRICAS

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

" FACTORES MATERNOS CONDICIONANTES DE PARTO PREMATURO EN GESTANTES 15 A 45 AÑOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL APOYO II-1 DE IIAVE 2023 "

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 22 de Julio del 2024

REYNA I. AYAMAMANI P.
FIRMA (obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

Mi objetivo se ha logrado al lograr una de las metas más grandes que me he propuesto en mi vida. Por momentos pensé que estaba fuera de mi alcance, pero con mucho trabajo y dedicación logré un gran éxito. Quisiera expresar mi amor y dedicando de todo corazón este logro a Dios, mis padres. Estoy muy agradecido por todo el arduo trabajo y el amor que siempre me has brindado.

A mis hermanos que supieron, con sabios consejos, guiarme hacia los buenos principios, hacia la fe que depositaron en mí y que implantaron en mí el entusiasmo para poder determinar el éxito en las metas que me propuse.



AGRADECIMIENTO

A las Autoridades de la UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ, de Juliaca y del Hospital II – 1 de ILAVE por permitir la realización del presente estudio.

A las pacientes del servicio de obstetricia del Hospital Apoyo II – 1 DE ILAVE por su colaboración en el presente estudio.



ÍNDICE

Contenido	pág.
DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
INDICE.....	IV
RESUMEN.....	VI
ABSTRACT.....	VII
INTRODUCCIÓN.....	VIII
CAPÍTULO I: ASPECTO GENERAL DE TRABAJO ACADÉMICO	
1.1. Título de Informe Trabajo Académico.....	1
1.2. Descripción del Problema.....	2
1.3. Justificación del Trabajo Académico.....	4
1.4. Objetivos.....	5
Objetivos de Específicos.....	5
CAPÍTULO II: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO	
2.1. Marco Teórico.....	6
2.2. Antecedentes sobre el campo de la investigación.....	26
2.3. Marco conceptual.....	36
CAPÍTULO III: PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD	
3.1. Planificación.....	40
Método y Diseño de Investigación.....	40
Universo, Población y Muestra.....	41



Técnica, Instrumentos y Fuentes de Recolección de Datos.....	44
Técnica de Procesamiento y Análisis de los Datos Recolectado.....	44
3.2. Ejecución.....	45
3.3. Resultados.....	70
CONCLUSIONES.....	71
RECOMENDACIONES.....	73
BIBLIOGRAFÍAS.....	74
ANEXO.....	78



RESUMEN

factores maternos condicionantes de parto prematuro en gestante 15 a 45 años que acuden al hospital apoyo ii – 1 de ilave 2023

Objetivos: Determinación de factores maternos condicionantes de parto pretérmino en gestantes de 15 a 45 años atendidas en el Hospital Apoyo II – 1 de ILAVE Octubre - Diciembre 2023.**Material y Métodos:** El presente trabajo de académico se realizó de modalidad descriptivo transversal, de enfoque cuantitativo de tipo causal, donde la población estuvo constituida por todas las mujeres gestantes que ingresaron con el diagnóstico de parto prematuro. La técnica aplicada fue la encuesta. **Resultados:** Más frecuentemente según trabajo académico; corresponde a prematuridad leve (32 a 36 semanas) con 72%. Dentro de ellos antecedentes factores Gineco - obstétricos que influye con parto prematuro en mujeres embarazadas con más frecuencia complicaciones maternas de infección tracto urinaria con 77.3%, edad 35 a 45 años con 64%, grado de instrucción primaria 56%, alimentación bajo nutrientes 56%, índice paridad gran múltipara 56%, ocupación comerciantes 53.3%, complicaciones ovulares ruptura prematuro de membranas 50.4%, menos frecuencia de factores riesgos parto prematuridad en masa corporal bajo peso 48%, estado civil casado 44%.**Conclusiones:** 1) Los factores maternos condicionantes (socio demográfico, factores nutricionales, factores Gineco Obstétrico), son los que condicionan, frecuentemente de parto prematuridad LEVE. 2) Los factores maternos condicionantes Socio – Demográficos más frecuente al parto prematuridad son: Edad, grado de instrucción, Ocupación. 3) Los factores Nutricionales más frecuente al parto prematuridad es alimentación. 4) Los factores Gineco Obstétricos más frecuente al parto prematuridad son: Complicación materna y Complicación ovular.

Palabras clave: Factores, maternos, condicionantes, parto, prematuro, mujeres, embarazadas.



ABSTRACT

factors maternal conditions of delivery premature in pregnant fifteen to forty five years that they come to the hospital support ii – 1 of ilave two thousand twenty three

Objectives: Determination of factors maternal conditions of delivery premature in pregnant fifteen to forty-five years that they come to the hospital support ii – 1 of ilave two thousand twenty-three

Material and Methods: This academic work was carried out in a transversal descriptive modality, with a focus quantitative causal type, where the population consisted of all pregnant women who were admitted with the diagnosis of premature birth. The technique applied was the survey.

Results: More frequently according to academic work; corresponds to mild prematurity (32 to 36 weeks) with 72%. Among them, background gynecological - obstetric factors that influence premature birth in pregnant women, most frequently maternal complications of urinary tract infection with 77.3%, age 35 to 45 years with 64%, level of primary education 56%, low-nutrient diet 56%, large multiparous parity index 56%, merchant occupation 53.3%, ovular complications premature rupture of membranes 50.4%, less frequency of risk factors prematurity birth in low body weight 48%, married marital status 44%.

Conclusions: 1) Maternal factors conditioning factors (sociodemographic, nutritional factors, Obstetric Gynecological factors), are those that determine, frequently, MILD prematurity birth. 2) The most common Socio-Demographic determining maternal factors for premature birth are: Age, level of education, Occupation. 3) The most frequent nutritional factors in prematurity delivery are diet. 4) The most frequent Obstetric Gynecological factors in prematurity delivery are: Maternal complication and Ovular complication.

Keyword: factor, maternal, conditions, delivery, premature, women, pregnant



INTRODUCCIÓN

Este estudio se realizó hospital II-1 llave en respuesta al persistente aumento de la prevalencia de nacimientos prematuros en la región de Puno.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un recién nacido prematuro es aquel que nace vivo antes de completar las 37 semanas de gestación, considerando en los cálculos el día de inicio del último ciclo menstrual de la madre. Esta disparidad surge de las variaciones en los niveles socioeconómicos y educativos entre las naciones desarrolladas y las que están en vías de desarrollo. El parto prematuro es un fenómeno caracterizado por la aparición simultánea de diversos signos y síntomas, cada uno de ellos con distintas razones subyacentes.

En el desarrollo del parto prematuro intervienen múltiples variables y vías fisiopatológicas complejas. Más de un millón de neonatos fallecen cada año por problemas derivados del parto.

Un número significativo de bebés prematuros que sobreviven sufren discapacidades a largo plazo, sobre todo en las áreas de aprendizaje, visión y audición. Un número significativo de niños prematuros que sobreviven sufren discapacidades a largo plazo, sobre todo en las áreas de aprendizaje, visión y audición. Esta investigación se plantea por este motivo.

El objetivo es identificar una correlación entre los factores sociodemográficos y la ocurrencia de partos prematuros en mujeres embarazadas.



Determinación de factores maternos condicionantes de parto pretérmino en gestantes de 15 a 45 años atendidas en el Hospital Apoyo II – 1 de ILAVE
Octubre - Diciembre 2023.

El objetivo es establecer las variables factores nutricionales que contribuyen al parto prematuro en mujeres embarazadas.

El objetivo es identificar los factores ginecológicos y obstétricos que contribuyen al parto prematuro en mujeres embarazadas.

El capítulo I ofrece una visión general del trabajo académico. El capítulo II se centra en el fundamento teórico, mientras que el capítulo III abarca la planificación, la ejecución y los resultados de la actividad.



CAPÍTULO I

ASPECTO GENERAL DEL TRABAJO ACADÉMICO

1.1. TÍTULO DEL INFORME DE TRABAJO ACADÉMICO

**FACTORES MATERNOS CONDICIONANTES DE PARTO PREMATURO EN
GESTANTE 15 A 45 AÑOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL APOYO II-1 DE
ILAVE 2023**

1.1.1. Institución

Hospital Apoyo II – 1 ILAVE

Distrito : ILAVE

Provincia : Collao

Departamento : Puno

1.1.2. Duración

La presente investigación será realizada en un
Periodo de tres meses calendario, del presente año.

Inicio : mes de octubre de 2023

Termino : mes de diciembre de 2023

1.1.3. Responsable

REYNA ISABEL AYAMAMANI PUMA



1.2. DESCRIPCIÓN DE PROBLEMA

Es evidente que cada año aumenta el número de niños prematuros y que una parte importante de estos nacimientos se produce en países económicamente desfavorecidos. Aunque la medicina contemporánea ha logrado avances significativos, el riesgo de parto prematuro sigue siendo un problema común en obstetricia, incluso con todas las medidas apropiadas adoptadas. Otra razón que contribuye a ello es la aprensión al parto prematuro en las futuras madres que se someten a vigilancia en los centros sanitarios. En consecuencia, plantea una dificultad en el campo de la obstetricia.

Sobre la base de los antecedentes que he presentado, puede deducirse que el riesgo de parto prematuro ha aumentado en los últimos tiempos, estableciéndose así el parto prematuro como un importante problema de salud pública para las mujeres embarazadas, las familias y la sociedad en su conjunto. Variables que influyen en el parto prematuro.

El parto prematuro contribuye significativamente a las enfermedades perinatales. Es importante señalar que la madre no es la única responsable de todas las muertes perinatales. También influyen otras variables, como las malformaciones congénitas y los problemas posteriores a la muerte perinatal. Esta mortalidad es significativa por su mayor incidencia de complicaciones en comparación con los recién nacidos prematuros, lo que la convierte en un auténtico problema de salud pública. El personal sanitario debe identificar con prontitud y precisión los factores de riesgo de parto prematuro para tratar eficazmente los casos y minimizar el riesgo para el recién nacido.



Trabajo como profesional en el Hospital Apoyo II, 1 ILAVE, en la ciudad de Collao. Ocasionalmente, existe una alta incidencia de nacimientos prematuros, lo que aumenta la vulnerabilidad de los neonatos. La salud de los recién nacidos está en riesgo debido a los partos prematuros, lo que ha despertado el interés en esta área y ha llevado a plantearse las siguientes interrogantes.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PROBLEMA GENERAL:

PG. ¿Cuáles son los factores maternos condicionantes de parto prematuro en gestantes 15 a 45 años que acuden al Hospital Apoyo II, 1 de ILAVE Octubre-Diciembre 2023?

1.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS:

PE1- ¿Cuáles son los antecedentes sociodemográficos del parto prematuro en las embarazadas?

PE2.- ¿Cuáles son los factores nutricionales que provocan partos prematuros en las embarazadas?

PE3.- ¿Cuáles son los factores Gineco-Obstétricos que ocasionan el parto prematuro en mujeres embarazadas?



1.3. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO

En el Hospital Apoyo II, 1 ILAVE, existen numerosos trastornos asociados a los partos prematuros; sin embargo, no son identificados oportunamente. Según los registros hospitalarios, la prevalencia de partos prematuros en la ciudad de Ilave es comparativamente alta. La importancia de los partos prematuros es cada vez mayor en los campos de la obstetricia y la medicina preventiva, y el seguimiento de los partos maternos y prematuros es crucial para la salud pública. Diversos factores de riesgo contribuyen al nacimiento prematuro, pero destaca un componente que subraya la necesidad de una atención prenatal adecuada.

Las mujeres embarazadas pueden optar por no someterse a las pruebas de embarazo o a la atención prenatal en el hospital debido a consideraciones como las restricciones económicas, las limitaciones de tiempo o el miedo. Además, si la madre o su familia tienen antecedentes de parto prematuro, tanto la madre como el feto se enfrentan a un mayor riesgo. Esto supone una dificultad para los profesionales sanitarios que prestan atención prenatal.

Para los obstetras, esta información es valiosa, ya que nos permite comprender las causas principales de los partos prematuros y determinar las medidas preventivas adecuadas. Las mujeres embarazadas a punto de dar a luz también tendrán ventajas, ya que mostrarán una mayor autoconciencia y atención tanto hacia sí mismas como hacia su descendencia en desarrollo en embarazos posteriores. En el parto prematuro influyen numerosos factores de riesgo; sin embargo, a pesar de los diligentes esfuerzos de los obstetras y sus equipos de



salud, sigue siendo un reto prevenir por completo el parto prematuro de forma oportuna.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

OG: Determinación de factores maternos condicionantes de parto pretérmino en gestantes de 15 a 45 años atendidas en el Hospital Apoyo II – 1 de ILAVE Octubre - Diciembre 2023.

1.4.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS

OE.1: Identificar los antecedentes sociodemográficos del parto prematuro en mujeres embarazadas.

OE.2: Establecer los factores nutricionales que predisponen a las gestantes al parto prematuro.

OE. 3: Identificar los factores obstétrico-ginecológicos que provocan el parto prematuro en la embarazada.



CAPÍTULO II

FUNDAMENTAL TEÓRICA

2.1. BASES TEÓRICAS

1.1. SOCIO DEMOGRÁFICO

1.1.1.-EDAD:

Las mujeres embarazadas más jóvenes tienen más probabilidades de tener un parto prematuro, mientras que las mayores son más propensas a someterse a una cesárea.

El estudio clasificó a las participantes en cinco grupos de edad distintos: las menores de 17 años, las de 18 a 19 años, las de 20 a 34 años, las de 35 a 39 años y las mayores de 40 años.

Los resultados indicaron una correlación positiva entre la edad materna y la frecuencia de cesáreas, así como de partos prematuros entre las mujeres menores de 17. Los bebés nacidos de madres de 40 años o más tienen más probabilidades de requerir hospitalización neonatal o nacer con anomalías



congénitas en comparación con los bebés nacidos de mujeres de otros grupos de edad.

Normalmente, las madres más jóvenes tienen más probabilidades de tener un peso inferior al normal y de fumar durante el embarazo, mientras que las de más edad tienen más probabilidades de tener sobrepeso o padecer enfermedades preexistentes como la diabetes. (1)

1.1.2.- ESTADO CIVIL: El estado civil es una variable que se considera un marcador demográfico vinculado al embarazo y al resultado del parto. Diversas investigaciones publicadas en la literatura de salud pública han identificado una asociación entre las mujeres que se autoidentifican como "solteras, cohabitantes, casadas" y peores resultados tanto para el feto como para el recién nacido. Los resultados perinatales adversos descritos abarcan el bajo peso al nacer (BPN), el parto prematuro, la talla baja para la edad gestacional, el nacimiento de un feto muerto y una puntuación de Apgar baja.

Sin embargo, numerosos autores consideran que este indicador demográfico es sólo un elemento periférico o una variable que describe el contexto fundamental en conexión con otras variables explícitamente reconocidas como fuentes potenciales de consecuencias adversas, como la educación, la economía y el estatus social. El objetivo de este estudio no era establecer el impacto directo del estatus familiar o de ciudadanía de la madre en los resultados de la fertilidad durante el periodo perinatal, ni examinar otros factores como la educación o el estatus socioeconómico. El objetivo era más bien evaluar y medir si esta variable debía considerarse un factor de riesgo en nuestra población. Esta información podría ser útil para describir los riesgos a los que se enfrentan las mujeres



embarazadas e implementar potencialmente intervenciones dirigidas a este grupo de riesgo específico. (2)

Soltera: El término "soltería" se refiere a la condición de no estar casado. Etimológicamente, tiene su origen en el término latino "soledad". El celibato se refiere a la condición en la que un individuo vive sin una relación romántica, ya sea de forma permanente o durante un periodo de tiempo significativo.

Dependiendo de los antecedentes educativos y culturales de cada uno, este estado puede persistir durante toda la vida, o puede ser una fase temporal que se produce cuando se decide cohabitar con otro individuo durante la adolescencia o la edad adulta. Algunos individuos siguen manteniendo esta posición singular durante toda su vida adulta. Además, la soltería es un estatus de ciudadanía que conlleva obligaciones legales. Un individuo posee este estatus desde su nacimiento hasta el momento de contraer matrimonio.

Normalmente, una pareja divorciada no vuelve a casarse después de su divorcio. Sin embargo, el estado civil de una viuda divorciada o separada puede variar en función de la naturaleza del divorcio. Las únicas exenciones se incluyen en las leyes que consideran la terminación del matrimonio como una anulación, lo que restablece el estado civil posterior al pronunciamiento del matrimonio. (3)

Conviviente: Se trata de parejas en las que los miembros de la familia acuerdan mutuamente vivir juntos sin estar casados, pero tener hijos es sólo una fase de noviazgo. (4)



Casada: Se refiere al estado civil que adquiere una persona en la que es reconocida por el estado en la que forman un hogar, familia que son parte de la sociedad en el medio en donde viven. (5)

1.1.3. OCUPACIÓN: Las condiciones laborales son otro factor asociado con el parto prematuro. Muchos autores han encontrado una correlación entre trabajos que requieren trabajo físico, largos periodos de pie, demandas laborales variables, turnos nocturnos, etc. No hay que olvidar que las condiciones laborales y la posibilidad de mejorarlas están estrechamente relacionadas con el nivel socioeconómico de las mujeres.

Es más importante el tipo de trabajo que el puesto de trabajo, estar mucho tiempo de pie, trabajar muchas horas al día, cansancio físico o mental. (6)

Ama de Casa: En la cultura occidental tradicional, un ama de casa es una mujer que realiza principalmente las tareas del hogar: cuidar a los niños, limpiar la casa, comprar alimentos y otras cosas, cocinar y administrar parte o la totalidad del hogar. Elaboración de presupuestos, seguimiento de tareas y asignaciones, y más. Esta carrera se considera el trabajo más exigente en la actualidad.

En la mayoría de los casos, este cargo lo ocupa una mujer (que en un matrimonio tradicional está formado por un hombre, una mujer, un hijo y una hija). Las expectativas tradicionales de las amas de casa incluyen muchas cosas, pero la más importante es el autosacrificio. El significado literal es "negarse a uno mismo" por el bien de la familia tradicional, especialmente para proteger a los hijos. Por tanto, no sorprende que el feminismo cuestionara fuertemente este papel tradicional del ama de casa y buscara cambiarlo. (7)



Comerciante: Suele referirse a una persona que normalmente se dedica a actividades comerciales. También es el nombre de los dueños de negocios. En derecho mercantil, el término "empresario" se refiere a su objeto subjetivo, es decir, a una persona especialmente sujeta a la ley. En este sentido, un comerciante es una persona que realiza habitualmente cualquier actividad (acción comercial) que sea considerada comercial por ley. La costumbre es un elemento esencial de esta definición: no se considera comerciante a todo aquel que realiza una actividad comercial de vez en cuando (por ejemplo, una persona que compra en una tienda), sino que sólo un comerciante se considera una tienda de comestibles desde el punto de vista del derecho mercantil. Comprométete a operar con regularidad. (8)

Estudiante: La palabra estudiante es un sustantivo masculino o femenino.

Se refiere a un estudiante o estudiantes en un campo académico. Y se dedicó a esta actividad como ocupación principal. (9)

1.1.4.- GRADO DE INSTRUCCIÓN: El nivel educativo es una de las variables consideradas como marcador demográfico o poblacional asociado al embarazo y a los resultados perinatales, entre los que se encuentra el parto prematuro. La educación de quienes participan en el entorno de atención de salud es esencial porque las personas sin conocimientos obstétricos tienen más probabilidades de no participar en la atención prenatal e incluso si lo hacen, a menudo no pueden entender las instrucciones de los profesionales y, en algunos casos, no prestan atención al embarazo. Cuidado. (10)



1.2. FACTORES NUTRICIONALES

1.2.1. ALIMENTACIÓN: Los alimentos son lo que el cuerpo consume para satisfacer sus necesidades nutricionales, principalmente de energía y desarrollo.

No se debe confundir la alimentación con la nutrición, ya que esta última ocurre a nivel celular, mientras que la primera es el acto de ingerir alimentos. La nutrición puede ser autótrofa o heterótrofa.

Las mujeres embarazadas son un grupo que necesita atención especial. La realidad es que estás pasando por un proceso constante de crecimiento y desarrollo, por eso es importante llevar una dieta equilibrada y nutritiva y mantenerte hidratado.

IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN: El estado nutricional de la mujer embarazada influye en el resultado final del embarazo. Las mujeres con bajo peso y desnutridas tienen más probabilidades de tener bebés prematuros con bajo peso que las mujeres con peso normal. El embarazo es un estado biológico y natural y por tanto tiene sus propias recomendaciones dietéticas y nutricionales específicas.

Para que las mujeres mantengan una buena forma física durante el embarazo, para un mejor desarrollo y crecimiento saludable de los bebés, es necesario ingerir algunos alimentos que les gusten y sean adecuados.



CONSUMIR LOS ALIMENTOS EN EL EMBARAZO.

Leche: Deshidratado y suplementado con vitaminas, utilizar al menos medio litro al día solo o junto con preparados (batidos de frutas, gelatina dietética a partir de leche, postres dietéticos).

Quesos: Al menos dos porciones de 50 g al día (la mitad del tamaño de una caja de música) de la gama baja en calorías.

Huevos enteros: Utilizar dos veces por semana solo o con una dieta clara, una vez al día.

Carnes: Consuma al menos una porción de carne roja todos los días; Se recomienda utilizar el hígado o el riñón por separado o en un preparado dietético dos o tres veces por semana.

Vegetales: Es importante comer verduras de hojas verdes al menos tres veces por semana, así como verduras amarillas (zanahorias, zapallos, calabazas).

Frutas: Al menos tres unidades al día, incluidas frutas cítricas (naranja, pomelo, mandarina).

Aceite: Preferiblemente aceitunas. Además del control de peso, también es conveniente conservar los platos preparados en el frigorífico durante el tercer trimestre del embarazo, especialmente en los últimos días. ¿La razón? Un bebé recién nacido requiere mucho tiempo y la comida puede pasar a un segundo plano. Pero así como las madres saben qué comer durante los nueve meses de embarazo, también lo sabe la lactancia materna.



Es necesario comer la comida adecuada. Además, una madre que amamanta puede tener mayor apetito y necesidad de líquidos. Por lo tanto, conviene guardar los alimentos necesarios para descongelar en el frigorífico. Algunos platos son más fáciles de preparar con antelación que otros y son aptos para esta nueva etapa: puré de calabaza, pudín de zanahoria, pescado vegetal y otros. (11)

1.2.2. EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA DEL EMBARAZO.

El seguimiento del estado nutricional de la madre debe formar parte de la atención prenatal. El peso de una mujer embarazada en un determinado momento del embarazo es el resultado de su peso anterior y su crecimiento hasta ese momento. Por el contrario, el peso apropiado para el embarazo está relacionado con la altura materna y es desconocido para la mayoría de las mujeres de nivel socioeconómico más bajo. Ser evaluado:

Peso: Las mujeres embarazadas, que deben estar descalzas y con ropa ligera, se pesan en una balanza para adultos y se registra el kilogramo con una precisión de 100gm.

Talla: se realiza antropometría en primer control pre natal a mujer embarazada porque la lordosis, o curvatura compensatoria hacia adelante de la columna, al final del embarazo puede hacer que la columna sea más pequeña de lo que realmente es. Los adultos prácticamente tienen tallímetro. Las dimensiones se registrarán en centímetros sin decimales. Para ello, los valores intermedios se redondean al número entero más cercano.



El IMC se calcula como la relación entre el peso de la madre en kilogramos y la altura de la madre en metros cuando se conoce el peso o durante la primera consulta al inicio del embarazo. Determina el rango de aumento de peso total apropiado según el IMC previo al embarazo. Para las mujeres con un peso inicial bajo, se recomienda aumentar de 12,5 a 18 kg, y para las mujeres con exceso de peso, al menos 6 kg. Una vez que se determina el IMC del embarazo, se pueden utilizar modelos de aumento de peso para ajustar el aumento de peso para cada grupo de mujeres. También permite comparar el aumento de peso materno en cualquier edad gestacional entre 13 y 40 semanas.

1: bajo (IMC<19.8): El aumento de peso recomendado para cada edad gestacional se sitúa entre el percentil 75 y 90 (13-18 kg al término).

2: normal (IMC 19.8-26): El aumento de peso recomendado para cada edad gestacional es del percentil 50 al 75 (11-13 kg al término).

3: sobre peso (IMC 26.1-29): El aumento de peso recomendado para cada edad gestacional es del percentil 25 al 50 (8-11 kg al término).

4: obesidad (IMC> 26): El aumento de peso recomendado para cada edad gestacional es del percentil 10 al 25 (6-8 kg al término).

Para las madres adolescentes que quedan embarazadas dentro de los cuatro años posteriores a la menarquia, se recomienda agregar uno a dos kilogramos (peso final ideal) a la curva mostrada.

El aumento de peso no se puede calcular si no se conoce el peso previo al embarazo y la ingesta es tardía, por lo que no se puede utilizar el modelo descrito



anteriormente. En este caso se puede utilizar una tabla numérica, que describe el peso obtenido en cada edad gestacional según la altura de la madre. (12)

1.3. FACTORES GINECO- OBSTETRICIA

1.3.1. PARIDAD: Es bien sabido que el parto prematuro es un riesgo tanto para la madre como para el niño y puede ocurrir en madres primerizas.

Primípara: las mujeres que han tenido un solo hijo o un embarazo. La abertura externa de una mujer primípara permanece como un anillo rígido hasta que el cuello uterino desaparece por completo y sucumbe gradualmente a la atracción de la pared cervical.

Múltiparas: Se denomina a todas las mujeres que dieron a luz a más de dos a tres hijos. Las mujeres mayores que han tenido más de tres embarazos tienen un riesgo muy alto de parto prematuro. Uno o más embarazos previos reducen el riesgo y se ha demostrado que ocurre antes de un aborto espontáneo temprano al mismo ritmo que para todas las madres primerizas, pero después de un aborto espontáneo tardío el riesgo se reduce significativamente.

Gran Múltipara: Se denomina "múltipara" a toda mujer que ha dado a luz a más de seis hijos o ha estado embarazada más de seis veces. (13)

1.3.2. COMPLICACIONES MATERNAS

ITU DURANTE LA GESTACION: Durante el período de gestación, la progesterona en niveles elevados provoca la relajación de los músculos de la vejiga y los uréteres, los conductos que vinculan a la vejiga con los riñones, lo que resulta en una disminución del flujo de orina. Asimismo, el crecimiento del útero



durante el embarazo puede comprimir los uréteres, lo que obstaculiza el flujo rápido y regular de la orina. En los últimos meses del embarazo, el útero aumenta de tamaño, lo que ejerce presión sobre la vejiga y dificulta su vaciado completo al orinar. El resultado de todos estos cambios es que la orina tarda más en pasar por la uretra, aumentando la posibilidad de que se multipliquen las bacterias que pueden llegar a la orina. Normalmente, la orina no contiene bacterias, pero existen diversas situaciones que pueden contribuir a la transferencia de bacterias a la orina, como las relaciones sexuales, que pueden contribuir a la propagación de bacterias en la piel desde la zona genital hasta la uretra o el ano. -Higiene vaginal, que contribuye a la contaminación bacteriana de las heces. Finalmente, la presencia de azúcar en la orina (como en la diabetes) puede promover el crecimiento bacteriano. (14)

TIPOS DE INFECCIONES URINARIAS: Una ITU es una infección que generalmente puede ser causada por bacterias que se produce en los riñones, vejiga y uretra. Los más comunes son:

1. Bacteriuria asintomática: Estas bacterias están presentes en la orina, pero no presentan síntomas, por lo que las pruebas pueden detectarlas y diagnosticarlas porque las mujeres desconocen la infección. Esta bacteriuria asintomática no tratada progresa a cistitis sintomática en el 30% de los casos y pielonefritis en el 50% de los casos. Esta infección puede provocar retraso del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer en el recién nacido, anemia e infección del líquido amniótico.



2.-Cistitis

Se trata de una infección de la vejiga que hace que tengas que ir al baño con frecuencia, provocando picazón, dolor leve e incluso escalofríos. También puede haber algo de sangre, aunque esto es menos común.

3.- INFECCION DE VIAS URINARIAS

Esta es la infección del tracto urinario más peligrosa. Esto se llama pielonefritis y puede resultar muy incómoda para las mujeres embarazadas. Además de las molestias al ir al baño y la sensación de escozor al orinar durante la cistitis, una infección renal también puede provocar síntomas como escalofríos, fiebre, dolor lumbar y vómitos. (15)

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE UNA ITU

- ❖ Dolor o sensación de ardor al orinar
- ❖ Necesidad de orinar con frecuencia
- ❖ Después de orinar, la necesidad de orinar persiste.
- ❖ Presencia de rasgos de sangre en la orina.
- ❖ Sensación de presión o dolor en la parte baja del abdomen
- ❖ Escalofríos, alza térmica, diaforesis excesiva e incontinencia
- ❖ Cambios mayores o menores en la producción de orina.
- ❖ La orina se ve turbia, huele mal o tiene un olor muy fuerte.
- ❖ Cuando las bacterias se propagan a los riñones, pueden ocurrir síntomas como dolor de espalda, escalofríos, fiebre, náuseas y vómitos. (16)



Flujos Vaginales: El flujo vaginal durante el embarazo puede ser diferente al que experimentan las mujeres en otras etapas de la vida, dependiendo del ciclo menstrual. Pero la mayoría de las pérdidas son normales y no debemos preocuparnos. Un flujo claro y lechoso es muy similar al que experimentan las mujeres antes de su período, aunque en ocasiones puede ser más abundante. Esto se llama "leucorrea". No se deben utilizar tapones para retener el líquido vaginal durante el embarazo, ya que pueden provocar el desarrollo de una infección. Incluso sin TOC, se recomienda usar ropa interior de algodón y mantener la zona genital limpia y seca para evitar infecciones. Esto es necesario porque limpiar la vulva con demasiada frecuencia eliminará la flora protectora natural de la vulva, lo que hará que las personas se sientan incómodas y, al mismo tiempo, promoverá fácilmente la invasión de bacterias y provocará vaginosis bacteriana. Basta con ducharse una vez al día (o dos veces por la mañana y por la noche). Este tipo es más común durante el embarazo, debido en parte a una mayor producción de estrógeno y un mayor flujo sanguíneo al área vaginal.

Aunque el flujo blanco se considera típico, existen distintos tipos de flujo que pueden producirse durante el embarazo y que sugieren la presencia de una infección. Los síntomas más comunes de vaginitis incluyen la presencia de flujo amarillo o verde de consistencia espesa. Además, las personas pueden experimentar un olor desagradable, sensación de quemazón, picor, enrojecimiento o dolor. Es aconsejable consultar a un profesional médico en estas situaciones, independientemente de nuestra experiencia previa con infecciones similares y de nuestra capacidad percibida para tratarlas. El médico verificará la infección y proporcionará la terapia adecuada, que se adaptará a la enfermedad



concreta. Contagio. El médico puede administrar supositorios, geles, pomadas o cremas vaginales para tratar la candidiasis, una infección recurrente que puede transmitirse al bebé durante el parto y que suele reaparecer después del nacimiento. La afección presente es la vaginosis bacteriana, y los profesionales médicos aconsejan administrar rápidamente una terapia oral. Si se le diagnostica una infección de transmisión sexual, es aconsejable que se abstenga de mantener relaciones sexuales hasta que tanto usted como su pareja dejen de estar infectados o, alternativamente, que utilice preservativo durante las relaciones sexuales. (17)

ANEMIA: La anemia es una afección caracterizada por una deficiencia de glóbulos rojos o una disminución de la capacidad para transportar oxígeno o hierro. Se observa con frecuencia una asociación entre anemia y embarazo, aunque no suele ser una consecuencia grave, ya que está relacionada con una reducción de la cantidad de hemoglobina durante el embarazo. Esto ocurre debido a una frecuente discrepancia entre el aumento de la cantidad de glóbulos rojos y el aumento del volumen plasmático durante el embarazo. Además, puede coincidir con pérdidas repentinas de sangre debidas a problemas obstétricos o médicos. La anemia puede tener efectos perjudiciales en el crecimiento del feto, lo que puede provocar un parto prematuro o un bajo peso al nacer. Esto se debe a que el feto depende de la sangre de la madre para su sustento. Otras repercusiones para la madre son el cansancio y la indiferencia, que le impiden atender sus propias necesidades y las del bebé. Durante el embarazo, el riesgo de muerte materna posparto aumenta en caso de anemia grave debido a tres fases secuenciales que alteran el equilibrio del hierro. Durante la fase inicial, se produce



una reducción favorable de la menstruación. En la fase posterior, comienza a aumentar el volumen de glóbulos rojos, lo que suele ocurrir entre las semanas 20 y 25 del embarazo. En el último trimestre, el feto absorbe principalmente mayores cantidades de hierro, sobre todo a partir de la 30ª semana. Normalmente, el 90% de las anemias que se producen durante el embarazo se clasifican como anemias ferropénicas, derivadas de la falta de hierro. La aparición de una carencia de vitamina B12 en los megablastocitos es excepcionalmente infrecuente. La demanda de hierro aumenta significativamente en un breve espacio de tiempo como consecuencia de las necesidades del feto y la placenta, la expansión del volumen sanguíneo materno y la pérdida de sangre tras el parto. Por lo tanto, es evidente que la nutrición por sí sola es inadecuada para satisfacer las importantes necesidades de hierro. La falta de una cita previa conducirá inevitablemente a la aparición de anemia durante el tercer trimestre. Las personas que padecen anemia durante el embarazo pueden no mostrar ningún síntoma perceptible hasta que su recuento de glóbulos rojos es extremadamente bajo. Los síntomas más frecuentes incluyen palidez de la piel, labios, uñas, manos o párpados inferiores; fatiga; mareo o vértigo; disnea; y taquicardia. (18)

1.3.3. COMPLICACIONES OVULARES

Pueden ocurrir varias complicaciones ováricas cuando una madre queda embarazada. (19)

La Ruptura Prematura de Membranas: Se llama cuando ocurre antes del parto. Complica aproximadamente la mayoría de los nacimientos prematuros cada año. El tratamiento óptimo para mujeres embarazadas complicadas por rotura



prematura de membranas aún no está claro. Ésta es un área de gran controversia en obstetricia. El uso de antibióticos profilácticos, terapia uterotónica o corticosteroides, la función de las pruebas de madurez pulmonar fetal, la monitorización prenatal del líquido amniótico y el parto inmediato versus el manejo expectante no están bien definidos. (20)

Placenta Previa: Placenta previa es un término utilizado para describir la fijación de la placenta a una parte específica del útero, y se asocia a distintos niveles de hemorragia. A lo largo del embarazo, la placenta cambia de posición a medida que el útero se expande y alarga. Durante el tercer trimestre, la posición del bebé debe situarse normalmente en la parte superior del útero para garantizar que el cuello uterino permanezca despejado para el parto. Sin embargo, a veces puede verse en la región más baja, obstruyendo parcial o totalmente el cuello uterino. Este síndrome dificulta gravemente la posibilidad de parto vaginal y, en algunos casos, provoca hemorragias vaginales durante el embarazo. La placenta previa obliterante, o placenta previa total, se produce cuando la placenta cubre completamente el cuello uterino. Si la placenta está situada justo por encima del cuello uterino, se denomina placenta previa marginal. Si está situada a dos centímetros del cuello uterino sin hacer contacto directo, se conoce como placenta baja. La localización del objeto se hará visible durante la ecografía realizada en el segundo trimestre. En estos casos, es aconsejable realizar una ecografía mensual para controlar la evolución de la posición de la placenta. La placenta previa parcial probablemente denota la condición en la que la placenta cubre parcialmente el cuello uterino durante las fases iniciales de dilatación. Es una indicación que



puede provocar un parto prematuro, hemorragia vaginal, molestias abdominales y ningún daño. Placenta. (21)

Desprendimiento Prematuro de Placenta: El desprendimiento de placenta, a veces denominado hematoma retroplacentario, es el desprendimiento de la placenta del lugar de implantación uterina antes del parto. El desprendimiento de la placenta es un problema importante, ya que puede provocar que el bebé deje de recibir el oxígeno y la nutrición necesarios, y la madre puede sufrir hemorragias potencialmente mortales y alteraciones de la coagulación sanguínea. Desprendimiento espontáneo de la placenta y desprendimiento prematuro de la placenta. Durante el embarazo, la placenta puede desprenderse total o parcialmente del útero, lo que provoca un shock fetal asfíctico agudo. Esta afección no incluye ninguna enfermedad materno-fetal. La placenta presenta varias formas de daño, como hematoma y hemorragia retroplacentaria, infarto de Willock, hemorragia subcoriónica y trombosis intervellosa. (22)

2.2. PARTO PREMATURO

El parto prematuro, o parto prematuro, es una condición que ocurre antes de las 37 semanas de embarazo, que son 22 semanas de embarazo (aproximadamente 20 semanas), que son 36 semanas completas desde el primer día del último período menstrual. (23)

EPIDEMIOLOGIA: La incidencia del parto prematuro varía mucho entre los países desarrollados y los países en desarrollo; El interés rara vez es inferior al 6% o superior al 18%. Las dos principales variables que determinan la mortalidad y



morbilidad neonatal son: la prematuridad y la baja tasa de natalidad. Existen diferencias por país y por desarrollo neonatológico; aprox. Entre el 30% y el 60% de las muertes neonatales son causadas por bebés prematuros que pesan menos de 1.500 g, y entre el 60% y el 80% de todos los ingresos a la UCIN se deben a nacimientos prematuros. Cada año nacen en el mundo unos 20 millones de recién nacidos que pesan menos de 2.500 gramos, de los cuales entre el 10% y el 15% son prematuros. (24)

ETIOLOGÍA: Se han identificado diversas vías que contribuyen al parto prematuro, pero ningún mecanismo específico se ha vinculado definitivamente a su papel como indicador fiable de riesgo. La multitud de características encontradas indica que las complejas razones del parto prematuro siguen siendo objeto de controversia. El estrés psicosocial materno puede causar estrés fetal, lo que provoca una disminución del flujo sanguíneo al útero y una activación precoz del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal fetal. Se cree que el factor liberador de adrenocorticotropina desempeña un papel crucial en el nacimiento prematuro desencadenado por el estrés. Este factor se origina principalmente en el hipotálamo, pero también se encuentra en las células de la placenta, el amnios, el corion y la decidua, donde genera prostaglandinas. Éstas inducen las contracciones uterinas y facilitan la maduración cervical. Las prostaglandinas, a su vez, también activan los factores liberadores de corticotropina en la placenta, la teca y la decidua, desencadenando un bucle de retroalimentación que podría dar lugar a un parto prematuro. Este mecanismo también libera cortisol a partir de hidroepiandrosterona tanto en la madre como en el feto. Dentro de la placenta, estas sustancias se convierten en estrógenos, lo que provoca un aumento de la



cantidad de proteínas miométriales y la activación de los receptores de oxitocina. Existe una fuerte correlación entre la mayor incidencia de infecciones en el sistema genitourinario y la probabilidad de parto prematuro. Estas infecciones, junto con las infecciones placentarias, potencian la activación de la interleucina al inducir la combinación de prostaglandinas a nivel de la decidua y la teca. La hemorragia por separación, que es más grave y puede provocar una hemorragia uterina leve a principios y mediados del embarazo, se presenta en el 60% de los niños prematuros como síntomas histológicos. Estas hemorragias locales estimulan la activación de varios factores que generan trombina y causan daños en la decidua y la teca. La trombina se une a los receptores del miometrio y desencadena contracciones en el útero. (25)

2.1. CLASIFICACIÓN:

El parto prematuro puede ser: espontáneo, por rotura de membranas (bolsa de agua), y por motivos del parto, como deterioro del ambiente intrauterino por infección, retraso del crecimiento intrauterino o riesgos importantes para el embarazo. Todos los partos antes de las 37 semanas se definieron como prematuros y se basaron en la edad gestacional.

2.1.1. Prematuridad Extrema: Esta condición ocurre en aproximadamente el 0,25% de las mujeres embarazadas desde el nacimiento (22-27 semanas)

2.1.2. Prematuridad Moderada: Alrededor del 0,6% de los embarazos ocurren una semana antes del parto (28-31 semanas).



2.1.3. Prematuridad Leve: Alrededor del 3,0% de los embarazos ocurren cuando el parto ocurre entre semanas (32-36 semanas). Se implementó un sistema de puntuación que combina el peso y la edad gestacional para identificar y diferenciar entre bebés prematuros apropiados para la edad gestacional y bebés prematuros con sobrepeso u obesidad para la edad gestacional. (26)

DIAGNÓSTICO: Se basa en tres pilares:

Edad del gestacional: La amenorrea ocurre entre las semanas 22 y 36.

Características de las contracciones uterinas: Las contracciones uterinas dolorosas pueden detectarse mediante palpación abdominal o examen externo del útero. Su frecuencia debe superar los valores normales para la edad gestacional.

Condición cervical: el cuello uterino no ha cambiado desde el último examen vaginal. Signos a buscar: Desaparición del cuello, expansión y posicionamiento para respaldar la apariencia y el estado de la teca. (27)

Prevención: Las mejores formas de prevenir el parto prematuro son:

- ✓ Estar saludable antes del embarazo.
- ✓ Obtenga atención prenatal lo más temprano posible durante su embarazo.
- ✓ Continúe con la atención prenatal hasta que nazca el bebé. Una atención prenatal adecuada y oportuna puede reducir las posibilidades de parto prematuro. A veces, el parto prematuro se puede tratar o retrasar con medicamentos que



impiden que el útero se contraiga. Sin embargo, los intentos de representarlo suelen ser ineficaces. (28)

2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Se efectuó un estudio titulado Factores de Riesgo Maternos presentes en el recién nacido prematuro El propósito de dicha revisión bibliográfica fue la de conocer los factores maternos presentes en la aparición de los partos prematuro en la región latinoamericana, dicho estudio tuvo como objetivo la de analizar los factores de riesgo maternos presentes en el recién nacido prematuro. La metodología fue la investigación se realizó con el eje principal de la lectura crítica, realizando una revisión de diversos artículos científicos con el objetivo de rescatar aquellos que aporten mayor riqueza científica, estos se recopilaran a través de motores de búsqueda como SCieLo Google académico BVS, empleando el descriptor DeCS, con operadores booleanos AND, logrando recuperar un total de 17, retomándose 10 encontradas a texto completo que cumplieron con cada uno de los criterios de inclusión. Resultados Del Estudio: Se identificaron, los factores de riesgos en factores materno siendo los factores maternos los de mayor incidencia en Latinoamérica los siguientes: edad materna, enfermedades propias de la gestación, infecciones del tracto urinario y vaginales, factores sociodemográficos. Conclusiones: De factores maternos presentes en los recién nacidos prematuros, los factores con mayor incidencia son, principalmente la edad materna, enfermedades desarrolladas durante la gestación, infecciones del tracto urinario y vaginales, y factores externos que afectan el microambiente. concluyendo que



estos factores pueden ser prevenible con promoción y educación en salud de las gestantes. (29)

Consiguientemente en otro trabajo titulado factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un Hospital público, estudio que estudio incluyó a recién nacidos prematuros, vivos o fallecidos, que nacieron entre las semanas 22 y 34 de gestación. A estos recién nacidos se les realizó un examen histológico de la placenta y fueron atendidos en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Borja Arriarán entre enero y junio de 2007. Un estudio se realiza después de transcurrido un evento o período de tiempo, analizando datos e información del pasado. El estudio fue autorizado por el comité ético el 30 de diciembre de 2009. La edad gestacional se estableció mediante un historial válido de menstruación o una ecografía biométrica fetal antes de la inscripción de la participante. Esto se confirma con las medidas antropométricas de los bebés. Los signos de parto prematuro incluyen: a) parto espontáneo con rotura prematura de membranas o membranas intactas; y b) parto médicamente necesario debido a patología materna, fetal u ovocitaria. Las embarazadas se clasifican en función de su edad en tres grupos: a) mujeres jóvenes, de hasta 20 años; b) mujeres de entre 20 y 34 años; y c) embarazadas tardías, de más de 35 años. En función de la edad gestacional en el momento del parto prematuro, se crearon dos grupos: uno formado por los bebés nacidos entre las semanas 22 y 29 de gestación, y otro formado por los bebés nacidos entre las semanas 30 y 34 de gestación.



Análisis estadístico de los datos: para comparar proporciones se utilizó la prueba de χ^2 y la prueba exacta de Fisher; Se utilizó la prueba t o la prueba de Wilcoxon para la comparación de variables continuas y el análisis de varianza (según corresponda). Se consideraron significativos valores de $p < 0,05$. Durante el estudio, nacieron 14.459 bebés únicos, tanto vivos como muertos. Entre las semanas 22 y 34 de gestación se produjeron 642 partos prematuros (4,44%). Se incluyeron 407 recién nacidos prematuros (63,4%), de los cuales el 84,3% (343/407) fueron nacidos vivos y el 15,7% (64/407) de los cuales fueron muertes fetales, en los que se examinó la histología placentaria. Se excluyeron 235 casos sin biopsia placentaria. El parto prematuro fue espontáneo en el 68,8% (280/407) [rotura prematura de membranas 27,0% (110/407), membranas intactas 41,8% (170/407)] e indicado médicamente en el 31,2% (127/407)). Los factores que contribuyeron al parto prematuro fueron: 17,2% (70/407) jóvenes (< 20 años), 60,2% (245/407) mujeres de 20 a 34 años, 22,6% (92/407) embarazos tardíos (35 años) y mayores). . El nacimiento antes de las 30 semanas fue del 38,6% (157/407) y el nacimiento después de las 30 semanas fue del 61,4% (250/407).

De la misma forma se evidencio en el trabajo de investigación de nombre factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila Cuba en el período 2007 – 2012. Donde se evidencio Antecedentes: Entre 2007 y 2012 murieron en Ciego de Ávila 65 bebés, 35 de los cuales fueron prematuros, lo que indica que el parto prematuro es un problema que necesita ser atendido, según la dirección de salud municipal. Objetivo: Identificar factores de riesgo asociados al parto pretérmino en la ciudad de Ciego de Ávila. Métodos: Estudio de análisis de



casos y controles realizado en el municipio de Ciego de Ávila, analizando los factores de riesgo asociados al parto prematuro entre 2009 y 2012. Las variables estudiadas son: edad materna y factores de riesgo de parto prematuro. Estimación de puntuaciones de correlación utilizando la relación del producto intermedio. Además, se utilizó la prueba de correlación chi-cuadrado y la correlación se consideró significativa a $p < 0,05$. 150 cm, aumento de peso bajo o alto durante el embarazo, tabaquismo materno, infecciones vaginales y del tracto urinario, embarazo múltiple y enfermedades uterinas. El estado nutricional de la gestante en el momento del reclutamiento y su desarrollo durante el embarazo son factores estrechamente relacionados con las complicaciones. De hecho, estos factores tuvieron una correlación estadísticamente significativa con la tasa de nacimientos prematuros en los estudios. La altura materna inferior a 150 cm (OR=4,331; IC=2,967-6,321) mostró alguna asociación con el parto prematuro en el análisis univariado, pero no mostró una asociación altamente significativa en el análisis multivariado. Existe evidencia científica de que existe una relación entre el bajo peso materno, el aumento de peso insuficiente durante el embarazo, el RCIU y el parto prematuro; la desnutrición produce inmunodeficiencia, lo que facilita la invasión bacteriana y provoca diversos grados de infección. Provocando un proceso inflamatorio que puede provocar un parto prematuro. En este sentido, la infección vaginal (OR = 3,298; IC = 2,490-4,369) puede provocar varias complicaciones además del parto prematuro, como rotura prematura de membranas, corioamnionitis y endometritis posparto, que a su vez pueden provocar crecimiento bacteriano. Sistema genitourinario, que puede causar infección del tracto urinario (OR=3,526; IC=2,643-4,703); Otros estudios previos



también han encontrado un vínculo entre las infecciones vaginales y del tracto urinario y el parto prematuro.

En otro trabajo de investigación con el título: Factores asociados al parto prematuro en el Departamento de Lempira, Honduras 2010, en dicho trabajo Los sujetos del estudio fueron mujeres embarazadas nacidas en el año 2010 en la provincia de Lempira. El área total incluyó a todas las mujeres embarazadas identificadas en 87 centros de salud de la provincia de Lempira, y los datos se obtuvieron de los informes del Registro de Mujeres Embarazadas (LISEM). El número total a finales de 2009 era 8.148; tomando en cuenta una prevalencia estimada del 50% y un margen de error del 5%, obtuvimos una muestra de 367 gestantes, distribuidas proporcionalmente entre los 28 municipios del departamento. Las mujeres fueron entrevistadas durante el embarazo (cuando participaron en el estudio) y al final del embarazo. Los criterios de inclusión fueron: fecha del último período menstrual conocido y fecha de nacimiento en 2010. Resultados: De las 367 gestantes incluidas en el estudio, se conoció el resultado del embarazo en 358 (97%). De los 9 embarazos restantes, 7 (2%) se perdieron y 2 (1%) tuvieron abortos espontáneos. excluidos del análisis. De las 358 pacientes analizadas, 27 (8%) tuvieron un parto prematuro con una edad gestacional promedio de 34 semanas (rango, 23-36 semanas), 285 (80%) dieron a luz en una institución y 73 (20%) dieron a luz en una institución. a nivel institucional. Cuando se desglosaron por ubicación, los nacimientos prematuros fueron el 8% en instituciones y el 7% fuera del hospital. La edad media de las mujeres con parto prematuro fue de 26 años (rango 15 a 46 años), 8/27 (30%) en la edad extrema



(35 años). El análisis descriptivo de casos mostró que 312/358 (88%) eran amas de casa por ocupación, 320/358 (89%) estaban casadas o convivían como estado civil, y entre las mujeres con parto prematuro esta proporción era de 23/27 (85%).). Del total de mujeres con bajo nivel educativo (educación primaria incompleta o nula), 18/27 (66%) tuvieron un parto prematuro y 186/331 (57%) tuvieron un parto a término. Entre las mujeres que tuvieron un parto prematuro, hubo 10/27 partos (37%) y 61/331 (19%) de 4 o más bebés. Para antecedentes de enfermedad crónica y embarazo múltiple, los datos informados fueron 5/358 (1%) y 6/358 (2%), respectivamente. El producto materno finalmente resultó en muerte perinatal en 8/27 (30%) nacimientos prematuros y 7/331 (2%) nacimientos prematuros. Los nacimientos prematuros varían de 0 a 20 por ciudad, y Gracias, Mapulaca, Guarita y La Virtud tienen tasas de nacimientos prematuros del 17% o más. Entre las variables analizadas para la exposición, se encontró que los siguientes factores estaban significativamente asociados con el parto prematuro: bacteriuria, RR 3,21 (IC 95%: 1,00–10,28; $p < 0,04$) y 3 o menos visitas de atención prenatal, RR 2,59 (95). %IC 1,20-5,60; $p < 0,01$) y multiparidad (>4 niños) RR 2,38 (IC 95% 1,14-4,97). Discusión: La población femenina incide en este resultado. Los factores significativamente asociados con el parto prematuro incluyen: bacteriuria, consistente con estudios de otros autores. 15 - 18, 20, 21 Estudios de Cuba, Costa Rica y Nicaragua 21, - 23 informaron factores significativamente asociados con el parto prematuro. La baja tasa de nacimientos prematuros observada en la atención prenatal es consistente con los resultados de este estudio. La fertilidad es un factor importante consistente con los resultados de México y Cuba. 15, 20,21 A diferencia de otros estudios, este estudio no encontró asociación



estadísticamente significativa entre variables sociodemográficas como edad, nivel educativo, estado civil, ocupación, altura y peso antes del embarazo.

ANTECEDENTES NACIONALES

En un estudio de investigación se afirma que, a nivel global, la prematuridad viene a ser la primera de las causas de mortalidad en los menores de cinco años. Las tasas de nacimientos prematuros vienen aumentando lo que conlleva a la necesidad de estudios de prevención e identificación temprana el estudio tuvo como objetivo Determinar la relación de los factores sociodemográficos y el riesgo de parto prematuro en gestantes del hospital Sergio Bernales en el periodo de 2019-2020 los materiales y métodos fueron: Estudio observacional, analítico, retrospectivo, y de casos control, se buscó cuantificar la relación entre los factores sociodemográficos y el riesgo de parto prematuro. Se usó una revisión de historias clínicas correspondientes al servicio de Ginecología-Obstetricia del hospital Sergio Bernales. Los datos obtenidos se estudiaron mediante el programa SPSS y se buscó una asociación mediante análisis bivariado. Resultados: Del estudio de 300 gestantes, se realizó el análisis para 100 gestantes con diagnóstico de parto pretérmino que constituyeron los casos y 200 gestantes como grupo control. En el análisis bivariado se obtuvo que el parto pretérmino estuvo asociado a procedencia rural o extranjera ($p < 0.01$); OR: 3.51 IC 95% = [2.03-6.06], edades extremas ($p < 0.01$); OR: 2.72 con un IC 95% = [1.53-4.85], y no afiliada al SIS ($p < 0.03$); OR: 2.59 con un IC 95% = [1.07-6.21]. finalmente, el estudio concluye con la procedencia rural o extranjera, edades extremas y no afiliada al SIS son factores asociados al riesgo de parto pretérmino. (30)



En otro estudio que lleva como principal título factores de riesgo materno y patologías Gineco-obstétricas están asociados a parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa -2021. Se realizó con el objetivo de determinar los factores de riesgo materno y patologías Gineco-obstétricas que están asociadas a parto pretérmino en gestantes. Metodología: nivel relacional, tipo analítico, transversal, retrospectivo. Diseño no experimental, transversal correlacional. Población de 264 y muestra de 157. Resultados: Con respecto a los factores sociodemográficos no se asociaron al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa – 2021 ya que los valores de P-value fueron superiores a 0.05. Pero los factores obstétricos solo la atención prenatal se asoció al parto pretérmino. Las patologías Gineco-obstétricas tampoco se asociaron al parto pretérmino, pero se identificó como principal patología a la infección del tracto urinario. Finalmente, si existió incidencia del parto pretérmino ya que el 69.4% de las madres presentó parto pretérmino tardío y de 30.6% el temprano. Conclusión: la atención prenatal es el factor de riesgo obstétrico asociado al parto pretérmino. (31)

En otro trabajo que investigo Choque que llevo como título: factores de riesgo obstétricos en el embarazo de adolescente estudio realizado en el Hospital Nacional Dos de mayo 2003. Lima – Perú. Se realizó un estudio retrospectivo y comparativo mediante un estudio de casos y controles sobre el desarrollo materno y los resultados del parto en mujeres embarazadas atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Nacional dos de mayo en el año 2003, estudiando 517 pacientes entre 2003 y 2017. Pacientes. En comparación con controles obtenidos durante el mismo período de servicio y estudio, a las edades



de 13 y 19 años, respectivamente. Al realizar un estudio estadístico de los resultados obtenidos, observamos que los porcentajes de frecuencia de la mayoría de las variables son diferentes, pero las más comunes entre los jóvenes en comparación con las mujeres embarazadas de 20 a 26 años son: infección del tracto urinario, desprendimiento prematuro de placenta, parto prolongado, cesárea, puntaje de Apgar de recién nacidos menor de 7 (el único con significación estadística), 8,9% anemia, 12,38% infección del tracto urinario y un enfoque de política de salud integral multidisciplinaria.

Otro trabajo elaborado por Fernando Parra V. (2013) en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Se encontró que el 75% de la población tenía educación secundaria, el 10% educación superior, el 5% educación primaria, el 0% analfabetos. En comparación con los estudios que realicé sobre el nivel de educación, nuestro estudio no encontró una asociación significativa con el parto prematuro consistente con lo descrito, aunque la mayoría pertenecía al grupo de educación secundaria. Se encontró que el 68,5% eran amas de casa, el 19,5% eran empresarios, el 9,0% eran agricultores y el 30% eran profesionales. Díaz, L. Los factores de riesgo asociados al parto prematuro fueron descubiertos durante trabajos de investigación realizados en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de la Universidad de San Martín de Porres de enero a junio de 2010. Lima dijo que las causas del parto prematuro son variadas, pero una de ellas es la edad, una infección vaginal en la madre y el parto prematuro en ella o su familia. Esto es lo que quería explorar en este proyecto de investigación y varios factores que pueden afectar el parto prematuro.



ANTECEDENTES REGIONALES.

Primeramente, se obtuvo como antecedente el trabajo de investigación que lleva como título factores relacionados a partos prematuros en gestantes que acuden al hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané-2022. Con el único objetivo: Determinar los factores relacionadas a partos prematuros en gestantes que acuden al hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané - 2022, los materiales y métodos utilizados fueron respecto al tipo de investigaciones básica, se realizó una investigación con diseño, no experimental que indica a observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos, transversal: se define como un tipo de investigación observacional que analiza datos de variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre una población muestra o subconjunto predefinido, tipo correlacional: busca evaluar la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o el grado de relación entre dos variables. Prospectivo se extraerá la información del hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané, la población del estudio estuvo constituido por 575 historias clínicas, la muestra estuvo conformada por 230 historias clínicas, como resultado: Se obtuvo que la prueba chi-cuadrado fue de 0,001 (significación asintónica bilateral), el cual es menor a 0.05 por lo tanto la prueba es SIGNIFICATIVA rechazando la Hipótesis nula y aceptando la Hipótesis alterna el cual indica que Los factores Sociodemográficos, maternos, fetales y ovulares se relacionan a partos prematuros en gestantes que acuden al Hospital Lucio Aldazabal Pauca Huancané 2022. Como conclusión: Se Determinó los factores relacionados a partos prematuros en gestantes que acuden al hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané- 2022 de la prueba chi-cuadrado fue de 0,001, los factores



Sociodemográficos, maternos, fetales y ovulares se relacionan a partos prematuros. (32)

2.3. MARCO CONCEPTUAL

EDAD: Las mujeres embarazadas más jóvenes tienen más probabilidades de tener un parto prematuro, mientras que las mayores son más propensas a someterse a una cesárea. Se han creado cinco grupos de edad: hasta 17 años, 18-19 años, 20-34 años, 35-39 años y más de 40 años.

ESTADO CIVIL: El estado civil es una variable considerada un marcador demográfico o demográfico asociado al embarazo y al resultado perinatal. En la literatura, varios artículos publicados en el campo de la salud pública han encontrado una correlación entre mujeres que se describen a sí mismas como "solteras, convivientes, casadas" y resultados fetales y neonatales adversos.

OCUPACIÓN: Las condiciones laborales son otro factor asociado con el parto prematuro. Muchos autores han encontrado una correlación entre trabajos que requieren trabajo físico, largos periodos de pie, demandas laborales variables, turnos nocturnos, etc. No hay que olvidar que las condiciones laborales y la posibilidad de mejorarlas están estrechamente relacionadas con el nivel socioeconómico de las mujeres.

GRADO DE INSTRUCCIÓN: El nivel educativo es una de las variables consideradas como marcador demográfico o poblacional asociado al embarazo y a los resultados perinatales, entre los que se encuentra el parto prematuro.



ALIMENTACIÓN: Los alimentos son lo que el cuerpo consume para cubrir las necesidades nutricionales (principalmente energía y desarrollo). No se debe confundir la alimentación con la nutrición, ya que esta última ocurre a nivel celular, mientras que la primera es el acto de ingerir alimentos. La nutrición puede ser autótrofa o heterótrofa.

MEDICION ANTROPOMÉTRICA DURANTE EL EMBARAZO: El seguimiento del estado de nutrición de la madre debe formar parte de la atención prenatal. El peso de una mujer embarazada en un determinado momento de su embarazo es el resultado de su peso anterior y su crecimiento hasta ese momento. Por el contrario, el peso apropiado durante el embarazo se asocia con la altura materna, que es desconocida para la mayoría de las mujeres de nivel socioeconómico más bajo.

PARIDAD: El nacimiento prematuro es un riesgo conocido tanto para la madre como para el bebé, y puede ocurrirles a las madres primerizas.

PRIMÍPARA: Se llama primípara a todas las mujeres que han tenido un solo hijo o un embarazo. La abertura externa de una mujer primípara permanece como un anillo rígido hasta que el cuello uterino desaparece por completo y sucumbe gradualmente a la atracción de la pared cervical.

MULTÍPARAS: Se llaman múltiparas a todas las mujeres que han tenido más de dos hijos o han tenido más de dos embarazos. Por el contrario, la dilatación se produce de forma diferente en las mujeres múltiparas, ya que la abertura externa creada por la contracción y rotura del músculo orbicular de los ojos ofrece mucha menos resistencia a la contracción durante los primeros partos.



INFECCIÓN URINARIA: Una infección del tracto urinario o cistitis es una afección común durante el embarazo y ocurre en aproximadamente el 8% de las mujeres embarazadas. Los síntomas de la cistitis incluyen ardor o dolor al orinar, aumento de la micción, malestar pélvico o dolor abdominal bajo y orina turbia o con sangre.

FLUJOS VAGINALES: Durante el embarazo, el flujo vaginal puede experimentar cambios debido a las fluctuaciones hormonales y a los ajustes naturales del cuerpo para mantener un entorno saludable para el desarrollo del bebé. El flujo vaginal en el embarazo generalmente aumenta en cantidad y puede volverse más espeso y de color blanco o amarillento.

ANEMIA: La anemia durante la gestación se refiere a una situación en la que los niveles de hemoglobina en la sangre de una mujer embarazada son inferiores a lo habitual.

RPM: Se denomina cuando transcurre antes del parto. Complica aproximadamente la mayoría de los nacimientos prematuros cada año.

PLACENTA PREVIA: El nombre placenta previa se refiere anatómicamente a la inserción de la placenta en el segmento uterino y clínicamente a diversos grados de sangrado.

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA: El desprendimiento de placenta, también conocido como desprendimiento de placenta, desprendimiento de placenta y hematoma retroplacentario, se refiere a la separación de la placenta que nutre el sitio de implantación uterina antes de que nazca el bebé.



PREMATURIDAD EXTREMA: Esta condición ocurre en aproximadamente el 0,25% de las mujeres embarazadas desde el nacimiento (22-27 semanas)

PREMATURIDAD MODERADA: Alrededor del 0,6% de los embarazos ocurren una semana antes del parto (28-31 semanas).

PREMATURIDAD LEVE: Alrededor del 3,0% de los embarazos ocurren cuando el parto ocurre entre semanas (32-36 semanas).



CAPÍTULO III

PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD

3.1. PLANIFICACIÓN

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Este trabajo de investigación se realizó con un enfoque cuantitativo descriptivo, transversal y causal.

- Un tipo de investigación que describe sistemáticamente características de una población, situación o área de interés se denomina modalidad descriptiva.
- Modo horizontal, ya que la encuesta se realiza en un momento concreto.
- El enfoque es cualitativo puesto que describe variables que se afirman previamente en el estudio.



- Tipo de causa, ya que se buscan causas específicas

POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

La población del estudio estuvo compuesta por las 180 mujeres embarazadas que dieron a luz en el Hospital Apoyo II-1 de Ilave y que fueron diagnosticadas con trabajo de parto prematuro durante los meses del estudio.

MUESTRA:

Dado que el tamaño de la muestra es un conjunto finito, el tamaño de la muestra se calcula mediante la siguiente fórmula:

Tamaño de muestra. Población. Para el cálculo de la muestra se consideró la población de mujeres embarazadas.

$$M = \frac{P \times Q}{\frac{E^2}{Z^2} + \frac{P \times Q}{UNIV.}}$$

Dónde:

M = tamaño de muestra

E= 0.05

Z= 1.69

P= 0.5

Q = 1 - 0.5=0, 5

M = muestra



$$M = \frac{P \times Q}{\frac{E^2}{Z^2} + \frac{P \times Q}{UNIV.}}$$

$$M = \frac{0,5 \times 0,5}{\frac{(0,05)^2}{(1,69)^2} + \frac{0,5 \times 0,5}{150}}$$

$$M = \frac{0.25}{\frac{0.0025}{3,8416} + \frac{0.25}{150}}$$

$$M = \frac{0,25}{0,00065 + 0,0043}$$

$$M = \frac{0,25}{0,00495}$$

$$M = 75$$

CRITERIOS PARA INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DEL ESTUDIO

INCLUSIÓN

Las participantes de la investigación son mujeres embarazadas de entre 15 y 45 años que han sido atendidas en el Hospital Apoyo II – 1 ILAVE debido a un diagnóstico de parto prematuro.

Estas mujeres han dado a luz en un rango de tiempo que va desde las 22 hasta las 36 semanas de gestación.

EXCLUSIÓN

- ❖ Mujeres que dieron a luz después de las 37 semanas de embarazo.
- ❖ Mujeres embarazadas entre 15 y 45 años que no asisten al Hospital Apoyo II – 1 ILAVE con un diagnóstico de parto prematuro.



OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Dimensiones	Indicadores	critério de valoración
1.-Independiente Factores maternos condicionantes	1.1.-Socio Demográfico	1.1.1.-Edad	15 a 24 años 25 a 34 años 35 a 45 años
		1.1.2.-Estado civil	Soltera Conviviente Casada
		1.1.3. -Ocupación	Ama de casa Comerciante Estudiante
		1.1.4.-Grado de instrucción	Analfabeta Primaria Secundaria Superior no universitario Superior universitario
	2.-Factores Nutricionales	2.1.-Alimentación	Bajo de nutrientes Equilibrada Alta en nutrientes
		2.2.- IMC	Bajo Normal Sobrepeso Obesidad
	3.-Factores Gineco- Obstétricos	3.1.-Paridad	Primípara Múltipara Gran múltipara
		3.2.-Complicaciones maternas	Infección del tracto urinario Flujos vaginales Anemia
		3.3.-Complicaciones ovulares	Ruptura prematura de membranas Placenta previa Desprendimiento prematuro de placenta Ninguno
	2.-Dependiente Parto Prematuro	2.1.-Tipos:	2.1.1.-Prematuridad extrema 2.1.2.-Prematuridad moderada 2.1.3.-Prematuridad leve



MATERIAL Y MÉTODOS

- El estudio se llevó a cabo en el Servicio de Obstetricia del Hospital Apoyo II – 1 ILAVE en la provincia el COLLAO, durante un lapso de tres meses.
- Las gestantes analizadas tenían entre 22 y 36 semanas de gestación.
- Se realizó un estudio utilizando un cuestionario estructurado en mujeres que dieron a luz prematuramente y asistieron al Hospital Apoyo II – 1 ILAVE.

TECNICAS UTILIZADAS PARA RECOPIRAR INFORMACIÓN Y DISPOSITIVOS EMPLEADOS PARA MEDIR DATOS.

Entre las técnicas y herramientas utilizadas para la recolección de datos en este proyecto de investigación cabe destacar: La investigación documental como técnica.

TÉCNICA: ENCUESTA, Es una técnica para obtener información sobre cuestiones sociológicas mediante un cuestionario previamente elaborado, a través del cual se conocen las opiniones o valoraciones de los sujetos seleccionados sobre un tema determinado. Por tanto, las herramientas de recogida de datos son las siguientes:

INSTRUMENTO: HOJA DE CUESTIONARIO, Un cuestionario es una herramienta básica de investigación. Los cuestionarios formulan una serie de preguntas que miden una o más variables. Esto permite observar los hechos desde la perspectiva de la evaluación de los hechos que hace el entrevistado o el entrevistado, limitando así la investigación a la evaluación subjetiva de este último.

3.2. EJECUCIÓN

TABLA 1

FACTORES MATERNOS CONDICIONANTES DE PARTO PREMATURO EN GESTANTES 15 A 45 AÑOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL APOYO II-1 DE ILAVE JULIO – SETIEMBRE 2023

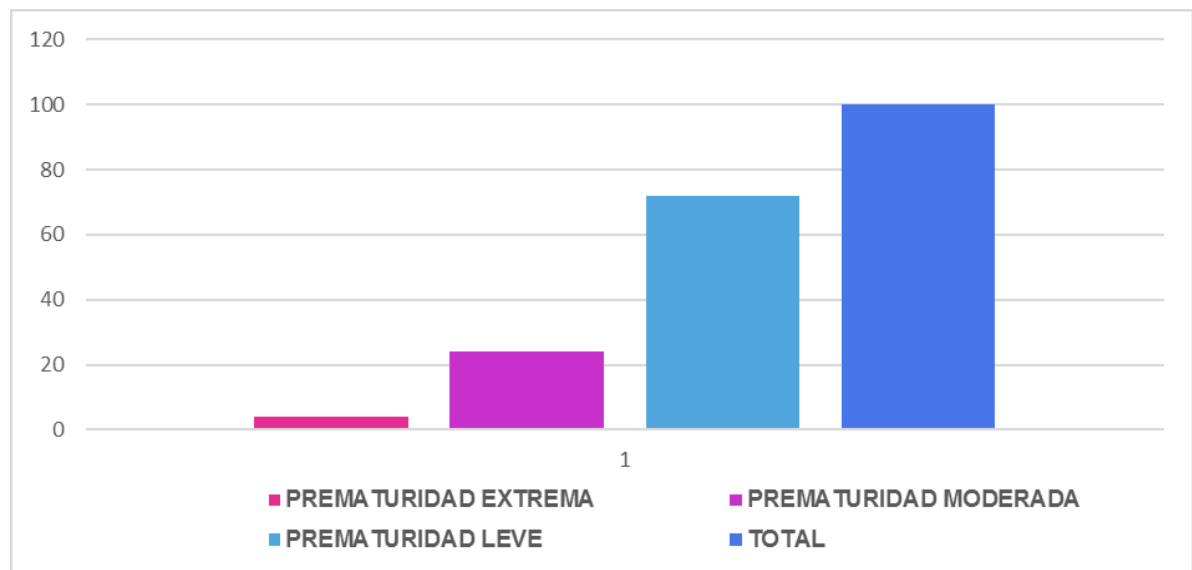
TIPO DE PARTO PREMATURO EN GESTANTES DEL HOSPITAL APOYO II-1 DE ILAVE 2023.

PARTO PREMATURO	f	%
Prematuro extrema	3	4
Prematuro moderada	18	24
Prematuro leve	54	72
Total	75	100

NOTA: Cuestionario de elaboración propia

FIGURA 1

TIPO DE PARTO PREMATURO EN GESTANTES DEL HOSPITAL APOYO II-1 DE ILAVE 2023.



NOTA: Tabla



La tabla y Figura 1. Nos permite dar salida a nuestro objetivo específico

1. Determinar los tipos de parto prematuro más frecuentes

Del 100% de los casos estudiados, en cuanto al tipo de parto prematuro, el 72% tuvo 54 casos de parto prematuro leve, el 24% - 18 casos de parto prematuro moderado y el 4% - 3 casos de parto prematuro extrema.

Basado en: Juvenal Calderón Guillén. El estudio se realizó en el Primer Hospital Regional del Instituto Mexicano del Seguro Social en Querétaro. Determinación del tipo de parto prematuro 1. La edad gestacional en el 70% de los casos se sitúa entre las 32 y 36 semanas. 2. Edad de 28 semanas a 31 semanas, que corresponde al 20%. 3. El 10% tiene menos de 27 semanas. Esta complicación del parto ocurre en el 5-10% de todos los nacimientos. Los resultados fueron similares a los obtenidos en este estudio.

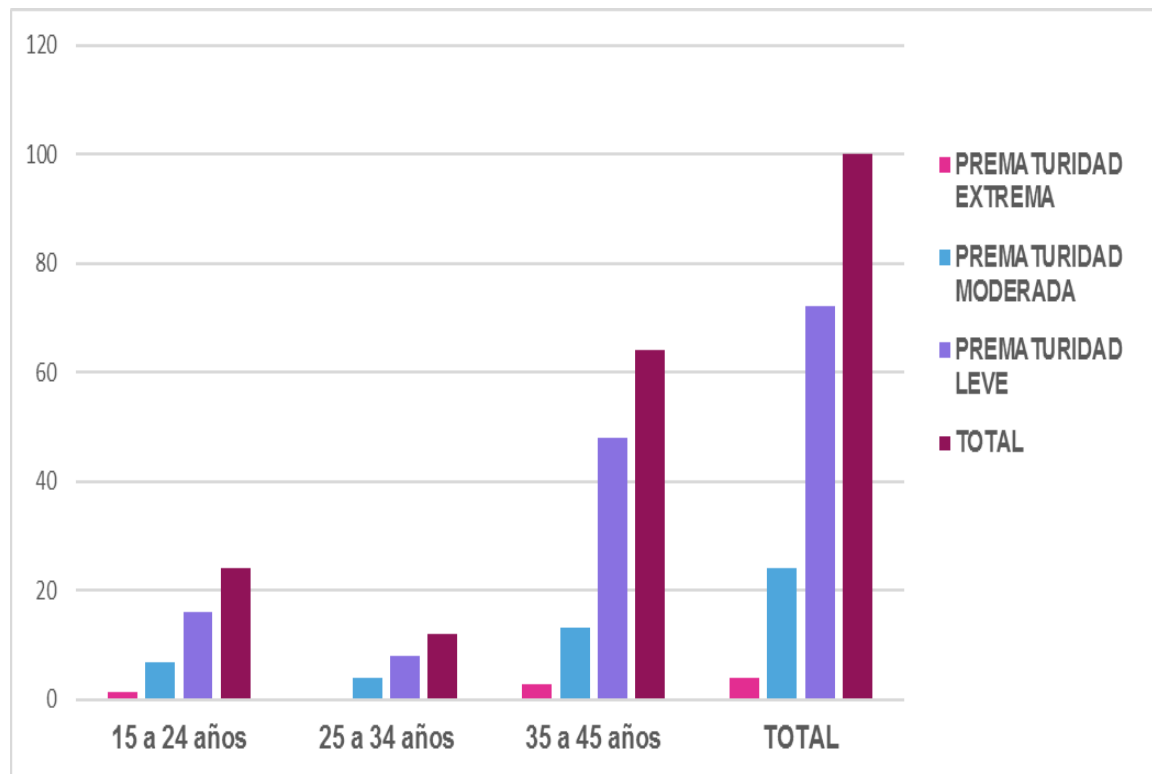
TABLA 2

EDAD Y SU RELACIÓN PARTO PREMATURO EN GESTANTES DEL HOSPITAL APOYO II- 1 DE ILAVE 2023.

EDAD	PARTO PREMATURO							
	EXTREMA		MODERADA		LEVE		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
15 a 24 años	1	1.3	5	6.7	12	16.0	18	24.0
25 a 34 años	0	0.0	3	4.0	6	8.0	9	12.0
35 a 45 años	2	2.7	10	13.3	36	48.0	48	64.0
TOTAL	3	4.0	18	24.0	54	72.0	75	100

NOTA: Cuestionario de elaboración propia

FIGURA 2



NOTA: Tabla 2



La tabla y la Figura 2 nos permiten alcanzar nuestro objetivo específico 2. Comprender los antecedentes sociodemográficos (edad, estado civil, ocupación y educación) que contribuyen al parto prematuro en mujeres embarazadas. Entre los nacimientos prematuros variables relacionadas con la edad, el 4% (3) fueron extremadamente prematuros, el 24% (18) fueron moderadamente prematuros y el 72% (54) fueron con parto prematuro leve. En cuanto a la variable edad, el 24% (18) del 100% de los casos tenían entre 15 y 24 años, el 12% (9) casos entre 25 y 34 años y el 64% (48) casos entre 35 y 45 años. Entre las mujeres de 15 a 24 años, 1 caso fue extremadamente prematuro, lo que corresponde al 1,3%; 5 casos fueron moderadamente prematuros, correspondientes al 6,7%; y 12 casos fueron ligeramente prematuros, lo que corresponde al 16,0%. En mujeres de 25 a 34 años se encontraron 0 casos, correspondientes al 0,0% de los partos extremadamente prematuros; 3 casos representan un 4,0% de partos prematuros moderados y 6 casos representan un 8,0% de partos prematuros leves. Entre las mujeres de 35 a 45 años, el 2,7% (10 casos) tuvo un parto prematuro extremo, el 13,3% tuvo un parto prematuro moderado y 36 casos (48%) tuvieron un parto prematuro leve.

Factores asociados al parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago de Chile, 2012, según Alfredo Ovalle, Elena Kakarieka, Gustavo Rencoret, Ariel Fuentes, María José del Río, Carla Morong, Pablo Benites. Revisión de nacimientos prematuros de recién nacidos (vivos o muertos) entre 22 y 34 semanas de gestación observados en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Borja Arriarán del 1 de enero a junio de 2007 para examen histopatológico de placenta. Investigación Sexual 2009- 30-02.



Factores que conducen al parto prematuro: 17,2% (70/407) jóvenes (< 20 años), 60,2% (245/407) mujeres de 20 a 34 años) y 22,6% (92/407) mujeres embarazadas tardías (35 años) y más viejo). El nacimiento antes de las 30 semanas fue del 38,6% (157/407) y el nacimiento después de las 30 semanas fue del 61,4% (250/407).

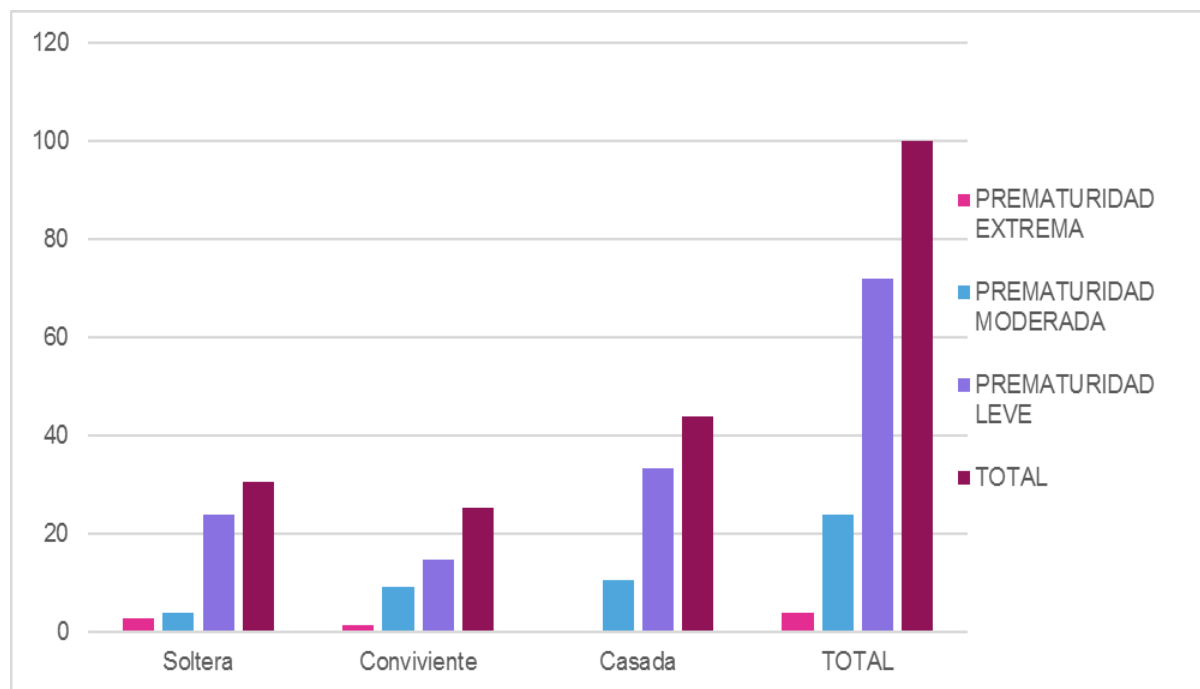
TABLA 3

ESTADO CIVIL Y SU RELACIÓN PARTO PREMATURO EN GESTANTES DEL HOSPITAL APOYO II-1 DE ILAVE 2023.

ESTADO CIVIL	PARTO PREMATURO							
	EXTREMA		MODERADA		LEVE		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Soltera	2	2.7	3	4.0	18	24.0	23	30.7
Conviviente	1	1.3	7	9.3	11	14.7	19	25.3
Casada	0	0.0	8	10.7	25	33.3	33	44.0
Total	3	4.0	18	24.0	54	72.0	75	100

NOTA: Cuestionario de elaboración propia

FIGURA 3



NOTA: Tabla 3



La tabla y la Figura 3 nos permiten alcanzar nuestro objetivo específico 2. Comprender los antecedentes sociodemográficos (edad, estado civil, ocupación y educación) que contribuyen al parto prematuro en mujeres embarazadas. Se observó parto prematuro variable relacionado con el estado civil en el 100% de los casos, el 4% (3) fue extremadamente prematuro, el 24% (18) fue moderadamente prematuro y el 72% (54) fue prematuro leve. De nacimiento. En cuanto a las variables de estado civil, el estado civil soltero representó el 30,7%,(23) casos el estado civil conviviente el 25,3%(19) casos y el estado civil casado 44,0%(33) casos del 100% de los casos. Entre las mujeres solteras, 2 casos representaron el 2,7% de los partos prematuros extremos, 3 casos representaron el 4,0% de los partos prematuros moderados y 18 casos representaron el 24,0% de los partos prematuros leves.

Entre las mujeres en matrimonios comunes se encontró 1 caso de parto prematuro extremo, lo que corresponde al 2,7%; 7 casos de parto prematuro promedio, correspondientes al 9,3%; y 11 casos de parto prematuro leve correspondientes al 14,7%. Entre las mujeres casadas, el 0,0% eran extremadamente prematuras, 8 eran moderadamente prematuras, 25 eran moderadamente prematuras y 25 eran levemente prematuras, lo que corresponde al 33,3%. Según Riva, N. Factores de riesgo para parto pretérmino espontáneo en gestantes Yaniracocha – Hospital de Apoyo Pucallpa Lima 2, 2004. Las principales características demográficas fueron: estado civil, convivencia, 83%.

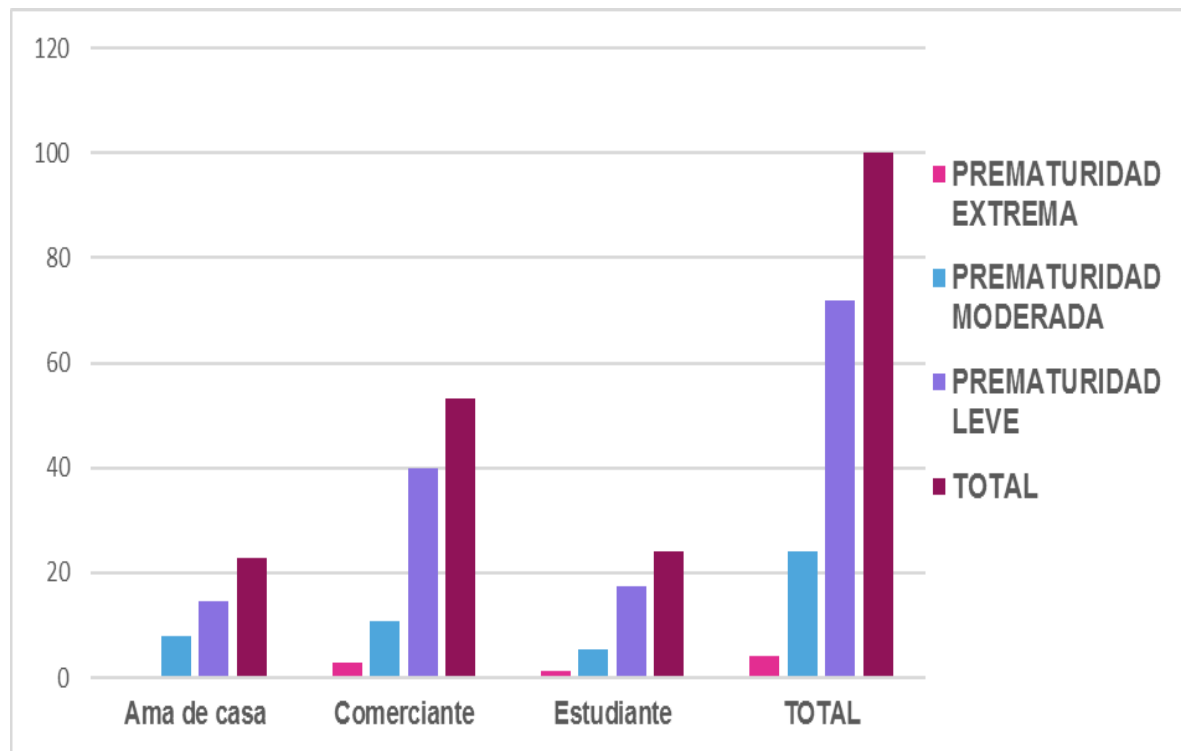
TABLA 4

OCUPACIÓN Y SU RELACIÓN PARTO PREMATURO EN GESTANTES DEL HOSPITAL APOYO II-1 DE ILAVE 2023.

OCUPACIÓN	PARTO PREMATURO							
	EXTREMA		MODERADA		LEVE		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Ama de casa	0	0.0	6	8.0	11	14.7	17	22.7
Comerciante	2	2.7	8	10.7	30	40.0	40	53.3
Estudiante	1	1.3	4	5.3	13	17.3	18	24.0
Total	3	4.0	18	24.0	54	72.0	75	100

NOTA: Cuestionario de elaboración propia

FIGURA 4



NOTA: Tabla 4



La tabla y la Figura 4 nos permiten alcanzar nuestro objetivo específico 2. Comprender los antecedentes sociodemográficos (edad, estado civil, ocupación y educación) que contribuyen al parto prematuro en mujeres embarazadas. Se observó parto prematuro variable relacionado con la ocupación en el 100% de los casos, el 4% (3) fue extremadamente prematuro, el 24% (18) fue moderadamente prematuro y el 72% (54) fue prematuro leve. Con base en las variables de profesiones, en el 100% de los casos la ocupación de ama de casa es del 22,0%, la ocupación de empresario es del 53,3% y la ocupación de estudiante es del 24,0%. Entre las amas de casa hubo 0 casos, lo que representa el 0,0% de los partos extremadamente prematuros; 6 casos representan un 8,0% de parto prematuro moderado y 11 casos representan un 14,7% de parto prematuro leve. En el grupo de mujeres profesionales se presentaron 2 casos que representan un 2,7% de parto prematuro extremo, 8 casos que representan un 10,7% de parto prematuro moderado y 30 casos que representan un 40,0% de parto prematuro leve. Entre estudiantes y trabajadoras hubo 1 caso de parto extremadamente prematuro, correspondiente al 2,7%; 4 casos de parto prematuro moderado correspondientes al 5,3% y 13 casos de parto prematuro leve correspondientes al 17,3%.

Según un estudio realizado por Fernando Parra Velarde (2013) en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, se encontró que el 68,5% eran amas de casa, el 19,5% eran empresarios, el 9,0% eran agricultores y el 30% eran profesionales.

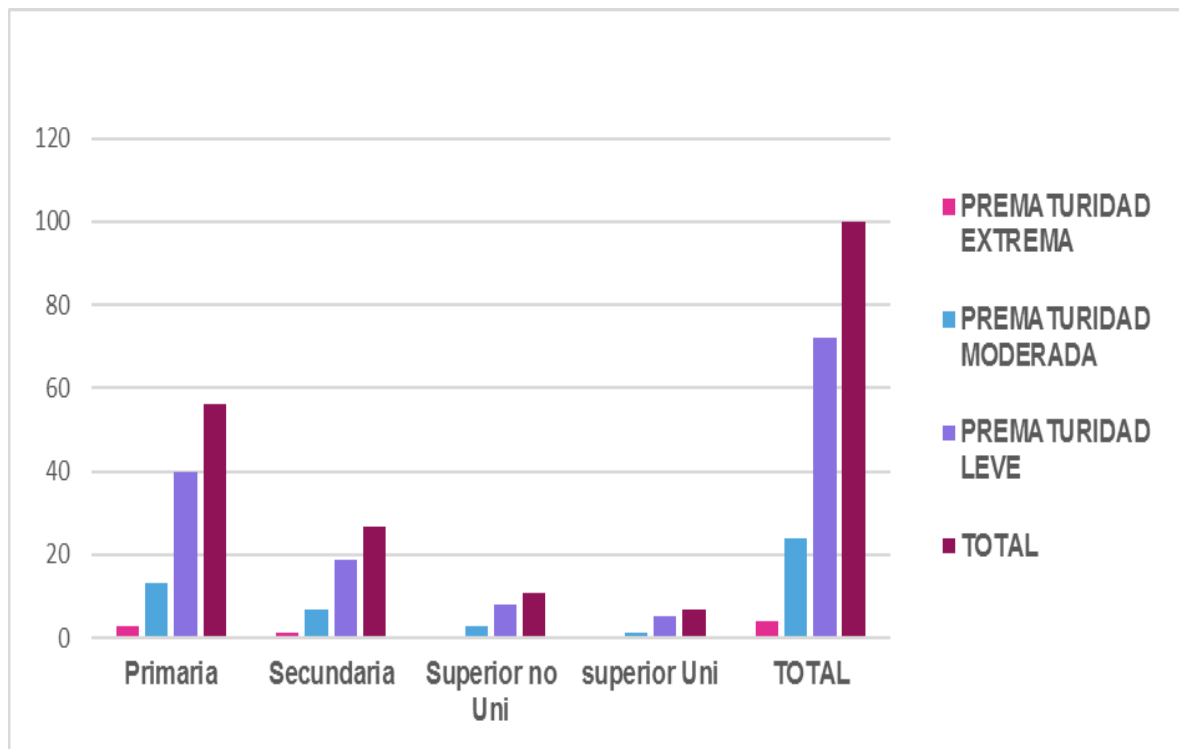
TABLA 5

GRADO DE INSTRUCCIÓN Y SU RELACIÓN PARTO PREMATURO EN GESTANTES DEL HOSPITAL APOYO II-1 DE ILAVE 2023.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	PARTO PREMATURO							
	EXTREMA		MODERADA		LEVE		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Primaria	2	2.7	10	13.3	30	40.0	42	56.0
Secundaria	1	1.3	5	6.7	14	18.7	20	26.7
Superior no uni.	0	0.0	2	2.7	6	8.0	8	10.7
Superior uni.	0	0.0	1	1.3	4	5.3	5	6.6
Total	3	4.0	18	24.0	54	72.0	75	100

NOTA: Cuestionario de elaboración propia

FIGURA 5



NOTA: Tabla 5



La tabla y la Figura 5 nos permiten alcanzar nuestro objetivo específico 2. Comprender los antecedentes sociodemográficos (edad, estado civil, ocupación y educación) que contribuyen al parto prematuro en mujeres embarazadas. Las variables de parto pretérmino asociadas al nivel educativo se observaron en el 100% de los casos, el 4% (3) apareció como extremadamente prematuro, el 24% (18) fue moderadamente prematuro y el 72% fue prematuro. (54 casos) mostraron parto prematuro leve. Si analizamos las variables del nivel educativo, en el 100% de los casos el nivel educativo primario representó el 56,0%, el nivel educativo secundario el 26,7% y el nivel educativo superior no universitario el 10,7% y el 6,6%. Mayor nivel de educación. Entre las mujeres con educación primaria, 2 casos representaron el 2,7% de los partos prematuros extremos, 10 casos representaron el 13,3% de los partos prematuros moderados y 30 casos representaron el 40,0% de los partos prematuros leves. Entre las mujeres con educación secundaria se encontró 1 caso de parto extremadamente prematuro, correspondiente al 1,3%; 5 casos de parto prematuro moderado correspondientes al 6,7% y 14 casos de parto prematuro leve correspondientes al 18,7%. Entre las mujeres sin educación universitaria o más, 0 casos fueron extremadamente prematuros (0,0%), 2 fueron moderadamente prematuros (2,7%) y 6 fueron ligeramente prematuros (8,0%). Entre las mujeres con título universitario o superior, 0 casos fueron extremadamente prematuros (0,0%), 1 fue moderadamente prematuros (1,3%) y 4 fueron ligeramente leve (5,3%).

Compárese con el estudio realizado por Fernando Parra Velarde del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Se encontró que el 75% de la población tenía educación secundaria, el 10% educación superior, el 5% educación primaria, el



0% analfabetos. En comparación con los estudios que realicé sobre el nivel de educación, nuestro estudio no encontró una asociación significativa con el parto prematuro consistente con lo descrito, aunque la mayoría pertenecía al grupo de educación secundaria.

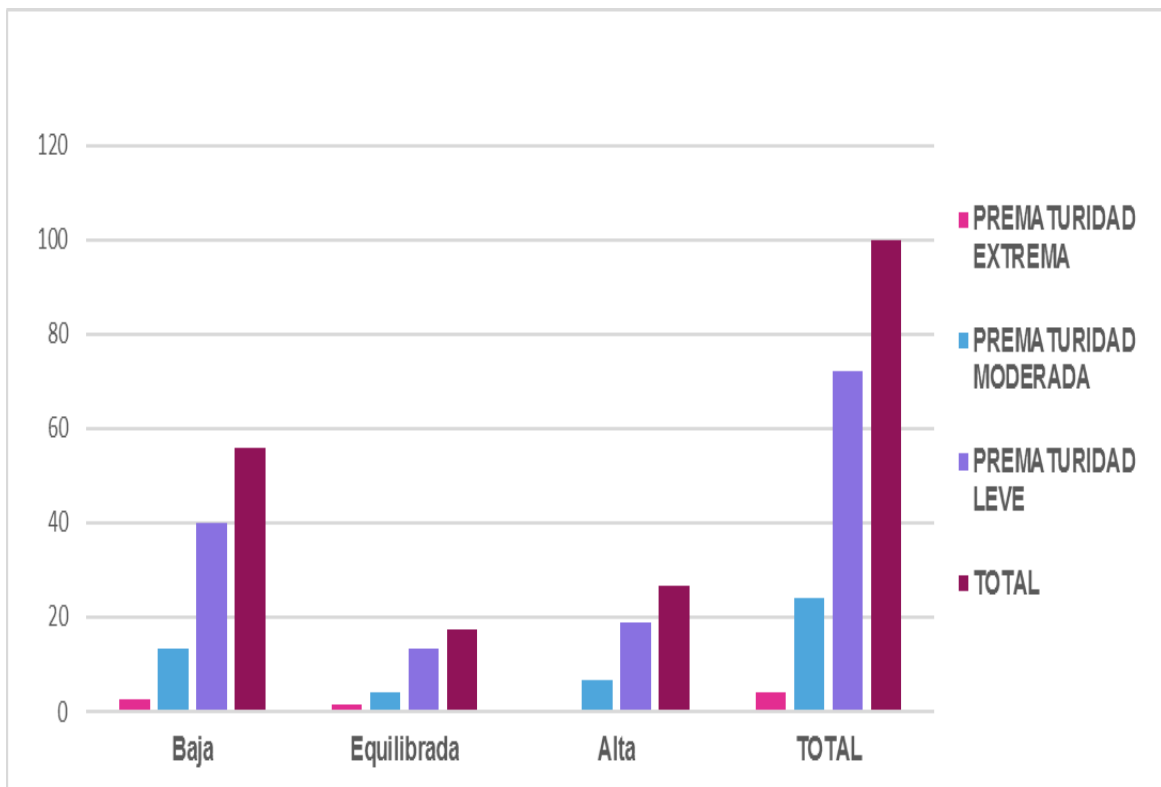
TABLA 6

ALIMENTACIÓN Y SU RELACIÓN PARTO PREMATURO EN GESTANTES DEL HOSPITAL APOYO II- 1 DE ILAVE 2023.

ALIMENTACIÓN	PARTO PREMATURO							
	EXTREMA		MODERADA		LEVE		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Baja	2	2.7	10	13.3	30	40.0	42	.56.0
Equilibrada	1	1.3	3	4.0	10	13.3	13	.17.3
Alta	0	0.0	5	6.7	14	18.7	20	.26.7
Total	3	4.0	18	24.0	54	72.0	75	.100

NOTA: Cuestionario de elaboración propia

FIGURA 6



NOTA: Tabla 6



Tablas y Figura 6. Demos en el blanco 3. Determinar los factores nutricionales (dieta e índice de masa corporal) que contribuyen al parto prematuro en mujeres embarazadas. El parto prematuro variable relacionado con la alimentación se observó en el 100% de los casos, el 4% (3) fue extremadamente prematuro, el 24% (18) fue moderadamente prematuro y el 72% (54) fue prematuro leve. En cuanto a las variables alimentarias, el 56,0% del 100% se encontraba desnutrido, el 17,3% estaba desnutrido y el 26,7% estaba desnutrido. En el grupo de mujeres desnutridas, 2 casos representaron el 2,7% de los partos prematuros extremos, 10 casos representaron el 13,3% de los partos prematuros moderados y 30 casos representaron el 40,0% de los partos prematuros leves. En el grupo de mujeres que consumieron una dieta equilibrada hubo 0 casos, correspondientes al 0,0% de los partos extremadamente prematuros; 3 casos representan un 4,0% de parto prematuro moderado y 10 casos representan un 13,3% de parto prematuro leve. En el grupo de mujeres bien alimentadas, un caso fue extremadamente prematuro, lo que corresponde al 1,3%; 5 casos fueron moderadamente prematuros, correspondientes al 6,7%; y 14 casos fueron ligeramente prematuros, lo que corresponde al 18,7% parto prematuro leve.

Factores de riesgo para parto prematuro en gestantes de Ciego de Ávila, Cuba, 2007-2012, según estudio Silvia Estelbina Retureta Milan, Lainys María Rojas Álvarez, Marta Estelbina Retureta Milan. Estudio de análisis de casos y controles realizado en el municipio de Ciego de Ávila para analizar los factores de riesgo asociados al parto prematuro entre 2009 y 2012. El estado nutricional de la gestante en el momento del reclutamiento y su desarrollo durante el embarazo son factores estrechamente relacionados con las complicaciones. De hecho, en



los estudios, estos factores tuvieron una correlación estadísticamente significativa con la tasa de nacimientos prematuros. Existe evidencia científica de que existe una relación entre el bajo peso materno, el aumento de peso insuficiente durante el embarazo, el RCIU y el parto prematuro; la desnutrición produce inmunodeficiencia, lo que facilita la invasión bacteriana y provoca diversos grados de infección. Provocando un proceso inflamatorio que puede provocar un parto prematuro.

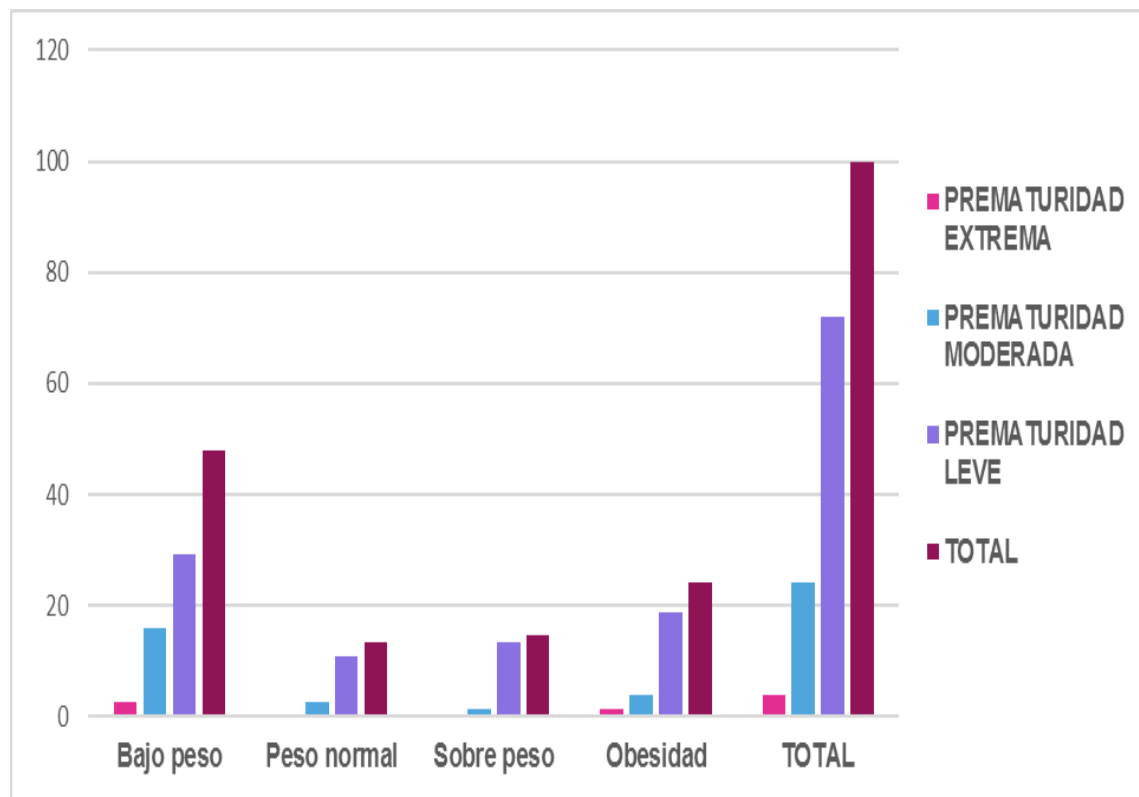
TABLA 7

ÍNDICE MASA CORPORAL Y SU RELACIÓN PARTO PREMATURO EN GESTANTES DEL HOSPITAL APOYO II- 1 ILAVE 2023.

IMC	PARTO PREMATURO							
	EXTREMA		MODERADA		LEVE		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Bajo peso	2	2.7	12	16.0	2.2	29.3	36	48.0
Peso normal	0	0.0	2	2.7	8	10.7	10	13.3
Sobre peso	0	0.0	1	1.3	10	13.3	11	14.7
Obesidad	1	1.3	3	4.0	14	18.7	18	24.0
Total	3	4.0	18	24.0	54	72.0	75	100

NOTA: Cuestionario de elaboración propia

FIGURA 7



NOTA: Tabla 7



Tablas y Figura 7. Demos en el blanco 3. Determinar los factores nutricionales (dieta e índice de masa corporal) que contribuyen al parto prematuro en mujeres embarazadas. Entre las variables de parto prematuro asociadas con el índice de masa corporal (IMC), del 100% de los casos, el 4% (3) fueron extremadamente prematuros, el 24% (18) fueron prematuros moderados y el 72% (54) tuvieron un parto prematuro leve. Para la variable índice de masa corporal, el 48,0% del 100% tenían bajo peso, el 13,3% eran normales, el 14,7% tenían sobrepeso y el 24,0% tenían sobrepeso. Indicador. Las mujeres con IMC bajo tuvieron 2 casos, lo que representa el 2,7% de los partos extremadamente prematuros; 12 casos representan un 16,0% de parto prematuro moderado y 22 casos representan un 29,3% de parto prematuro leve. En el grupo de mujeres con índice de masa corporal normal se encontraron 0 casos, correspondientes al 0,0% de los partos prematuros extremos, 2 casos al 2,7% de los partos prematuros moderados y 8 casos al 10,7% de los partos prematuros leves. En el grupo de mujeres peso por peso, hubo 0 casos que representaron un 0,0% de parto prematuro extremo, 1 caso que representó un 1,3% de parto prematuro moderado y 10 casos que representaron un 13,3% de parto prematuro leve. En mujeres obesas con IMC, 1 caso representó el 1,3% de los partos prematuros extremos, 3 casos representaron el 4,0% de los partos prematuros moderados y 14 casos representaron el 18,7% de los partos prematuros leves.

Según Riva, N. 2004, Yaniracocha-Pucallpa Lima Segundo Hospital de Apoyo a Factores de Riesgo de Parto Pretérmino Espontáneo en Mujeres Embarazadas. Los factores que aumentan el parto prematuro espontáneo incluyen: antecedentes de parto prematuro y amenaza de parto prematuro en el embarazo actual. No se ha demostrado correlación con el índice de masa corporal.

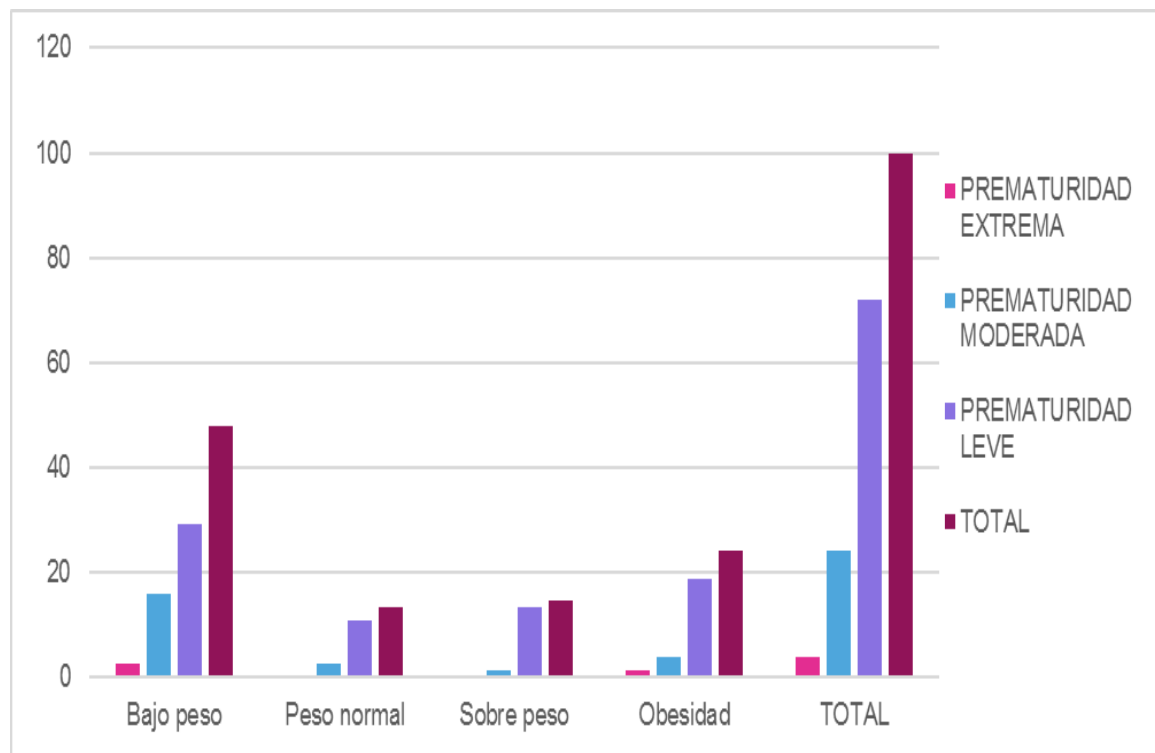
TABLA 8

PARIDAD Y SU RELACIÓN PARTO PREMATURO EN GESTANTES DEL HOSPITAL APOYO II-1 DE ILAVE 2023.

PARIDAD	PARTO PREMATURO							
	EXTREMA		MODERADA		LEVE		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Primípara	1	1.3	4	5.3	20	26.7	25	33.3
Múltipara	0	0.0	2	2.7	6	8.0	8	10.7
Gran múltipara	2	2.7	12	16.0	28	37.3	42	56.0
Total	3	4.0	18	24.0	54	72.0	75	100

NOTA: Cuestionario de elaboración propia

FIGURA 8



NOTA: TABLA 8



Tablas y figura 8. Danos la oportunidad de alcanzar el Objetivo 4. Identificar los factores obstétricos y ginecológicos (paridad, complicaciones maternas y complicaciones de la ovulación) que contribuyen al parto prematuro en mujeres embarazadas. Se observó parto prematuro variable relacionado con la paridad en el 4% (3) como extremadamente prematuro, el 24% (18) como moderadamente prematuro y el 72% (18) como moderadamente prematuro. Caso (54) diagnosticado de parto prematuro leve. En cuanto a las variables de paridad, la tasa de primiparidad 100% fue del 33,3%, la tasa de parto múltiple fue del 10,7% y la tasa de parto múltiple fue del 56,0%. Entre las nulíparas hubo 1 parto prematuro grave, correspondiente al 1,3%; 4 casos de parto prematuro moderado, correspondientes al 5,3%; y 20 casos de parto prematuro leve, correspondientes al 26,7%. En el grupo de parto múltiple, 0 casos fueron extremadamente prematuros (0,0%), 2 fueron moderadamente prematuros (2,7%) y 6 fueron levemente prematuros (8,0%). En el grupo de partos múltiples, 2 casos representaron el 2,7% de los partos prematuros extremos, 12 casos representaron el 16,0% de los partos prematuros moderados y 28 casos representaron el 37,3% de los partos prematuros leves.

Fany Patricia García Cotto, Fabián Braun Cruz, Carlos Zúñiga Mazier Sagde. Factores asociados al parto prematuro en la provincia de Lempira, Honduras, 2010. Las mujeres que dieron a luz a término (37%) tuvieron 4 o más hijos en comparación con las mujeres que dieron a luz a término (19%).

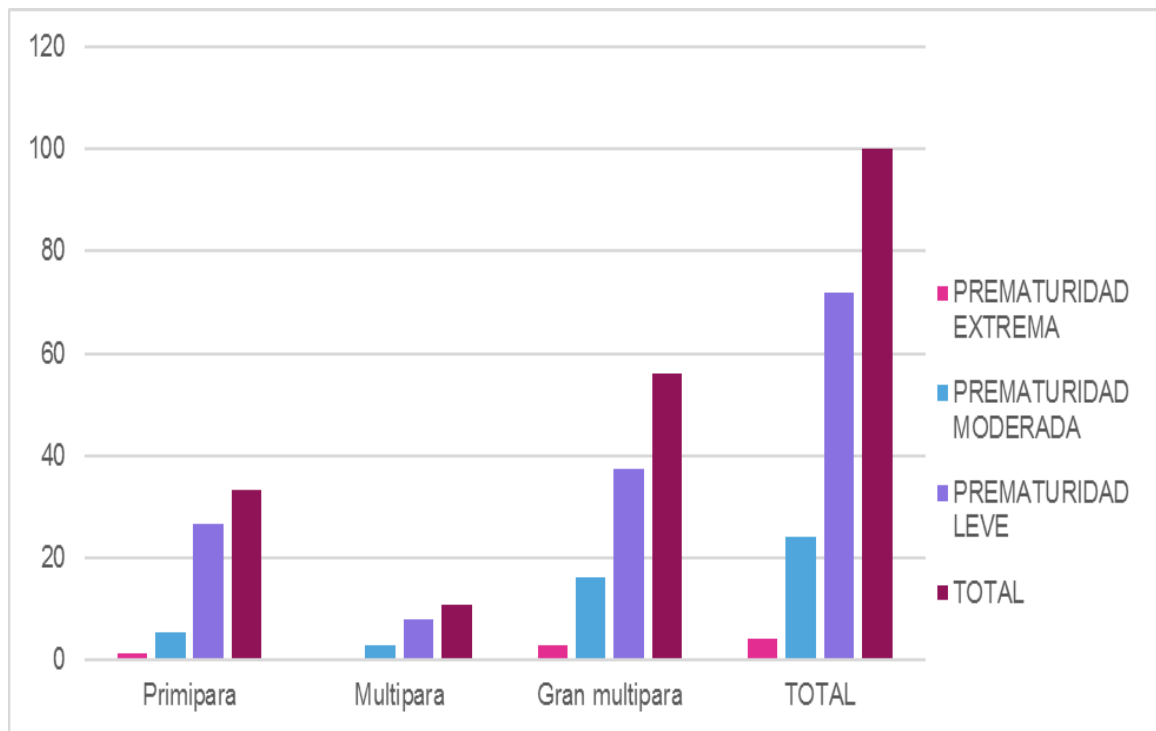
TABLA 9

COMPLICACIÓN MATERNA Y SU RELACIÓN PARTO PREMATURO EN GESTANTES DEL HOSPITAL APOYO II-1 DE ILAVE 2023.

COMPLICACIÓN MATERNA	PARTO PREMATURO							
	EXTREMA		MODERADA		LEVE		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
ITU	2	2.7	12	16.0	44	58.7	58	77.3
Flujo vaginal	1	1.3	5	6.7	6	8.0	12	16.0
Anemia	0	0.0	1	1.3	4	5.3	5	6.7
Total	3	4.0	18	24	54	72	75	100

NOTA: Cuestionario de elaboración propia

FIGURA 9



NOTA: Tabla 9



Tablas y Figura 9. Logremos nuestros objetivos específicos 4. Identificar los factores obstétricos y ginecológicos (paridad, complicaciones maternas y complicaciones de la ovulación) que contribuyen al parto prematuro en mujeres embarazadas. El parto prematuro variable asociado a complicaciones maternas se observó en el 100% de los casos, presentándose como prematuro extremo el 4% (3), prematuro moderado el 24% (18) y prematuro leve el 72% (54). En cuanto a diversas complicaciones maternas, en el 100% de los casos, el 77,3% tuvo complicaciones de infección del tracto urinario materno, el 16,0% tuvo complicaciones de leucorrea materna y el 6,7% tuvo complicaciones de anemia materna. En el grupo de complicaciones de ITU materna, hubo 2 casos que representaron el 2,7% de los partos muy prematuros, 12 casos que representaron el 16,0% de los partos prematuros moderados y 44 casos que representaron el 58,7% de los partos prematuros leves. En el grupo de complicaciones de leucorrea materna hubo 1 parto extremadamente prematuro, correspondiente al 1,3%; 5 casos de parto pretérmino moderado correspondientes al 6,7% y 6 casos de parto pretérmino leve correspondientes al 8,0%. En el grupo de mujeres con anemia por complicaciones maternas se encontraron 0 casos, correspondientes al 0,0% de los partos prematuros extremos, 1 caso que representa el 1,3% de los partos prematuros moderados y 4 casos que representan el 5,3% de los partos prematuros leves.

Según un estudio realizado en 2003 en el Hospital Nacional Dos de Mayo por Choque F. Durante el estudio estadístico de los resultados obtenidos, observamos que la mayoría de las variables tienen diferentes porcentajes de frecuencia. Sin embargo, el síntoma más común que experimentan las mujeres embarazadas



entre 20 y 26 años es una infección del tracto urinario. El estudio actual produjo resultados similares. La conclusión es que una infección del tracto urinario puede afectar las membranas del feto y provocar su rotura, lo que puede provocar el parto o provocar contracciones.

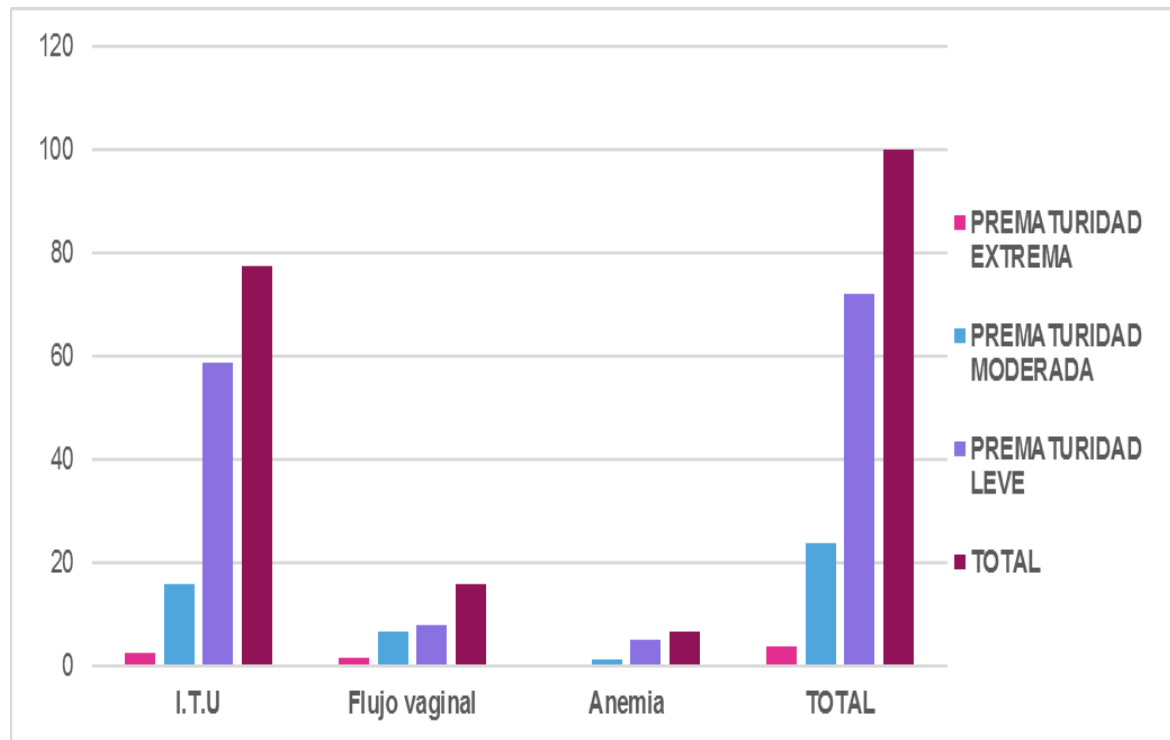
TABLA 10

COMPLICACIÓN OVULAR Y SU RELACIÓN PARTO PREMATURO EN GESTANTES DEL HOSPITAL APOYO II-1 DE ILAVE 2023.

COMPLICACIÓN OVULAR	PARTO PREMATURO							
	EXTREMA		MODERADA		LEVE		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
RPM	2	2.7	12	16.0	42	56	56	50.4
Placenta Previa	1	1.3	3	4.0	6	8.0	10	22.4
DPP	0	0.0	2	2.7	2	2.7	4	12.8
Ninguna	0	0.0	1	1.3	4	5.3	5	14.4
Total	3	4.0	18	24.0	54	72.0	75	100

NOTA: Cuestionario de elaboración propia

FIGURA 10



NOTA: Tabla 10



La tabla y la figura 10 nos permiten alcanzar el objetivo 4. Identificar los factores obstétricos y ginecológicos (paridad, complicaciones maternas y complicaciones de la ovulación) que contribuyen al parto prematuro en mujeres embarazadas. El parto prematuro variable asociado a complicaciones ováricas se observó en el 100% de los casos, el 4% de los casos (3) se presentaron como extremadamente prematuros y el 24% de los casos (18) fueron moderadamente prematuros, el 72% de los casos (54 casos) con prematuridad leve. Parto. En cuanto a diversas complicaciones ováricas, del 100% de los casos, el 74,7% tuvo rotura prematura de membranas, el 13,3% tuvo placenta previa, el 5,3% tuvo desprendimiento prematuro de placenta y el 6,7% no tuvo complicaciones ováricas. En el grupo de mujeres con complicaciones foliculares de PROM, hubo 2 casos que representan el 2,7% de los partos prematuros extremos, 12 casos que representan el 16,0% de los partos prematuros moderados y 42 casos que representan el 56,0% de los partos prematuros leves. En el grupo de complicaciones ováricas PP, 1 caso fue extremadamente prematuro (1,3%), 3 casos fueron prematuros moderados (4,0%) y 6 casos fueron prematuros leves (8,0%). En el grupo de mujeres con complicaciones foliculares de la DPP, hubo 0 casos correspondientes al 0,0% de los partos prematuros extremos, 2 casos que representan el 2,7% de los partos prematuros moderados y 2 casos que representan el 2,7% de los partos prematuros leves. En mujeres sin complicaciones ovulatorias, 0 casos representaron el 0,0% de los partos prematuros extremos, 1 caso representó el 1,3% de los partos prematuros moderados y 4 casos representaron el 5,3% de los partos prematuros leves.



Según Díaz, L. Se estudiaron los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el Hospital Nacional Guillermo Almerada Irigoyen de la Universidad de San Martín de Porres de enero a junio de 2010. Lima 2012. Los resultados correspondieron a 81 pacientes diagnosticadas con parto prematuro. El 21% de los partos prematuros están asociados con rotura prematura de membranas, lo que se encuentra en el rango de tasas de incidencia como Agard-Tillery (2005) demostró que la incidencia de rotura prematura de membranas en partos prematuros está entre el 30% y el 40%, y Favian . (2008) observaron que el 11,67% presentó rotura prematura de membranas.



3.3 RESULTADOS

Objetivos: Determinación de factores maternos condicionantes de parto pretérmino en gestantes de 15 a 45 años atendidas en el Hospital Apoyo II – 1 de ILAVE Octubre - Diciembre 2023. **Material y Métodos:** El presente trabajo de académico se realizó de modalidad descriptivo transversal, de enfoque cuantitativo de tipo causal, donde la población estuvo constituida por todas las mujeres gestantes que ingresaron con el diagnóstico de parto prematuro. La técnica aplicada fue la encuesta. **Resultados:** Más frecuentemente según trabajo académico; corresponde a prematuridad leve (32 a 36 semanas) con 72%. Dentro de ellos antecedentes factores Gineco - obstétricos que influye con parto prematuro en mujeres embarazadas con más frecuencia complicaciones maternas de infección tracto urinaria con 77.3%, edad 35 a 45 años con 64%, grado de instrucción primaria 56%, alimentación bajo nutrientes 56%, índice paridad gran múltipara 56%, ocupación comerciantes 53.3%, complicaciones ovulares ruptura prematuro de membranas 50.4%, menos frecuencia de factores riesgos parto prematuridad en masa corporal bajo peso 48%, estado civil casado 44%. **Conclusiones:** 1) Los factores maternos condicionantes (socio demográfico, factores nutricionales, factores Gineco Obstétrico), son los que condicionan, frecuentemente de parto prematuridad LEVE. 2) Los factores maternos condicionantes Socio – Demográficos más frecuente al parto prematuridad son: Edad, grado de instrucción, Ocupación. 3) Los factores Nutricionales más frecuente al parto prematuridad es alimentación. 4) Los factores Gineco Obstétricos más frecuente al parto prematuridad son: Complicación materna y Complicación ovular.



CONCLUSIONES

PRIMERA. -Los factores condicionantes maternos (socio-demográficos, nutricionales, obstétricos y ginecológicos) son factores que contribuyen al parto prematuro y se encontraron asociaciones significativas entre los factores estudiados.

La frecuencia de parto prematuro según su tipo de parto en nuestra investigación se obtuvo el parto prematuro leve (32 a 36 semanas) con un 72%, parto prematuro moderada (28 a 31 semanas) con un 24% y parto prematuro extremo (20 a 27 semanas) con el 4%.

SEGUNDA. - De las condiciones sociodemográficas y factores maternos (edad, estado civil, ocupación y educación) que inciden en el parto prematuro en las mujeres embarazadas, el parto prematuro ocurre con mayor frecuencia en mujeres embarazadas de 35 a 45 años, que representa el 64% del total. El mayor número de mujeres casadas en el país Frecuente, representa el 44% de los casos, en ocupación más frecuencia comerciante en la cual representa el 53% de los casos, más educación, escuela primaria, representa el 56% de los casos, todo el contenido fue verificado con la ayuda de cuestionarios

TERCERA. - Dentro las factoras maternas, se encontró que los factores nutricionales (alimentación, IMC) que afectan el parto prematuro materno eran más comunes, junto con la desnutrición baja, 56%, y el



índice de masa corporal, 48% de los casos. Todo se comprobó mediante cuestionarios.

CUARTA. -Los factores maternos que afectan el parto prematuro en mujeres embarazadas incluyen factores obstétricos y ginecológicos (paridad, complicaciones maternas y complicaciones de la ovulación), un gran multiparas de partos (de los cuales el 56% son partos prematuros leves), complicaciones maternas, infecciones del tracto urinario, etc. Haz un impacto. Entre ellos, representa el 77,3% de los nacimientos prematuros leves; entre las complicaciones ovulares, (rotura prematura de membranas), representa el 50,4% de los partos prematuros leves, todos ellos examinados mediante cuestionarios.



RECOMENDACIONES

Las recomendaciones contenidas en este trabajo científico están de acuerdo con las investigaciones y conclusiones realizadas:

PRIMERA. - A las obstetras del servicio de obstetricia del Hospital Apoyo II-1 Ilave

Mejorar la calidad del parto prematuro y del diagnóstico prenatal y prestar más atención a los factores predisponentes mencionados en el trabajo académico. Proporcionar servicios integrales, oportunos y eficaces a madres e hijos, familias y comunidades para prevenir el parto prematuro.

SEGUNDA. - Al Equipo de salud del Hospital Apoyo II-1 Ilave Mejorar la calidad

del parto prematuro y del diagnóstico prenatal y prestar más atención a los factores predisponentes mencionados en el trabajo académico. Proporcionar servicios integrales, oportunos y eficaces a madres e hijos, familias y comunidades para prevenir el parto prematuro.

TERCERA. - A las autoridades del Hospital Apoyo II-1 Ilave Incrementar el número

de profesionales que brindan orientación y asesoramiento integral centrándose en los factores maternos que afectan el parto prematuro y reduciendo la desnutrición durante el embarazo.

CUARTA. - Al equipo profesional de salud Médicos, Obstetras y otros del Hospital

Apoyo II-1 Ilave Realizar exámenes ginecológicos y pruebas de laboratorio de forma oportuna y rápida para evitar complicaciones a la madre.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Euroresidentes.com, La edad de la Madre se asocia al tipo de parto [Sede Web]. España: Eurorecientes. Com; 2019- [Actualización 8 de Agosto de 2019; acceso 8 de Agosto de 2019] Disponibilidad en. <https://WWW.eurorecientes.com>
2. Wikipedia.org. Estado Civil [Sede Web] Asia: patrubot; 24 Abril del 2005[Actualizada en 10 de octubre del 2019; acceso 18 de octubre 2016].Disponibilidad en: http://es.wikipedia.org/wiki/estado_civil
3. Wikipedia.org. Estado Civil [Sede Web] Asia: patrubot; 24 Abril del 2005[Actualizada en 10 de octubre del 2019; acceso 18 de octubre 2016].Disponibilidad en: http://es.wikipedia.org/wiki/estado_civil
4. Wikipedia.org. Estado Civil [Sede Web] Asia: patrubot; 24 Abril del 2005[Actualizada en 10 de octubre del 2019; acceso 18 de octubre 2016].Disponibilidad en: http://es.wikipedia.org/wiki/estado_civil
5. Wikipedia.org. Estado Civil [Sede Web] Asia: patrubot; 24 Abril del 2005[Actualizada en 10 de octubre del 2019; acceso 18 de octubre 2019].Disponibilidad en: http://es.wikipedia.org/wiki/estado_civil
6. Clínica infantil. Nanos Granada.com, Causas y Consecuencias de un parto prematuro [Sede Web]. Granada: gordpress. Com; 2018. – [Actualización 23 de Julio de 2018; Acceso 23 de Julio de 2014]. Disponibilidad en: [https:// W. W. W. Clínica infantil Nanos Granada Wordpress. Com.](https://W.W.W.Clínica_infantil_Nanos_Granada_Wordpress.Com)
7. Wikipedia. Org. Ama de casa [Sede Web]. Asia: Wikipedia. Org; 2018- [Actualización 7 de Noviembre de 2019; Acceso 7 de Noviembre del 2019]. Disponibilidad en: [https://es.Wikipedia.Org.ama de casa.](https://es.Wikipedia.Org.ama_de_casa)



8. Wikipedia. Org. Comerciante [Sede Web]. Asia: Wikipedia.org; 2006- [Actualización 25 de Julio de 2019; Acceso 14 de Setiembre 2019] Disponibilidad en <https://es.wikipedia.org/comerciante>.
9. Wikipedia.Org. Estudiante. [sede web]. Asia: Wikipedia.org; 2019-[Actualización 7 de Noviembre Del 20019; Acceso d7 de Noviembre de 2019]. Disponibilidad. En [Https://es.wikipwdia.org/estudiante](https://es.wikipwdia.org/estudiante)
10. Vaughan DA, Cleary BJ y Murphy DJ. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynecology (2019).
11. SCHWARCZ R. FESCINA R. DUVERGES C. obstetra. 6ta Edición: Buenos Aires. El ateneo; 2005. P. 184.
12. SCHWARCZ R. FESCINA R. DUVERGES C. obstetra. 6ta Edición: Buenos Aires. El ateneo; 2005. P. 180.
13. ALVARADO J. 2da Edición: Perú. Apuntes Médicos del Perú; Apuntes médicos del Perú; 2010. P. 22
14. SHWARCZ R. FECSCINA R. DUVERGES C. OBSTETRICIA 6ta Edición, Buenos Aires: El Ateneo; 2005, P. 370.
15. CUNNIGHAM F. LEVENO K. BLOOM S. HAUTH J. ROUSE D. SPONG C. Williams obstetricia, 23^a Edición, México: Mc Graw-Hill interamericana; 2010; p.1034.
16. CUNNIGHAM F. LEVENO K. BLOOM S. HAUTH J. ROUSE D. SPONG C. Williams Obstetricia, 23^a Edición, México: Mc Graw-Hill interamericana; 2010; p.1036.



17. Wblogssl.com, flujos vaginales durante el embarazo 'Sede Web' Madrid (España)
Wblogssl.com; 2016-'Actualizacion 1 de junio del 2016; Acceso 11 de Agosto
2016' Disponible en [www.bebesymas.com/embarazo/el flujo vaginal](http://www.bebesymas.com/embarazo/el-flujo-vaginal).
18. SANCHEZ A. SIÑA E. Obstetricia, 4to Edición; Santiago Buenos Aires,
Mediterráneo, 2012. P. 1176.
19. SHWARCZ R. FESCINA R. DUVERGES C. Obstetricia, 6ta Edición, Buenos
Aires: El Ateneo, 2005. P.
20. CUNNIGHAM F. LEVENO K. BLOOM S. HAUTH J. ROUSE D. SPONG C.
Williams obstetricia, 23^a Edición, México: Mc Graw-Hill interamericana; 2010;
p.163.
21. SCHWARCZ. R. FECINA. R. DUVERGES. C. Obstetricia. 6ta edición: Buenos
Aires. El ateneo; 2005. P. 225.
22. SCHWARCZ. R. FECINA. R. DUVERGES. C. Obstetricia. 6ta edición: Buenos
Aires. El ateneo; 2005. P. 225.
23. SCHWARCZ. R. FECINA. R. DUVERGES. C. Obstetricia. 6ta edición: Buenos
Aires. El ateneo; 2005. P. 229.
24. DIAZ. V. MANUEL. Texto de la Cátedra de Pediatría. 4ta Edición: 2010:
25. SCHWARCZ. R. FECINA. R. DUVERGES. C. Obstetra 6ta Edición: Buenos Aires
el ateneo; 2005. P. 254.
26. ALVARADO. J. APUNTES DE Obstetricia. 3ra Edición: Lima – AMP; 2014. P. 285.
27. SCHWARCZ. R. FESCINA. R. DUVERGES. C. Obstetricia. 6ta Edición: Buenos
Aires. El ateneo; 2005. P. 257.
28. SANCHEZ. A. SIÑA. E. Obstetricia. 4ta Edición: Buenos Aires. Mediterraneo; P.
723.



29. Marin Bautista E, Ramos Martinez EA, Sanchez Ruiz Y. FACTORES DE RIESGO MATERNOS PRESENTES EN EL RECIEN NACIDO PREMATUTO. Tesis. El Salvador: Universidad de el Salvador, El salvador; 2022.
30. Chavez Mauricio D. Factores sociodemográficos en el riesgo de parto prematuro en gestantes del Hospital Sergio Bernales en el período de 2019-2020. Tesis. Lima: Universidad Rcardo Palma, Lima; 2022.
31. Guevara Cabrera DP. FACTORES DE RIESGO MATERNO Y PATOLOGÍAS GINECO-OBSTÉTRICAS ASOCIADAS A PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA- 2021. Tesis. pucallpa: UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN, Pucallpa; 2021.
32. Condori Pinto B, Quilla CM. factores relacionados a partos prematuros en gestantes que acuden al hospital lucio Aldazabal Pauca, huancane-2022. Tesis. Huancane: Univerdad Roselvet, Puno; 2022.



ANEXOS

CUESTIONARIO

Población: mujeres puérperas que dieron su parto prematuro

Señora lea Ud. Atentamente cada una de las preguntas y marque con una (x) la respuesta que considere correcta el presente tiene propósito de efectuar un estudio de investigación sobre parto prematuro en mujeres puérperas del Hospital Apoyo II-1 llave el presente es estrictamente con confidencial le suplicamos veracidad.

1.- ¿Cuál es su edad actual?

- a) 15a 24 Años
- b) 25 a 34 Años
- c) 35 a 45 Años

2.- ¿Cuál es su estado civil actual?

- a) Soltera
- b) Conviviente
- c) Casada

3.- ¿Cuál es su ocupación actual?

- a) Ama de casa
- b) Comerciante
- c) Estudiante

4.- ¿cuál es su grado de instrucción?

- a) Analfabeta
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior no universitario
- e) Superior universitario



5.- ¿cómo es su alimentación diaria?

- a) Baja:(Alimentación disminuida en carnes, pescado, huevos y leche o queso)
- b) Equilibrada:(consumía leche, carne, menestras, verduras y frutas)
- c) Alta:(alimentación en mayor en carnes, pescados huevos, yogurt o queso)

6. – ¿Cuál es su peso pre gestacional actual?

- a) Bajo peso
- b) Peso normal
- c) Sobrepeso
- d) Obesidad

7.- ¿Cuántos hijos tiene usted? (paridad)

- a) Primípara (un hijo)
- b) Multípara (dos hijos)
- c) Gran multípara (más de tres hijos)

8.- ¿Cuál es su Complicación materna actual?

- a) Infección del tracto urinario
- b) Anemia
- c) Flujos vaginales

9.- ¿Cuál es su complicación ovular actual?

- a) Ruptura prematura de membranas
- b) Placenta previa
- c) Desprendimiento prematuro de placenta
- d) Ninguno

10.- ¿Cuál es su gestación actual?

- a) 22 a 27 semanas
- b) 28 a 31 semanas
- c) 32 a 36 semanas



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	AÑO 2023							
	JUL	AGOS	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	MAR
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICO	X							
ELABORACIÓN DE TRABAJO ACADÉMICO		X						
PRESENTACIÓN TRABAJO ACADÉMICO		X						
APROBACIÓN TRABAJO ACADÉMICO			X					
EJECUCIÓN								
RECOLECCIÓN DE DATOS				X	X	X		
PROCESAMIENTO DE DATOS						X		
ANÁLISIS DE DATOS							X	
PRESENTACIÓN DE TRABAJO ACADÉMICO FINAL							X	
SUSTENTACIÓN DE TRABAJO ACADÉMICO								X



ADENDAS

RECURSOS A UTILIZADOS

MATERIALES	TOTAL
SERVICIOS DE INTERNET	S/100.00
MATERIAL DE IMPRESIÓN	S/ 400.00
MATERIAL DE ESCRITORIO	S/ 50.00
LIBROS	S/200.00
PASAJES	S/ 220.00
VIÁTICOS	S/ 200.00
CONSULTORÍA	S/ 200.00
APLICACIÓN DE ENCUESTAS	S/ 300.00
TOTAL	S/ 1760.00

FINANCIAMIENTO

El trabajo académico será financiado en su totalidad por el auto



ANEXO I
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

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

Formato digital

Fecha de entrega: _____

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: REYNA ISABEL AYAHUANI PUMA

Dirección: AV. AEROPUERTO SIGLO XX - AZANGARO

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 44002765

Teléfono: 916940826 email: ana-flor.1@hotmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: _____

Escuela Profesional o Mención: _____

Título o Grado Académico a optar: ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTETRIAS

Asesor: _____

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: FACTORES MATERNO CONDIONANTES DE PARTO PREMATURO EN
GESTANTES 15 A 45 AÑOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL APOYO II-1 DE
ZIVNE 2023

Palabras claves, (3 a 5 términos): _____

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

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, entré 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 - SE GOY



REYNA J. AY. P.

Firma de Autor

huella digital

22 DE JULIO 2024

Fecha