

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**FACTORES DE RIESGO Y PARTO PRETÉRMINO EN
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN DOS
HOSPITALES DE LA REGIÓN DEL CUSCO, 2020-2024**

PRESENTADO POR:

Br. OSCAR HILARIO SALAS CUSIHUAMAN

**PARA OPTAR AL TÍTULO
PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

ASESOR:

DR. GILDER ALFREDO ZEVALLOS
RODRIGUEZ

CUSCO - PERÚ

2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-303-2020-UNSAAC)

El que suscribe, **Asesor** del trabajo de investigación/tesis titulada: Factores de riesgo y parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en dos hospitales de la región del Cusco, 2020-2021

Presentado por: Salas Cusihwaman Oscar Hilario DNI N° 7307377

presentado por: DNI N°:

Para optar el título profesional/grado académico de Médico cirujano

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 2 veces, mediante el Software Antiplagio, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso de Sistema Antiplagio de la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 0.8 %.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No se considera plagio.	X
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las correcciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, quien a su vez eleva el informe a la autoridad académica para que tome las acciones correspondientes. Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y **adjunto** las primeras páginas del reporte del Sistema Antiplagio.

Cusco, 27 de Junio de 2025

GILDER A. ZEVALLOS RODRIGUEZ
GINECOLOGIA - OBSTETRICIA
MEDICINA FAMILIAR
CNP 45515
RNE 119
RNE 18763

Firma Gilder Alfredo Zevallos Rodriguez
Post firma.....

Nro. de DNI 40499883

ORCID del Asesor 0000-0001-6105-0819

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema Antiplagio: **oid:** 27259:467629717

OSCAR HILARIO SALAS CUSIHUAMAN

FACTORES DE RIESGO Y PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN DOS HOSPITALES DE LA RE

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::27259:467629717

Fecha de entrega

16 jun 2025, 10:24 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

16 jun 2025, 10:41 p.m. GMT-5

Nombre de archivo

TESIS FINAL OSCAR HILARIO SALAS CUSIHUAMAN.docx

Tamaño de archivo

876.4 KB

85 Páginas

20.136 Palabras

110.082 Caracteres

8% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 15 palabras)
- ▶ Trabajos entregados

Exclusiones

- ▶ N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 8%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios y a la Virgen de Guadalupe por darme la vida, la salud y la fortaleza para culminar esta etapa tan importante de mi formación profesional. También les agradezco por cuidar a mi familia y darles salud a todos los miembros lo que es mi mayor tranquilidad.

A mi madre, Juana Cusihuaman Mendoza, la mujer y el pilar de mi vida que me inspira a ser mejor persona. Gracias por enseñarme con el ejemplo, por brindarme un amor incondicional y por estar siempre presente, incluso en la distancia y en el silencio. Todos mis esfuerzos solo son resultados de sus acciones, cada página escrita, cada noche de desvelo y cada paso dado fue sostenido por su apoyo.

A mi padre, Edmundo Salas Cruz, por brindarme consejos y guiar mi camino, apoyándome cada día y no dejándome rendir, por brindarme su apoyo en cada paso de este camino. Gracias por creer en mí incluso en los momentos más difíciles.

A mis hermanos, Milagros, Sergio, Daniel y Trinidad quienes cada uno a su manera supo brindarme apoyo y darme esa fortaleza para culminar este trabajo aún en los momentos más difíciles, nunca encontrare las palabras suficientes para demostrarles cuando agradecido estoy con ellos.

A mi asesor de tesis, Dr. Gilder Zevallos Rodriguez, por su paciencia, orientación y compromiso constante durante el desarrollo de esta investigación. Su experiencia y dedicación han sido fundamentales para la culminación de este trabajo.

A mi alma mater Universidad San Antonio Abad del Cusco que me formó, por brindarme los conocimientos y herramientas que hoy aplico con responsabilidad y ética profesional.

Finalmente, a todas las personas que, de una u otra manera, formaron parte de este proceso: gracias por ser parte de este logro.

JURADO A

M.C. WILBERT SEGUNDO CARDENAS ALARCON

M.C. LENIN MANUEL GUTIERREZ VALENCIA

JURADO B

M.C. VICTOR AQUILINO BEJAR BRAVO

MGT. ABEL PAUCARMAYTA TACURI

M.C. LENIN MANUEL GUTIERREZ VALENCIA

	Pág.
CONTENIDO.....	4
INTRODUCCIÓN.....	6
RESUMEN.....	7
CAPÍTULO I.....	11
1.1. Planteamiento del problema.....	11
1.2. Antecedentes teóricos.....	13
1.3. Formulación del problema.....	19
1.3.1. Problema general.....	19
1.3.2. Problemas específicos.....	19
1.4. Objetivos de la investigación.....	20
1.4.1. Objetivo general.....	20
1.4.2. Objetivos específicos.....	20
1.5. Justificación de la investigación.....	20
1.6. Limitaciones de la investigación.....	21
1.7. Aspectos éticos.....	21
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	23
2.1. Marco teórico.....	23
2.2. Definición de términos básicos.....	35
2.3. Hipótesis.....	36
2.3.1. Hipótesis general.....	36
2.3.2. Hipótesis específicas.....	36
2.4. Variables.....	37
2.5. Definiciones operacionales.....	38
CAPÍTULO III: MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN.....	44
3.1. Tipo de investigación.....	44
3.2. Diseño de investigación.....	44
3.3. Población y muestra.....	45
3.3.1. Descripción de la población.....	45
3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión.....	45
3.3.3. Muestra. Tamaño de muestra y método de muestreo.....	45
3.4. Técnicas, instrumentos y procedimiento de recolección de datos.....	49
3.5. Plan de análisis de datos.....	50
CAPÍTULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	
4.1. Resultados	53
4.2. Discusión	63
4.3. Conclusiones	67
4.4. Sugerencias	68
PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.....	69
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	70

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
ANEXOS.....	75
ANEXO 1.- Matriz de consistencia.....	75
ANEXO 2.- Instrumento de investigación.....	80
ANEXO 3.- Cuadernillo de validación.....	83
ANEXO 4.- Validación del instrumento de investigación.....	95
ANEXO 5.- Autorización de los Hospitales de estudio.....	97

INTRODUCCIÓN

El parto prematuro (PP) es una de las condiciones obstétricas más importantes y prevalentes a nivel mundial, presentándose en el 11% de los embarazos, así mismo es la principal causa de mortalidad infantil, también provoca una elevada carga de morbimortalidad neonatal y discapacidad perinatal. De acuerdo con los últimos análisis situacionales en América Latina y el Perú es una condición que va en ascenso, la misma línea es seguida por el embarazo adolescente, este es un problema de salud mundial que está relacionado de por sí con una serie de complicaciones maternas y fetales, por tales motivos resulta crucial e imperativo estudiar los factores de riesgo que puedan influir en la presentación de esta patología en este grupo etario vulnerable de manera oportuna. El siguiente trabajo de investigación en cuestión se estructura en cuatro secciones fundamentales.

Capítulo I: Abordará el planteamiento del problema, donde se tratará el impacto del parto pretérmino en las gestantes adolescentes, se evidenciarán datos estadísticos que verifiquen que esta condición es la principal causa de morbimortalidad neonatal y que es una patología más frecuente con el paso de los años. Posteriormente se presentarán los antecedentes teóricos a nivel internacional, nacional y local que fortalecerán el proyecto de investigación y servirán de base para la discusión. También se abordará la justificación y posibles limitaciones que enfrentará el estudio.

Capítulo II: Abarcará el marco teórico que incluirá el estado del arte actual del parto pretérmino y sus posibles factores de riesgo. Posteriormente, se explicarán los términos básicos y se planteará la hipótesis general junto las específicas. Luego se concluirá el capítulo con la operacionalización de las variables.

Capítulo III: Se comenzará describiendo el tipo y diseño de investigación que se utilizará en el presente estudio. Posteriormente se calculará el tamaño de la muestra conforme a los criterios de inclusión y exclusión con ayuda de programas estadísticos, se explicará el instrumento, técnicas y procedimiento de recolección de datos para finalizar con la manera en que se realizará el análisis estadístico de estos.

Capítulo IV: Constara de los resultados obtenidos tras la realización del estudio, hallazgos que se compararan con estudios previos y el marco teórico en una sección de discusión. Para finalizar se darán a conocer las conclusiones y sugerencias derivadas del análisis.

RESUMEN

“Factores de riesgo y parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en dos hospitales de la región del Cusco, 2020-2024”

Salas OH

Antecedentes: El parto prematuro (PP) es una de las condiciones obstétricas más importantes y prevalentes a nivel mundial, así mismo es la principal causa de mortalidad infantil, de morbilidad neonatal y discapacidad perinatal, esta es una condición que va en ascenso, la misma línea es seguida por el embarazo adolescente que es un problema de salud pública que está relacionado de por sí con una serie de complicaciones maternas y fetales, por lo cual es imperativo realizar estudios de factores que influyan en el PP.

Objetivo: Identificar los factores de riesgo sociodemográficos, personales, obstétricos y patológicos maternos asociados al parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en dos Hospitales de la Región del Cusco, 2020-2024

Métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico de tipo casos y controles retrospectivo. Donde se recolectó datos de 240 historias clínicas maternas del servicio de Obstetricia de dos Hospitales de la Región del Cusco. Los datos obtenidos se transfirieron al programa de IBM – SPSS Statistics, donde se halló la frecuencia y porcentajes para el análisis univariado. Para el análisis bivariado se utilizó la prueba de Chi Cuadrado, y se logró estimar los OR. Para el análisis multivariado se utilizó el modelo de regresión logístico cumpliendo criterios estadísticos estrictos de multicolinealidad con el fin de encontrar los OR ajustados.

Resultados: Se encontró como media de edad los 16.65 años, viéndose que en el grupo de los casos el 75% correspondían a adolescencia tardía. Se halló asociación estadísticamente significativa con la variable personal de lugar de procedencia rural ORa: 1.57 (IC 95%:[1.14-2.85]; p=0.042), los factores de riesgo obstétricos fueron tener un periodo intergénésico corto (<2 años) ORa: 4.09 (IC 95%:[1.08-6.69]; p=0.045) y tener menos de seis controles prenatales ORa: 4.78 (IC 95%:[2.49-9.15]; p=0.001), también se vio que los factores de riesgo patológicos maternos fueron padecer de anemia gestacional ORa: 2.24 (IC

95%:[1.26-3.61]; $p=0.043$) y antecedente de infección de tracto urinario ORa: 2.78 (IC 95%:[1.47-5.25]; $p=0.002$). Por otra parte, los factores sociodemográficos no mostraron asociación.

Conclusión: Los factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes fueron zona de procedencia rural, periodo intergénésico corto, tener menos de seis controles prenatales, anemia gestacional y antecedente de infección de tracto urinario.

Palabras clave: Factores de riesgo, parto prematuro, gestantes adolescentes.

ABSTRACT

“Risk factors and preterm delivery in pregnant teenagers, cared for in two hospitals in the Cusco region, 2020-2024”

Salas OH

Background: Preterm birth (PP) is one of the most important and prevalent obstetric conditions worldwide, and is also the main cause of infant mortality, neonatal morbidity and mortality and perinatal disability. This is a condition that is on the rise, the same line is followed by teenage pregnancy, which is a public health problem that is related in itself with a series of maternal and fetal complications, so it is imperative to conduct studies of factors that influence PP.

Objective: To identify the sociodemographic, personal, obstetric and maternal pathological risk factors associated with preterm delivery in adolescent pregnant women attended in two hospitals in the Cusco Region, 2020-2024.

Methods: An observational, analytical, retrospective case-control study was carried out. Data was collected from 240 maternal medical records from the Obstetrics service of two hospitals in the Cusco region. The data obtained were transferred to the IBM - SPSS Statistics program, where the frequency and percentages were found for the univariate analysis. For the bivariate analysis, the Chi-Square test was used, and the ORs were estimated. For the multivariate analysis, the logistic regression model was used, complying with strict statistical criteria of multicollinearity in order to find the adjusted ORs.

Results: The mean age was 16.65 years, with 75% of the cases corresponding to late adolescence. A statistically significant association was found with the personal variable of rural origin ORa: 1.57 (95% CI: [1.14-2.85]; p=0.042), the obstetric risk factors were having a short inter-gestational period (<2 years) ORa: 4.09 (95% CI: [1.08-6.69]; p=0.045) and having less than six prenatal controls ORa: 4.78 (95% CI:[2.49-9.15]; p=0.001), it was also seen that the maternal pathological risk factors were having gestational anemia ORa: 2.24 (95% CI:[1.26-3.61]; p=0.043) and history of urinary tract infection ORa: 2.78 (95%

CI:[1.47-5.25]; $p=0.002$). On the other hand, sociodemographic factors showed no association.

Conclusion: The risk factors for preterm delivery in adolescent pregnant women were rural origin, short inter-gestational period, having less than six prenatal check-ups, gestational anemia and history of urinary tract infection.

Keywords: Risk factors, preterm delivery, adolescent pregnant women.

CAPÍTULO I

1.1. Planteamiento del problema

El parto prematuro o pretérmino es definido como el nacimiento vivo ocurrido posterior a las 21 semanas y previo a las 37 semanas de gestación, que pesa más de 500 gramos ⁽¹⁾. Se subdivide en prematuro moderado a tardío (32 a 37 semanas), muy prematuro (28 a 32 semanas) y extremadamente prematuro (menos de 28 semanas) según la edad gestacional, con riesgo de muerte, morbilidad y discapacidad proporcional al nivel de prematuridad ⁽⁴⁾.

Constituye uno de los problemas obstétricos importantes a nivel mundial, representa el 11% de los embarazos, al año nacen alrededor de 15 millones de bebés prematuros ⁽¹⁾. Es la principal causa de mortalidad infantil y provoca una elevada carga de morbilidad y mortalidad neonatal, contribuyendo hasta al 35% de todas las muertes de recién nacidos (edad <28 días) y al 18% de todas las muertes de niños menores de cinco años. También causa alrededor del 50% de las discapacidades perinatales ⁽³⁾.

A muchos de los supervivientes de nacimientos prematuros les espera toda una vida de mala salud, con discapacidades, dificultades de aprendizaje, deficiencias visuales y auditivas y enfermedades no transmisibles en la vejez, lo que les expone a un alto riesgo de complicaciones como enfermedades infecciosas, hemorragia intraventricular, insuficiencia respiratoria y afectación de otros sistemas ⁽²⁾.

Alrededor de 1,2 millones de bebés prematuros nacen cada año en América; en Perú, según el INEI, la prematuridad representó el 21,3% de los nacimientos registrados en 2021, un notable incremento respecto a años anteriores (19% en 2015), con un promedio de 30.000 bebés prematuros nacidos cada año que están menos preparados para enfrentarse al mundo exterior ⁽⁷⁾.

El 6,06% de los nacimientos en Cusco en el 2019 fueron prematuros, y el 68,05% de las muertes neonatales fueron pretérmino, tasa mayor al 60% del 2015. Esto indica que el medio local no ha logrado reducir significativamente la mortalidad neonatal en prematuros moderados a tardíos (32 a 36 semanas) a pesar de la existencia de medidas costo-efectivas que no necesariamente son de alta tecnología y ayudan a reducir el riesgo de muerte de estos recién nacidos. En el

caso de los prematuros de menos de 32 semanas de gestación, se ha observado un aumento de la proporción de muertes a lo largo del tiempo, principalmente en los prematuros muy extremos (>28 semanas) ⁽⁵⁾.

Dentro de los factores de riesgo destacan los factores maternos asociados con el parto prematuro, incluidos factores sociodemográficos como grado de instrucción (ORa: 3.50; IC 95%: 1.58–7.77), edad (OR: 1.4; IC 95%: 1.3-1.5), índice de masa corporal (OR: 1.6; IC 95%: 1.4-1.8), procedencia rural (ORa: 2.35; IC 95%: 1.56-3.55), raza, estado civil; obstétricos como primigestación (ORa 2.3; IC 95%: (1.3–4.0), antecedentes de interrupción del embarazo (ORa: 2.92; IC 95%: 1.91-4.47), antecedentes de prematuridad, antecedente de legrado uterino (OR:1.7; IC del 95%: 1.2-2.4), gestación múltiple (ORa: 3.60; IC 95%: 2.49-5.19), periodo intergenésico corto (ORa: 1.6; IC 95%: 1.2-2.1), atención prenatal; y patológicos como infecciones del tracto urinario (ORa: 5.27 ;IC 95 %: 2.98–9.31), infecciones vaginales, preeclampsia (ORa: 5.11; IC 95%: 3.73-7.01), ruptura prematura de membranas (ORa: 5.36; IC 95%: 3.76-7.64), anemia gestacional (ORa: 3.41; IC 95%: 2.1-5.56); así mismo los factores de riesgo pueden ser distintos en cada contexto sociodemográfico, además de modificarse con el tiempo ⁽⁶⁾⁽²²⁾.

En consecuencia, una de las dificultades más importantes a las que se enfrenta la sanidad pública contemporánea es la disminución y detección precoz de los factores de riesgo materno de prematuridad, un grave problema de salud pública que no deja de aumentar ⁽³⁾. La reducción de la mortalidad infantil y neonatal relacionada con los nacimientos prematuros y la consecución de los objetivos de desarrollo sostenible, como garantizar una vida sana y fomentar el bienestar para todos en todas las edades, dependen de que se aborde la carga que suponen los nacimientos prematuros ⁽⁵⁾.

La OMS estima que la adolescencia se sitúa entre los 10 y los 19 años. Por otra parte, el embarazo en la adolescencia es un problema de salud mundial que está relacionado con una serie de complicaciones maternas y fetales, como anemia, hipertensión, infecciones, toxemia, parto prematuro, amenaza de aborto y bajo peso al nacer de los recién nacidos. Incluso si sobreviven, pueden tener secuelas como retraso mental y defectos de cierre del tubo neural. Las adolescentes

representan entre el 15% y el 25% de los embarazos en los países pobres. Se calcula que 16 millones de adolescentes dan a luz anualmente en todo el mundo. La segunda tasa de fecundidad adolescente más alta del mundo se da en América Latina y el Caribe ⁽⁹⁾.

En nuestro país, según datos del INEI-ENDES 2021, 9 de cada 100 adolescentes entre 15 y 19 años son madres o están embarazadas por primera vez, viviendo la mayoría en zonas rurales y en el quintil más pobre ⁽¹⁰⁾. Si bien esta cifra ha disminuido desde 2019, se observa un leve aumento en 2021, pasando de 8,3% en 2020 a 8,9% en 2021. Asimismo, en 17 regiones del país, incluida la región Cusco, el porcentaje de adolescentes entre 15 y 19 años que alguna vez se embarazó ha aumentado de 4,6% a 4,8%, a pesar de ser relativamente bajo ⁽¹¹⁾.

En cuanto a los nacimientos prematuros en adolescentes, en nuestro país, en 2020 se registró un 23% de nacimientos prematuros en menores de 15 años frente a un 25,1% en 2019, y un 15,1% de nacimientos prematuros en adolescentes de 15 a 19 años en el mismo año, frente a un 15,3% en 2019. Se observa que en ambos casos, las tasas se mantienen, lo que indica que el problema se mantiene y no se aborda. ⁽¹²⁾. Asimismo, no existen datos del sector privado a nivel hospitalario en Cusco. A nivel público, en el Hospital Regional del Cusco, el riesgo de parto prematuro es una de las enfermedades más frecuentes en diversas etapas de la vida, incluyendo adolescentes (4,6%), jóvenes (5,3%) y adultos (4,8%). Según su propio análisis situacional, en 2019 se registraron 288 casos; esto incluye la importante condición de mortalidad perinatal, que reportó 128 muertes neonatales en 2019, de las cuales 56 (43,75%) fueron neonatos prematuros, es decir, casi la mitad ⁽³⁴⁾. Por lo tanto, podemos decir que el embarazo y la maternidad en la adolescencia se han vuelto más comunes y siguen siendo un problema para la salud pública, los derechos y las oportunidades de las mujeres y las niñas, y el desarrollo de la nación. También podemos decir que es crucial estudiar esta cuestión en el sector sanitario privado, que actualmente no se aborda a pesar de que puede ser una realidad del problema ⁽¹⁰⁾.

1.2. Antecedentes

Perez M, Chang J, Temming L, Carter E, Lopez J, et al (Estados Unidos 2020) en su estudio “Factores determinantes del riesgo de parto prematuro en adolescentes”, cuyo objetivo era examinar las tasas de parto prematuros y los factores de riesgo clínicos en adolescentes. Estudio de cohorte retrospectivo que utilizó los datos de natalidad de su país de 1.342.776 embarazos. Destaca en los resultados el RR obtenido para parto prematuro fue significativamente mayor en adolescentes (RR = 1.8; IC 95 % [1.70–1.90]; $p < 0.01$) que en adultos, Los factores de riesgo de parto prematuro incluían un índice de masa corporal bajo (RR = 1,49; IC del 95% [1,73-1,90]; $p < 0,01$), un aumento de peso bajo recomendado (RR = 2,51; IC del 95% [2,01-3,02]; $p < 0,01$), la raza asiática (RR = 2,10; IC del 95% [1,15-3,85]; $p < 0,01$) y la participación en programas de atención (RR = 0,55; IC del 95% [0,46-0,66]; $p < 0,01$). Así pues, se determinó concluyo que la raza asiática, el bajo IMC y el escaso aumento de peso gestacional se encontraban entre los factores de riesgo del mayor riesgo de parto prematuro de la población adolescente. ⁽¹⁴⁾.

Pusdekar Y, Patel A, Kurhe K (Bethesda- Estados Unidos 2020) en el estudio “Tasas y factores de riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer en los sitios de la red mundial en seis países de ingresos bajos y medianos bajos” cuyo objetivo era identificar la tasa y factores de riesgo asociados al parto pretérmino y bajo peso al nacer en seis pases del mundo. Estudio analítico de datos del Registro de Salud Materna y del Recién Nacido de 272 192 nacimientos. Dentro de los resultados se obtuvo que la tasa general de nacimientos prematuros en los sitios de estudio fue del 12,6 % y que los factores de riesgo asociados significativamente al parto pretérmino fueron la edad materna menor de 20 años (RR = 1.31; IC 95 % [1.26–1.37]; $p < 0.001$), educación informal (RR = 1.32; IC 95 % [1.23–1.41]; $p < 0.001$), primigestación (RR = 1.12; IC 95 % [1.07–1.16]; $p < 0.001$), menos de 4 controles de atención prenatal (RR = 1.66; IC 95 % [1.46–1.88]; $p < 0.001$), hemorragia anteparto severa (RR = 2.81; IC 95 % [2.49–3.18]; $p < 0.001$), trastornos hipertensivos (RR = 1.81; IC 95 % [1.68–1.95]; $p < 0.001$) y un índice de masa corporal (IMC) bajo (RR = 1.18; IC 95 % [1.15–1.22]; $p < 0.001$). En conclusión, la edad materna, la primigestación, las cifras bajas de control prenatal, la hemorragia grave anteparto, los trastornos hipertensivos y el índice

de masa corporal bajo resultaron ser factores de riesgo estadísticamente significativos de parto prematuro. ⁽⁹⁾.

Min J, Miskatul M, Dan L, Xianghua Y (Jiangsu –China 2018) en su estudio “Un estudio de casos y controles de los factores de riesgo y los resultados neonatales del parto prematuro”, cuyo objetivo fue examinar los factores de riesgo y los resultados neonatales del parto prematuro en el Hospital de la Provincia de Jiangsu. Estudio de casos y controles de 2656 pacientes, cuyos datos se obtuvieron de la base de datos informática del hospital. Según los resultados, las mujeres adolescentes tenían más probabilidades que las adultas de dar a luz antes de la fecha prevista (OR: 6,63; IC 95% [2,22-19,82]). Asimismo, con respecto a los factores clínicos correlativos, se encontró una asociación con las siguientes variables: antecedentes de embarazos previos (OR: 1,26; IC 95% [1,05-1,50]; p=0,01). 26; IC 95% [1,05-1,50]; p=0,01), hipertensión (OR: 4,60; IC 95% [2,11-10,3]; p=0,00), colestasis intrahepática del embarazo (ICP) (OR: 5,58; IC 95% [1,62-19,14]; p=0,006), retraso del crecimiento fetal (RCI) (OR: 3,39; IC 95% [1,01-11,37]; p=0,048), rotura prematura de membranas (RPM) (OR:4. 27; 95% CI [2.78-6.57] p=0.000), placenta previa (OR:3.90; 95% CI [1.39-10.93]; p=0.009), presentación anormal (OR:3.38; 95% CI [1.62-7.05]; p=0.001) y cuidados prenatales (OR:0.66; 95% CI [0.61-0.72]; p=0.000). El estudio concluyó que las siguientes covariables eran factores de riesgo de parto prematuro: placenta previa, presentación atípica, ICP, RFF, RPM, hipertensión y antecedentes de embarazo ⁽²⁰⁾.

Castillo R, Moyano G, Ortiz N, Villa C (Cuenca – Ecuador 2019) en su estudio “Factores de riesgo maternos asociados al parto pre término”, cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo maternos preconcepcionales y concepcionales asociados con el parto pretérmino. Estudio de tipo cuantitativo, observacional, analítico de casos y controles de 260 pacientes cuya información fue recolectada mediante historias clínicas y fichas técnicas. En comparación con otras patologías como la corioamnionitis o la bacteriuria asintomática (p>0,05), los resultados demostraron una asociación significativa entre el parto prematuro y los factores preconcepcionales de bajo nivel económico (OR: 2,29; IC 95% [1,35-3,88]; p=0,003), antecedentes de amenaza de parto prematuro (OR: 8. 45; IC 95% [1,04-8,63]; p=0,036), y antecedentes de infección del tracto urinario (ITU)

(OR: 5,52; IC 95% [1,55-19,56]; $p=0,036$), así como los factores conceptionales de infección del tracto urinario (OR: 3,48; IC 95% [2,03-5,96]; $p=0,000$) y vaginosis bacteriana (OR:12,33; IC 95% [2,82-37,70]; $p=0,000$). En consecuencia, se determinó que los antecedentes de parto prematuro, el bajo nivel económico, las infecciones del tracto urinario, la vaginosis y las ITU son factores de riesgo de parto prematuro ⁽¹⁷⁾.

Chavarría F (El Salvador 2019) en su estudio “Factores de riesgo relacionados con el parto prematuro en El Salvador” cuyo objetivo era determinar los factores de riesgo asociados al parto prematuro en El Salvador. En este estudio transversal analítico se utilizó un cuestionario para recopilar datos perinatales de 44891 mujeres que recibieron atención al parto. Se observó que el parto pretérmino se asociaba significativamente con las siguientes variables: edad <19 años y >35 años (OR: 1,20; IC 95% [1,12-1,29]; $p<0,01$), embarazo múltiple (OR: 14,16; IC 95% [11,06-18,13]; $p<0,01$), hipertensión arterial (OR: 2,46; IC 95% [1,88-3,21]; $p<0,01$), preeclampsia (OR: 2,20; IC 95% [1,69-2,86]; $p<0,01$), diabetes (OR: 4,77; IC 95% [4,77-2,86]; $p<0,01$). 86]; $p<0,01$), diabetes (OR: 4,77; IC 95% [3,55-6,40]; $p<0,01$), enfermedad cardíaca (OR: 2,25; IC 95% [1,04-4,87]; $p<0,01$) y control prenatal inadecuado (OR: 0,81; IC 95% [0,76-0,87]; $p<0,01$), mientras que no se encontró asociación con infección urinaria, eclampsia, nivel educativo y embarazo, entre otros ($p>0,05$). Se concluyó que el parto prematuro es más probable en mujeres que han tenido varios embarazos, presentan antecedentes clínicos de enfermedades crónicas o tienen antecedentes obstétricos de preeclampsia. ⁽¹⁹⁾.

Intaraphet S, Kongpechr S, Mahawerawat S, et al (Tailandia 2021) en su estudio “Factores de riesgo y resultados del parto prematuro entre madres adolescentes del noreste de Tailandia”, cuyo objetivo fue evaluar los factores de riesgo de parto prematuro y los resultados del embarazo en madres adolescentes. Estudio de cohorte retrospectivo de 9294 embarazos, los datos se obtuvieron de la base estadística del hospital. Según los resultados, la tasa de nacimientos prematuros entre estas madres adolescentes fue del 16,8%, y hubo una correlación significativa con las siguientes variables: IMC previo al embarazo <18,5 kg/m² (OR: 1,89; IC 95% [1,28-2,81]; $p<0,001$), aumento de peso <5 kg (OR: 5,11; IC 95% [2,96-8,81]; $p<0,001$), <4 visitas prenatales (OR: 5,16; IC 95%

[3,50-7,61]; $p < 0,001$), parto pretérmino previo (OR: 46,56; IC 95% [13,15-164,88]; $p < 0,001$) y RPM (OR: 4; IC 95% [2,20-8,11]; $p < 0,001$). Se determinó que el embarazo en la adolescencia debía tenerse en cuenta debido al alto riesgo de resultados desfavorables en el parto, y que los factores de riesgo independientes para el parto prematuro en madres adolescentes incluían un aumento de peso < 5 kg, un IMC bajo antes del embarazo, un aumento de peso < 4 visitas de control prenatal y la RPM. ⁽¹⁵⁾.

Abaraya M, Shemsi S, Amme S (Jimma- Etiopia 2018) en su estudio “Determinantes del parto prematuro en el Centro Médico de la Universidad de Jimma, suroeste de Etiopía”, cuyo objetivo fue descifrar los factores de riesgo asociados con los nacimientos prematuros. Estudio de casos y controles, cuyos datos fueron obtenidos de registros médicos de madres con 654 pacientes. Entre los resultados se observó los siguientes factores con asociación significativa: historial de nacimientos prematuros (ORa: 6.4; IC 95% [2.9-13.9]; $p < 0.0001$) antecedentes de mortinatos (ORa: 4.2; IC 95% [2.0-8.9]; $p < 0.0001$), anemia (ORa: 2.7; IC 95% [1.1-7.01]; $p < 0.05$), hemorragia anteparto (ORa: 8.1; IC 95% [3.5-18.5]; $p < 0.0001$), preeclampsia (ORa: 6.6; IC 95% [3.3-13.4]; $p < 0.0001$), RPM (ORa: 11.7; IC 95% [6.2-21.9]; $p < 0.0001$) hipertensión inducida por el embarazo (ORa: 6; IC 95% [2.3-15.6]; $p < 0.0001$) embarazos múltiples (ORa: 4.5; IC 95% [2.4-8.5]; $p < 0.0001$), intervalo de nacimiento < 2 años (ORa: 2.7; IC 95% [1.7-4.5]; $p < 0.05$) y menor o igual a 4 controles prenatales (ORa: 4.8; IC 95% [1.2-19]; $p < 0.0001$). Por ello se concluye que los antecedentes de partos prematuros previos, la preeclampsia, el éxtasis prematuro de membranas, la atención prenatal de menos de cuatro visitas, el intervalo entre nacimientos < 2 años y los embarazos múltiples tienen una posible relación causal con los partos prematuros ⁽¹⁶⁾.

Martínez G, Díaz J, Romero A (Villahermosa- México 2017) en su estudio “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes” cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en adolescentes que fueron atendidas en un hospital de segundo nivel en México. Estudio observacional, de casos y controles, retrospectivo y analítico, de 310 pacientes. Dentro de los resultados se obtuvo que los factores con significancia estadística fueron recibir la primera consulta prenatal en el tercer trimestre de

gestación (OR: 5.03; IC 95%: [1.4-17.8]; $p=0.0104$), patologías maternas tales como presencia de alteraciones de líquido amniótico (OR: 3.67; IC 95%: [1.4-9.4]; $p=0.0041$) y ruptura prematura de membranas (OR: 3.54; IC 95%: [1.8-6.9]; $p=0.0001$), además se observó que los factores de riesgo aumentan a menor edad gestacional. Se determinó que los trastornos del líquido amniótico, la rotura prematura de membranas y los cuidados prenatales inadecuados eran los factores de riesgo estadísticamente significativos relacionados con el parto prematuro. Además, los factores de riesgo de parto prematuro aumentaban significativamente a medida que disminuía la edad gestacional de las adolescentes embarazadas ⁽¹³⁾.

Murguía F, Indacoecha S, Roque J, et al (Lima- Perú 2021) en su estudio “Factores de riesgo maternos asociados a parto prematuro en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo año 2018 al 2019”, cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo maternos que predisponen a parto prematuro en gestantes adolescentes. Estudio analítico, observacional, retrospectivo, de tipo casos y controles de 180 pacientes, se utilizó como instrumento una ficha validada de recolección de datos. Según los resultados, la edad media de las madres era de 17,49 años. De ellas, el 71,7% de las embarazadas se encontraban en la adolescencia tardía (17-19 años). Las variables que resultaron estadísticamente significativas fueron la preeclampsia (OR: 3,714; IC 95% [1,122 - 12,301]; $p=0,032$), la infección urinaria (OR: 3,863; IC 95% [1,508 - 9,896]; $p=0,005$) y la anemia (OR: 2,074; IC 95% [1,075 -4,0001]; $p=0,030$). La infección vaginal ($p=0,205$) y la rotura prematura de membranas ($p=0,526$) no se asociaron a un mayor riesgo de parto prematuro en las embarazadas adolescentes ⁽⁸⁾.

Casimiro E, Unchapaico J, Unchapaico I, et al. (Junín- Perú 2023) en su estudio “Factores de riesgo en el parto pretérmino de gestantes adolescentes en un Hospital de Junín”, cuyo objetivo fue Determinar los factores de riesgo sociodemográficos, obstétricos y patológicos en el parto pretérmino de gestantes adolescentes en un hospital de la región Junín, Perú. Estudio retrospectivo, observacional de 67 casos y 134 controles mediante análisis de historias clínicas. Los hallazgos incluyeron correlaciones con controles prenatales menores de 6 (OR: 10,476; IC 95%: [4,279 - 25,648]; $p<0,05$), anemia (OR: 2, IC 95%: [1,080

- 7.060]; $p < 0,05$), preeclampsia (OR: 5,751; IC 95%: [1,697 - 19,487]; $p = 0,025$), infección del tracto urinario (OR: 3,501; IC 95%: [1,259 - 9,734]; $p = 0,010$). 487]; $p = 0,025$), PPD (OR: 3,501; IC 95%: [1,259-9,734]; $p = 0,010$), infección del tracto urinario (OR: 2,754; IC 95%: [1,041-7,284]; $p = 0,001$), y edades inferiores a 19 años (OR: 17,162; IC 95%: [1,665 -176,925]; $p = 0,008$). La preeclampsia, ser ama de casa, tener entre 10 y 14 años y tener menos de seis controles prenatales fueron los principales factores de riesgo. Los resultados subrayan la necesidad de iniciativas de prevención, una atención prenatal adecuada y el desarrollo de técnicas eficaces de identificación precoz de los factores de riesgo ⁽¹⁸⁾.

1.3. Formulación del problema

1.3.1 Problema general

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en dos Hospitales de la Región del Cusco, 2020-2024?

1.3.2 Problemas específicos

¿Cuáles son las principales características sociodemográficas del parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en dos Hospitales de la Región del Cusco, 2020-2024?

¿Cuáles son las principales características personales maternas del parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en dos Hospitales de la Región del Cusco, 2020-2024?

¿Cuáles son las principales características obstétricas del parto pretérmino en gestantes adolescentes en dos Hospitales de la Región del Cusco, 2020-2024?

¿Cuáles son las principales características patológicas maternas del parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en dos Hospitales de la Región del Cusco, 2020-2024?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general

Determinar los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en dos Hospitales de la Región del Cusco, 2020-2024

1.4.2 Objetivos específicos

Identificar las principales características sociodemográficas del parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en dos Hospitales de la Región del Cusco, 2020-2024

Conocer las principales características personales maternas del parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en dos Hospitales de la Región del Cusco, 2020-2024

Determinar las principales características obstétricas del parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en dos Hospitales de la Región del Cusco, 2020-2024

Reconocer las principales características patológicas maternas del parto pretérmino en gestantes atendidas en dos Hospitales de la Región del Cusco, 2020-2024

1.5. Justificación de la investigación

La presente investigación justifica su valor al tratarse de un estudio con distintas cualidades, tales como factibilidad, tanto en la disposición de tiempo como de recursos. Realizando una adecuada recolección de datos mediante una ficha de recolección hecha por el investigador que sea validada por profesionales expertos en el tema previamente, así mismo es un tema de interés debido a que nos brindará saberes factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes adolescentes, entidad que es la principal causa de morbilidad neonatal no solo en nuestro país y continente, sino también en el mundo, con una carga epidemiológica importante con alrededor de 15 millones de nacimientos prematuros al año, se sabe que un neonato prematuro tiene muchas más probabilidades de fallecer que uno a término en función de su edad gestacional al momento del parto aumentando el riesgo a menor edad, y por si eso no fuera poco tiene que afrontar las complicaciones

tempranas que esta condición trae como por ejemplo dificultades severas de adaptación y en caso logre superarlas, tiende a quedar con secuelas que afectarán su vida entera, por todo ello generan un alto costo sanitario, tratamientos intensivos y largas estancias hospitalarias.

También se trata de un tema novedoso ya que en la actualidad se disponen de estudios similares, sin embargo la gran mayoría datan de hace bastante tiempo y no comprenden la población que se quiere ver en el presente estudio que tiene aún más riesgo de per se, es por ello que es plausible realizar este estudio pues como bien sabemos los factores asociados pueden ser distintos en cada contexto sociodemográfico y modificarse con el tiempo, por lo cual es necesario realizar estudios nuevos constantemente puesta la importancia que tiene esta condición en la salud materno perinatal. Y por último es relevante porque la importancia que radica en este estudio es poder valorar factores que nos puedan advertir de manera temprana la presencia de riesgo de una gestante de tener un parto prematuro, esto con el fin de tener un mejor enfoque y prestar mayor atención a las gestantes de este grupo etario que lo presenten, pudiendo realizar medidas que puedan afrontar este problema desde la raíz, y de esta manera conseguir disminuir el riesgo de esta patología y por ende evitar sus complicaciones y afectación a la vida posterior de los pacientes afectados.

1.6. Limitaciones de la investigación

El primero de los dos principales es el sesgo de selección: En el desarrollo de la investigación, se llevará a cabo un estudio no probabilístico en el que se seleccionarán historias clínicas de pacientes con diagnóstico confirmado de parto pretérmino. Sin embargo, este enfoque introduce un sesgo de selección conocido como la falacia de Neyman o sesgo de incidencia-prevalencia.

El segundo problema del estudio es el posible sesgo de información, que podría surgir de una ejecución incorrecta de los datos de la historia clínica recogidos más adelante en el proceso de recopilación de datos, lo que habría producido resultados inferiores.

El tercer sesgo sería el de confusión que ocurre cuando un tercer factor, denominado factor de confusión, distorsiona la relación entre los factores de riesgo analizados y la presencia de PP.

1.7. Aspectos éticos

Según la «Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial» sobre «Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos» ⁽²⁹⁾, el estudio tendrá en cuenta los principios bioéticos que se aplican a los seres humanos, anteponiendo el bienestar del participante y preservando su intimidad y dignidad, así como su integridad, confidencialidad y privacidad.

También se tendrá en cuenta el «Informe Belmont» ⁽³²⁾ sobre «Principios éticos y directrices para la investigación en seres humanos», que hace hincapié en el respeto al participante y en actuar con beneficencia y justicia para maximizar los beneficios de la investigación minimizando los riesgos para los participantes.

CAPÍTULO II

Marco teórico conceptual

2.1 Marco teórico

2.1.1. Parto Prematuro

2.1.1.1 Definición

Un nacimiento que se produce antes de las 37 semanas de embarazo se considera prematuro. Causa un millón de muertes al año y es la principal causa mundial de mortalidad infantil en menores de cinco años. Debido a sus consecuencias neurológicas y de desarrollo duraderas, también es una de las principales fuentes de años de vida ajustados en función de la discapacidad entre los neonatos que sobreviven ⁽²¹⁾.

2.1.1.2. Epidemiología

Afecta alrededor de 15 millones de recién nacidos por año. Más del 11% de los recién nacidos en EE. UU. nacen prematuros, y constituye un coste anual mayor a los 26.000 millones de dólares ⁽²¹⁾.

2.1.1.3. Clasificación

Tiene diferentes formas de clasificar:

Según la edad gestacional: Se clasifica en prematuro extremo (< 28 semanas), muy prematuro (28 a < 32 semanas), moderado a (32 a < 34 semanas) y prematuro tardío (34 a 37 semanas) ⁽²²⁾.

Los bebés prematuros pueden clasificarse en recién nacidos de bajo peso (1500 g a <2500 g), muy bajo peso (<1500 a 1000 g) y extremadamente muy bajo peso (<1000 g) en función de su peso al nacer ⁽²²⁾.

El parto prematuro puede clasificarse como inducido (implica el uso de medicación o métodos manuales para iniciar el parto antes de las 37 semanas de gestación debido a indicaciones médicas por condiciones maternas y fetales) o espontáneo (cuando una madre embarazada se

pone de parto de forma natural antes de las 37 semanas de gestación)
(22).

2.1.1.4. Etiopatogenia y fisiopatología

Los principales procesos patogénicos implicados en el parto pretérmino son:

2.1.1.4.1 Infección e inflamación

Una causa frecuente y significativa de parto prematuro es la infección. De hecho, es el único mecanismo con una fisiopatología molecular conocida y una relación causal con el parto prematuro que se ha demostrado en investigaciones. Basándose en investigaciones histológicas y microbiológicas, se calcula que entre el 25 y el 40% de los partos prematuros se deben a ambos mecanismos.

Mycoplasma genitalium es el microorganismo más comúnmente observado, siendo *Ureaplasma urealyticum* el más específico. Las siguientes vías permiten que los microbios entren en la cavidad amniótica y, en consecuencia, en el feto: 1) Vía ascendente, 2) siembra retrógrada de la cavidad peritoneal, normalmente a través de la trompa de Falopio; 3) diseminación hematógena (a partir de una infección transplacentaria); 4) introducción incidental durante procedimientos invasivos, incluida la recogida de vellosidades coriónicas, la cordocentesis, la amniocentesis y otros.

La vía más frecuente de infección intrauterina es la ascendente. En la cavidad amniótica, los microorganismos suelen desencadenar una respuesta inflamatoria que eleva la concentración de citocinas proinflamatorias y enzimas que degradan la matriz durante el segundo trimestre. Cabe destacar la citocina IL-1, que fue la primera en relacionarse con el parto prematuro. Además de inhibir la función de la progesterona, necesaria para prolongar la gestación, la IL-1beta potenciaría el NF-kappaB, un factor de transcripción que se encuentra en el citoplasma, lo que aumentaría la producción de prostaglandinas

y COX-2. El TNF – alfa y las interleucinas 18, 6 y 8 son otras citocinas proinflamatorias relacionadas que producen efectos comparables ⁽²³⁾.

2.1.1.4.2 Enfermedad vascular uteroplacentaria y hemorragia decidual

Una característica fisiopatogénica notable de la hemorragia decidual o la isquemia uteroplacentaria es la generación de trombina. Las investigaciones han indicado que la presencia de neutrófilos y depósitos de fibrina en la decidua apoya la idea de que la inflamación y la generación de trombina están relacionadas. Las metaloproteinasas (8 y 9) y las especies reactivas del oxígeno producidas por los neutrófilos de la zona contribuyen a la descomposición de la matriz extracelular de la decidua y, en última instancia, a la rotura de la membrana amniótica. Además, la trombina hace que las células deciduales produzcan más IL-11, una citocina que promueve la generación de prostaglandinas. Esto indica que la trombina representa el vínculo entre la inflamación, la creación de trombina y la posterior activación de la vía común del parto ⁽²³⁾.

2.1.1.4.3 Sobredistensión uterina

El óxido nítrico y la progesterona provocan una relajación miometrial progresiva, que mantiene la presión intraamniótica durante el embarazo. Sin embargo, existe una mayor probabilidad de parto prematuro en mujeres embarazadas con afecciones como polihidramnios y embarazos múltiples porque la distensión miometrial excesiva puede aumentar la contractilidad, lo que a su vez puede aumentar el número de receptores de oxitocina, la liberación de prostaglandinas y la expresión de connexina-43 (uniones GAP) a nivel bioquímico. Sin embargo, el estiramiento a través de una retroalimentación comparable a la del músculo cardíaco también puede alterar la respuesta contráctil, dando lugar a una sobredistensión que puede provocar que el parto se inicie antes de lo esperado ⁽²³⁾.

2.1.1.4.4. Reacción alométrica anormal

La observación de villitis crónica como lesión histológica sugestiva de «rechazo placentario» en algunas embarazadas con parto prematuro espontáneo se considera una prueba indirecta de que algunos cambios en la inmunidad pueden ser el mecanismo de inicio de esta afección. En la actualidad, las reacciones de rechazo y citotoxicidad no funcionan como respuestas automáticas a la exposición a antígenos extraños en el contexto de la interacción madre-feto. No obstante, se cree que una serie de enfermedades maternas (células NK, macrófagos, etc.) provocadas por la activación de la respuesta inmunitaria contribuyen a la fisiopatología del parto prematuro ⁽²³⁾.

2.1.1.4.5. Fenómenos alérgicos

El mecanismo sugerido por los casos de parto prematuro en los que la madre tuvo una respuesta inmunitaria modificada frente a un antígeno que en teoría debería ser inocuo haría que los linfocitos B produjeran más Ig E y que el complejo antígeno-Ig E se uniera a los mastocitos deciduales, provocando su degranulación, lo que daría lugar a la producción de productos que causarían inflamación ⁽²³⁾.

2.1.1.4.6. Alteraciones hormonales

Como es bien sabido, la progesterona es esencial para el mantenimiento del embarazo. Dado que esta hormona tiene propiedades antiinflamatorias, induce la relajación del miometrio, impide la maduración cervical y reduce la formación de uniones gap, es razonable creer que su inhibición es crucial para el inicio del parto. Las investigaciones indican que el parto prematuro se asocia a una «retirada funcional local» de esta hormona en los tejidos intrauterinos. Por lo tanto, actualmente se desconoce qué mecanismo preciso da lugar a las alteraciones hormonales que desencadenan el inicio del parto ⁽²³⁾.

2.1.1.4.7. Estrés materno fetal

Aunque se desconoce el método exacto por el que el estrés materno puede provocar un parto prematuro, se baraja la hipótesis de que puede condicionarlo. Se ha sugerido que el factor liberador de ACTH (CRF), presente tanto en la placenta como en el hipotálamo, sería el causante. Al parecer, activa la vía común del parto al promover la ACTH fetal, que a su vez actúa impidiendo que la placenta produzca progesterona y favoreciendo la síntesis de prostaglandinas. Éstos, a su vez, son reconocidos como importantes mediadores del inicio del parto a través de una variedad de mecanismos previamente documentados, entre los que se incluyen la activación de la decidua, la inducción de la maduración cervical y el aumento de la contractilidad miometrial. Según el apartado bioquímico, en primer lugar aumenta el flujo de calcio sarcoplásmico, así como el número de receptores de oxitocina, conexina y prostaglandina. También aumenta la fabricación de metaloproteinasas y de isoformas del receptor de progesterona ⁽²³⁾.

2.1.1.4.8. Alteraciones del cérvix uterino

La alteración del cérvix uterino puede tener distintos orígenes tales como un traumatismo quirúrgico, malformaciones congénitas, entre otras. La lesión de la integridad del cérvix puede condicionar a su vez una incompetencia cervical que puede generar el parto pretérmino. Sin embargo, se observó que en aproximadamente 50 % de estos casos se presentó asociación a infección intrauterina, sugiriendo un mecanismo múltiple de activación de la vía del parto-⁽²³⁾.

2.1.1.5. Diagnóstico

La guía del MINSA del país denota que la edad gestacional se hará con el Método de Capurro y se corroborará a las 24 horas con el Método de Ballard, sin embargo hay diferentes aspectos a tener en cuenta en el diagnóstico tales como:

- El peso, la edad gestacional y los síntomas se utilizan para hacer un diagnóstico clínico; la edad gestacional se determina utilizando características clínicas y gráficos como el de Ballard.
- Diagnóstico de grado, que se clasifica según el peso y la edad gestacional.
- Diagnóstico etiológico mediante la búsqueda de posibles causas asociadas utilizando la anamnesis y la historia clínica.
- Identificación de probables complicaciones que puedan afectar al pronóstico y a la terapia, con especial atención a EMH SFA, hiperbilirrubinemia, hemorragia cerebral e infección.
- Diagnóstico diferencial necesario de plantear antes cualquier caso de enanismo durante la etapa neonatal, en especial los llamados intrauterinos ⁽²⁷⁾.

2.1.1.6. Manejo

2.1.1.6.1. Medidas generales

Se tiene que tener en cuenta las siguientes medidas:

- Termorregulación: Como precaución crucial, debe establecerse antes del parto, asegurándose de que la habitación esté a una temperatura superior a 24 °C. Debido a su mayor superficie corporal y a su menor desarrollo, que se manifiesta en una reducción de la masa muscular, la grasa parda y la grasa subcutánea, los recién nacidos prematuros e incluso los de bajo peso al nacer tienen importantes dificultades para mantener su temperatura corporal. La incubación, el calor local y el método canguro son las tres técnicas.
- Control de parámetros vitales seriado (Cada 4 horas)
- Monitoreo diario de peso.
- Mantener un suministro suficiente, promover la lactancia materna y utilizar tiras reactivas para comprobar los niveles de azúcar en sangre en la primera y tercera hora de vida -y después cada cuatro horas hasta que finalice el periodo de riesgo- son

formas de prevenir la hipoglucemia (en neonatos pequeños para la edad gestacional).

- Oxigenoterapia: Administrar de ser necesario.
- Alimentación: Se aconseja alimentarlo sólo con leche materna siempre que la necesite, de día o de noche. Evitar la lactancia artificial y el suero glucosado. Para minimizar el ayuno prolongado, el calostro materno debe administrarse lo antes posible. A las 34 semanas de vida, el recién nacido puede alimentarse directamente del pecho materno, ya que sus movimientos de succión y deglución están coordinados.
- Inmunizaciones: Las aplicaciones a neonatos con bajo peso al nacer deben retrasarse hasta la madurez.
- A las edades de un mes, dos meses, seis meses, doce meses y dieciocho meses, debe realizarse un control periódico de hemoglobina y hematocrito.
- Administración de sulfato ferroso: Cuando exista una concentración de hemoglobina proporcional a la edad postnatal de: se suministrará en dosis terapéuticas. Semana de nacimiento: $Hb \leq 13$ gr/dl. $Hb < 10$ gr/dl a lo largo de la segunda a la cuarta semana de vida. $Hb \leq 8$ gr/dl durante la quinta a la octava semana de vida. ⁽²⁵⁾.

2.1.1.6.2 Manejo según edad gestacional y peso fetal

2.1.1.6.2.1. Gestación menor de 27 semanas

- Priorizar ingreso en sala de cuidados materno-perinatales a partir de las 26 semanas, siempre y cuando sea posible.
- Indicar medidas generales por parte de enfermería.
- Solicitar perfil de sepsis.
- Tratamiento de etiología de base.

2.1.1.6.2.2. Gestación entre 28 y 34 semanas

- Ingreso en sala de cuidados materno-perinatales.
- Indicar medidas generales por parte de enfermería.

- Solicitar perfil de sepsis: Hemograma, eritrosedimentación, PCR, cultivo de exudado vaginal y de orina.
- Realizar ecografía transvaginal para buscar posibles alteraciones cervicales, así como ecografía transabdominal para realizar biometría fetal, perfil de crecimiento, índice de líquido amniótico y otras pruebas de bienestar fetal.
- Valorar la aplicación de antimicrobianos: tema de debate porque no hay pruebas de que sean beneficiosos para mantener la integridad de las membranas ovulares.
- Completar la maduración pulmonar: Dosis de betametasona de 12 mg a 24 mg (dosis total) pueden repetirse cada 12 horas. La dexametasona, 5 mg por vía intramuscular cada 12 horas, en 4 dosis, es una opción adicional.

2.1.1.7. Complicaciones

Son frecuentes en casos de partos pretérminos y se dividen en inmediatas y mediatas

2.1.1.7.1 Inmediatas

- Al tener deficiente termorregulación se puede presentar hipotermia.
- Metabólicas: En las cuales destacan la hipoglucemia e hipocalcemia, también acidosis metabólica e hiperglicemia.
- Respiratorias: Las más frecuentes son enfermedad de membrana hialina, taquipnea transitoria, apnea recurrente entre otras.
- Infecciosas: Se suelen presentar casos de sepsis.
- Cardiovasculares: Destacan la persistencia de ductus arterioso (PDA) persistencia de la circulación fetal (PCF).
- Neurológicas: Al haber un deficiente desarrollo neurológico se puede presentar hemorragia intracraneana, encefalopatía hipóxica isquémica, leucomalacia periventricular.
- Hematológicos: Destaca la anemia y tendencia a hemorragias

- Renales: En primer lugar está la hiponatremia debido a una incapacidad para manejar exceso de líquidos.
- Gastrointestinales: Enterocolitis necrotizante (NEC) así como inmadurez enzimática del tracto intestinal.
- Ictericia: Por la presencia de hiperbilirrubinemia.
- Malformaciones congénitas ⁽²⁵⁾.

2.1.1.7.2. Mediatos

Principalmente por el deficiente desarrollo completo.

- Displasia broncopulmonar.
- Disfunción del sistema nervioso central (motora, visual, auditiva y parálisis cerebral)
- Patrones de crecimiento alterado.
- Retinopatía del prematuro.
- Anemia, etc.⁽²⁵⁾.

2.1.1.8. Prevención

En gran medida la prevención no ha surtido el efecto deseado, sin embargo, se demostraron algunas intervenciones específicas que tienen efecto positivo tales como: Administrar dosis bajas de ácido acetilsalicílico y 17-hidroxiprogesterona, reducen el riesgo de parto prematuro en mujeres con alto riesgo de desenlaces adversos del embarazo. También se observó que en pacientes con cuello uterino corto y antecedente de parto pretérmino el uso de cerclaje cervical ha reducido eficazmente el riesgo de parto prematuro en este pequeño subconjunto de mujeres. ⁽²¹⁾

También se vio que algunas intervenciones obstétricas relacionadas con la disminución de la morbilidad neonatal han tenido éxito, entre estas destacan la administración de antibióticos, maduración pulmonar completa con betametasona prenatal, uso de sulfato de magnesio y fármacos tocolíticos para prolongar la gestación, aunque estas intervenciones raramente impiden el parto antes de las 37 semanas de gestación. ⁽²¹⁾

Entre las intervenciones poblacionales que pueden reducir la tasa general de partos prematuros se tienen la mejora del acceso a la atención prenatal, la implementación de políticas públicas para el abandono del hábito tabáquico o la contaminación ambiental. ⁽²¹⁾

2.1.2. Factores de riesgo

Entre ellos destacan principalmente los factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos maternos.

2.1.2.1 Personales

2.1.2.1.1. Hábitos nocivos como tabaquismo: Tal como fumar que se relaciona independientemente del número de cigarrillos. Según una revisión sistemática de Cobo T y colaboradores está relacionado con el parto pretérmino con un OR de 1.4 (IC del 95%: 1.3-1.4) ⁽²⁴⁾.

2.1.2.1.2. Extremos de edad materna: El riesgo aumenta con la edad materna. Así, las mujeres mayores de 35 años tienen una OR de 1.4 (IC 95% 1.3 a 1.5) para el parto prematuro ⁽²⁴⁾.

2.1.2.1.3. IMC pregestacional: Se cree que el parto prematuro es motivo de preocupación para aquellas mujeres con un índice de masa corporal (IMC) extremo, que se determina dividiendo el peso en kilogramos por la altura en metros al cuadrado. Por un lado, las probabilidades de parto prematuro espontáneo son de 1,3 (IC 95%: 1,2-1,3) para las mujeres con un IMC bajo (definido como un IMC inferior a 18,5). Sin embargo, las mujeres con un IMC alto, entre 30 y 35, tienen una OR de 1,6 (IC 95%: 1,4-1,8) de parto prematuro espontáneo, frente a 2,0 (IC 95%: 1,7-2,4) para las mujeres con un IMC entre 35 y 40 y 3,0 (IC 95%: 2,3-3,9) para las mayores de 40 años. ⁽²⁴⁾.

2.1.2.2. Sociodemográficos

2.1.2.2.1. Grado de instrucción: El estudio halló que las mujeres sin estudios tenían un mayor riesgo de parto prematuro (ORa 3,50; IC

95%: 1,58-7,77) en comparación con las que tenían un mayor nivel educativo materno, que era protector contra el parto prematuro (ORa 0,70; IC 95%: 0,51-0,95) (28). El nivel educativo se define como el nivel más alto de estudios que tiene una persona. (28).

2.1.2.2.2. Raza: Las mujeres negras tienen un mayor riesgo de parto prematuro, según varios estudios. La población negra tiene una tasa de nacimientos prematuros del 18%, mientras que el conjunto de la población estadounidense tiene una tasa del 11% (21).

2.1.2.2.3. Zona de residencia rural: Se debe a que las gestantes de esta zona sufren diferentes condiciones de riesgo, como una dieta desequilibrada, caminar largas distancias para satisfacer las necesidades de su familia, realizar trabajos extraños y tener un acceso deficiente al sistema de atención médica, es un factor de riesgo según la revisión sistemática y metaanálisis de Sendeku FW, Beyene FY con un ORa: 2.35 (IC 95%: 1.56-3.55) (22).

2.1.2.3. Obstétricos

2.1.2.3.1. Gestación múltiple: Se postula que podría deberse a que está asociada con una sobredistensión uterina, lo que provoca un aumento de la unión de los músculos miometriales e induce los receptores de oxitocina. Finalmente, puede iniciar la contracción uterina que resulta en un parto prematuro, es un factor de riesgo según la revisión sistemática y metaanálisis de Sendeku FW, Beyene FY con un ORa: 3.60 (IC 95%: 2.49-5.19) (22).

2.1.2.3.2. Periodo intergenésico corto: El tiempo transcurrido entre el último parto o pérdida y el embarazo actual se conoce como periodo intergestacional corto. Una duración intergestacional inferior a seis meses eleva el riesgo de parto prematuro con una OR ajustada de 1,4 (IC 95%: 1,0-1,8), según una revisión sistemática de Cobo T et al. y que una OR ajustada sustancialmente superior 1,6 (IC 95%: 1,2-2,1) se vincula a una duración inferior a 18 meses (24).

2.1.2.3.3. Legrado uterino: El legrado uterino para tratar los abortos espontáneos o de abortos espontáneos o para interrumpir el embarazo se considera un factor de riesgo con una OR de 1.7 (IC del 95%: 1.2-2.4) ⁽²⁴⁾.

2.1.2.3.4. Cirugía cervical: La cirugía cervical, como la conización o la traquelectomía, aumenta el riesgo con un OR de 2.0 (IC 95%: 1.4-3.0) ⁽²⁴⁾.

2.1.2.3.5. El antecedente de aborto: Se debe a que durante la evacuación quirúrgica del útero el estiramiento mecánico del cuello uterino podría causar incompetencia cervical, lo que a su vez predispondría al parto prematuro para embarazos posteriores, es un factor de riesgo según la revisión sistemática y metaanálisis de Sendeku FW, Beyene FY con un ORa: 2.92 (IC 95%: 1.91-4.47) ⁽²²⁾.

2.1.2.3.6. Primigesta: La palabra «primigestación» se refiere al primer nacimiento con vida de una mujer, y se correlacionó positivamente con el parto prematuro (ORa 2,3; IC 95%: (1,3-4,0) ⁽²⁸⁾.

2.1.2.3.7. Controles prenatales: Se correlacionan positivamente con el parto prematuro (ORa 5,52; IC 95%: (4,32-7,05) y se definen como la frecuencia con la que la embarazada acude al centro de salud para controlar el curso normal de su embarazo ⁽²⁸⁾.

2.1.2.3.8. Antecedentes de parto prematuro: Está fuertemente relacionado con el parto pretérmino (RR: 2,62; IC 95%: 1,99-3,44) y se define como la presencia de al menos un parto pretérmino en la gestante anterior al actual. ⁽³³⁾.

2.1.2.4. Patológicos

2.1.2.4.1. Anemia ferropénica: Esto se debe a la posibilidad de que el parto prematuro sea el resultado de procesos biológicos de anemia, deficiencia de hierro o ambos. Según la revisión exhaustiva y metaanálisis de Sendeku FW y Beyene FY, también es un factor de

riesgo de parto prematuro, con una ORa de 3,41 (IC 95%: 2,1-5,56)⁽²²⁾.

2.1.2.4.2. RPM: El parto prematuro puede deberse a la liberación de prostaglandinas endógenas tras la rotura de la membrana, lo que desencadena la contracción uterina. Con una ORa de 5,36 (IC 95%: 3,76-7,64), se considera un factor de riesgo según la revisión sistemática y metaanálisis de Sendeku FW, Beyene FY⁽²²⁾.

2.1.2.4.3. Hipertensión inducida por el embarazo: La hipótesis es que la hipertensión inducida por el embarazo puede deberse a daños vasculares y placentarios, que reducen el flujo sanguíneo placentario y provocan insuficiencia uteroplacentaria. Esto puede provocar emergencias obstétricas que obliguen a interrumpir el embarazo para salvar la vida de la madre y del feto. Según la revisión sistemática y el metaanálisis de Sendeku FW, Beyene FY, se considera un factor de riesgo, con una ORa de 5,11 (IC 95%: 3,73-7,01)⁽²²⁾.

2.1.2.4.4. Infección de tracto urinario: Las membranas que rodean el saco amniótico pueden debilitarse como consecuencia de una infección urinaria. Esto se relaciona con una ORa: 5,27 (IC 95 %: 2,98-9,31) y puede provocar un parto prematuro y RPM⁽²⁸⁾.

2.2. Definición de términos básicos

2.2.1. Nacimiento prematuro: Parto antes de 37 semanas de embarazo (259 días a partir del primer día del último período menstrual, o 245 días después de la fertilización)⁽³⁵⁾.

2.2.2. Adolescente: Persona de 13 a 18 años de edad.⁽³⁵⁾

2.2.3. Embarazo: Estado durante el que los mamíferos hembras llevan a sus crías en desarrollo (embrión o feto) en el útero, antes de nacer, desde la fertilización hasta el nacimiento.⁽³⁵⁾

2.2.4. Embarazo en la adolescencia: Embarazo en mujeres adolescentes menores de 19 años⁽³⁵⁾.

2.2.5. Factores de riesgo: Un aspecto del comportamiento o estilo de vida personal, exposición ambiental, característica innata o hereditaria que,

según la evidencia epidemiológica, se sabe que está asociada con una condición relacionada con la salud y que se considera importante prevenir (35).

2.2 . Planteamiento de hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

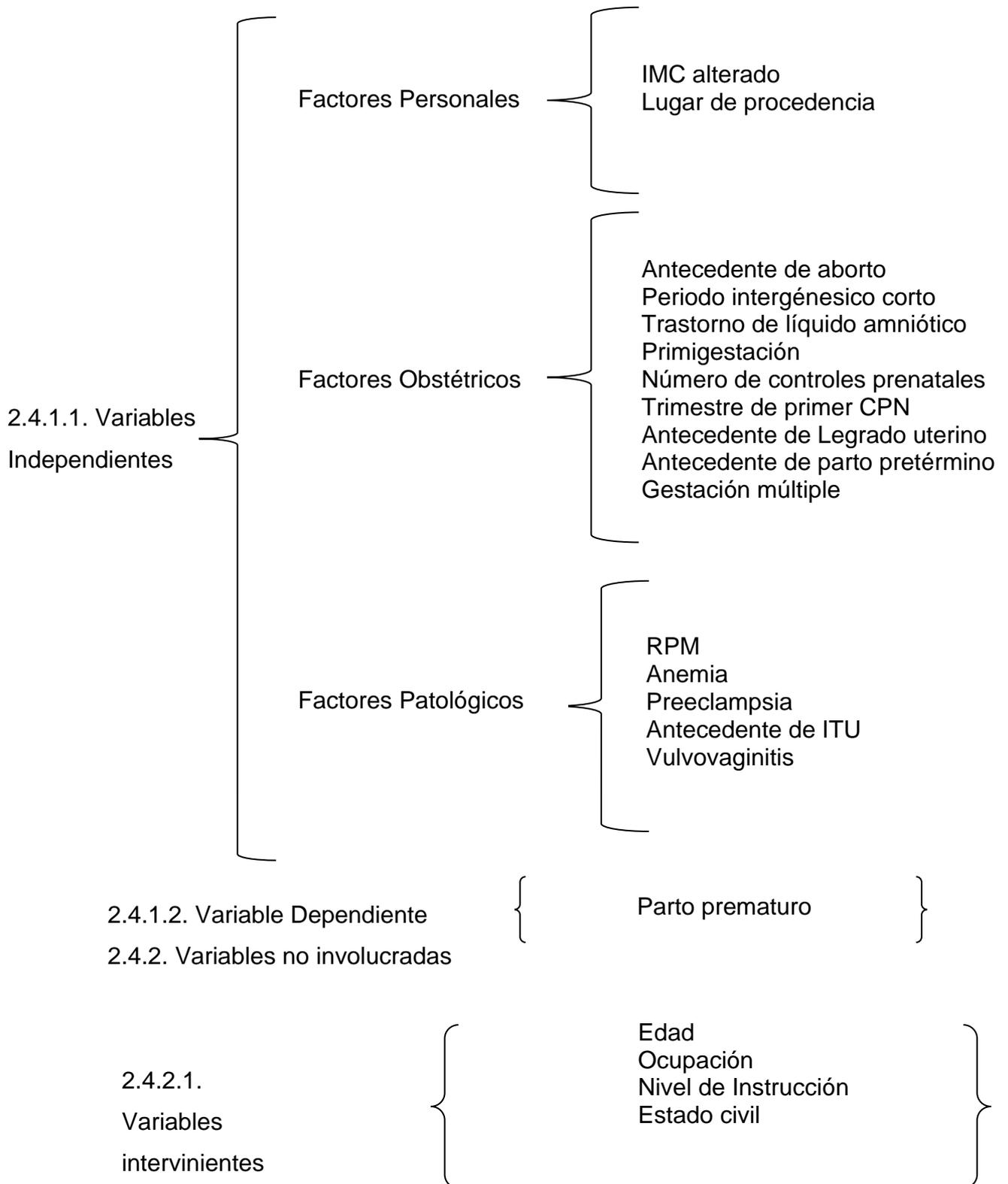
Los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en dos Hospitales de la Región del Cusco, 2020-2024 son el IMC bajo, la ocupación, el lugar de procedencia, el grado de instrucción, el número de controles prenatales, la primigestación, la ruptura prematura de membranas y la anemia gestacional.

2.3.2. Hipótesis específicas

- a. Las principales características sociodemográficas del parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en dos Hospitales de la Región del Cusco, 2020-2024 son el estado civil y el grado de instrucción.
- b. Las principales características personales maternas del parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en dos Hospitales de la Región del Cusco, 2020-2024 son el IMC bajo y el lugar de procedencia
- c. Las principales características obstétricas del parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en dos Hospitales de la Región del Cusco, 2020-2024 son el número de controles prenatales y la primigestación.
- d. Las principales características patológicas del parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en dos Hospitales de la Región del Cusco, 2020-2024 son la presencia de ruptura prematura de membranas y anemia gestacional

2.3 Variables

2.4.1. Variables Involucradas



2.4 Definiciones operacionales

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES/ DOMINIOS	INDICADORES	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	ITEM	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE
PARTO PREMATURO	PARTO antes de 37 semanas de EMBARAZO (259 días a partir del primer día del último período menstrual, o 245 días después de la FERTILIZACIÓN).	NA	Edad gestacional al momento del parto.	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos con información de la historia clínica de la madre.	Edad gestacional al momento del parto:..... semanas	1	La variable parto prematuro se definirá como la presencia de diagnóstico de parto prematuro y se expresará como respuesta positiva o negativa. El formulario de recogida de datos se utilizará para recopilar la información de la historia clínica de la madre.
FACTORES DE RIESGO EN EL PARTO PREMATURO EN GESTANTES ADOLESCENTES	Un aspecto del comportamiento o estilo de vida personal, exposición ambiental, característica innata o hereditaria que, según la evidencia epidemiológica, se sabe que está asociada con una condición relacionada con la salud y que se considera importante prevenir.	Factores sociodemográficos	Edad	Cuantitativo	De razón	Ficha de recolección de datos años cumplidos	2	La variable edad se definirá como el tiempo de vida de una persona expresado en años consignado en el DNI. El formulario de recogida de datos se utilizará para recopilar la información de la historia clínica de la madre.
			Estado civil	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Estado civil Casado () Soltero () Conviviente () Viuda ()	3	La variable estado civil se definirá en base a el lugar de donde proviene la persona y se expresara ya sea como rural o urbano. El formulario de recogida de datos se utilizará para recopilar la información de la historia clínica de la madre.

			Nivel de instrucción	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Nivel de instrucción 1. Ninguna () 2. Primaria () 3. Secundaria () 4. Superior ()	4	La variable nivel de instrucción se definirá como el grado de instrucción alcanzado y se expresara en 4 parámetros que son ninguna, primaria, secundaria y superior. El formulario de recogida de datos se utilizará para recopilar la información de la historia clínica de la madre.
			Ocupación	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Cuál es la ocupación?	5	La variable ocupación se definirá como el trabajo u ocupación a la que se dedica la madre y se expresará como respuesta abierta. El formulario de recogida de datos se utilizará para recopilar la información de la historia clínica de la madre.
			IMC alterado	Cuantitativa	De razón	Ficha de recolección de datos	Peso:.....kg Talla:.....m	6	La variable IMC alterado se definirá como el valor de IMC > 25 kg/m ² o IMC < 18 kg/m ² . El formulario de recogida de datos se utilizará para recopilar la información de la historia clínica de la madre.
			Lugar de procedencia	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Lugar de procedencia 1. Rural () 2. Urbano ()	7	La variable lugar de procedencia se definirá en base a el lugar de donde proviene la persona y se expresara ya sea como rural o urbano. El formulario de recogida de datos se utilizará para recopilar la información de la historia clínica de la madre.
		Factores personales							

		Factores obstétricos	Número de controles prenatales	Cuantitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Número de controles prenatales:... veces	8	La variable número de controles prenatales se definirá como el número de visitas programadas de la madre a un centro de salud. El formulario de recogida de datos se utilizará para recopilar la información de la historia clínica de la madre.
			Trimestre de primer control prenatal	Cuantitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Trimestre de primer control prenatal: trimestre	9	La variable trimestre de primer control prenatal se definirá como el mes de gestación en el cual la gestante realiza el primer control prenatal. El formulario de recogida de datos se utilizará para recopilar la información de la historia clínica de la madre.
			Legrado uterino	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Antecedente de legrado uterino 1. No 2. Si Fecha: __/__/__. Semanas de amenorrea:.... semanas	10	La variable se definirá como la presencia o no de un antecedente de legrado uterino y se expresa como presencia o ausencia de esta en la historia clínica. El formulario de recogida de datos se utilizará para recopilar la información de la historia clínica de la madre.
			Antecedente de parto pretérmino	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Edad gestacional de anteriores partos en caso presente: semanas Fecha de parto: __/__/__. Fecha de parto: __/__/__. Fecha de parto: __/__/__.	11	La variable se definirá como la presencia o no de un antecedente de parto prematuro y se expresa como edad gestacional de anteriores partos. El formulario de recogida de datos se utilizará para recopilar la información de la historia clínica de la madre.

			Gestación múltiple	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Número de fetos en vientre materno:..... fetos 1 () 2 () Otro:.....	12	La variable gestación múltiple se definirá como la presencia de más de un feto en el vientre materno y se expresará como el número de fetos vivos en el vientre materno. El formulario de recogida de datos se utilizará para recopilar la información de la historia clínica de la madre.
			Antecedente de aborto	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Número de abortos realizados anteriormente: Fecha: __/__/__.	13	La variable se define la presencia de un antecedente de aborto y se expresa como positivo o negativo. El formulario de recogida de datos se utilizará para recopilar la información de la historia clínica de la madre.
			Periodo intergenésico	Cuantitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Tiempo transcurrido entre último parto o aborto y nuevo embarazo a. Fecha de último parto __/__/__. b. Fecha del parto actual __/__/__.	14	La variable periodo intergenésico se define como el tiempo que ha pasado entre su último parto o aborto y su nuevo embarazo y se expresa como periodo corto < 18 meses y largo > 60 meses. El formulario de recogida de datos se utilizará para recopilar la información de la historia clínica de la madre.
			Primigestación	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Número de hijos de la madre: hijos Fórmula obstétrica:	15	La variable primigestación se define como nacimiento del primer hijo vivo, y se expresa como el número de hijo que dio a luz la madre vivo. El formulario de recogida de datos se utilizará para recopilar la información de la historia clínica de la madre.

			Trastorno de líquido amniótico	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Índice de líquido amniótico: ...mm	16	La variable se definirá como la alteración de líquido amniótico y se expresa como polihidramnios u oligohidramnios. El formulario de recogida de datos se utilizará para recopilar la información de la historia clínica de la madre.
	Factores patológicos		RPM	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Pérdida de líquido vaginal:....ml Test de nitrazina:..... Horas de RPM:..... horas Fecha: __/__/__.	17	La variable RPM se define como la pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas antes del trabajo de parto, y se expresa como la presencia o ausencia de esta durante el trabajo de parto. El formulario de recogida de datos se utilizará para recopilar la información de la historia clínica de la madre.
			Anemia gestacional	Cuantitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Nivel de hemoglobina durante el último trimestre del embarazo:.... gr/dl Fecha: __/__/__.	18	La variable anemia gestacional se define como un valor de hemoglobina inferior a 11gr/dl, cuya expresión final será la presencia o ausencia de anemia durante el embarazo. El formulario de recogida de datos se utilizará para recopilar la información de la historia clínica de la madre.

		Preeclampsia	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	PA después de la 20va semana de gestación:.... mmHg Proteínas en orina en 24 horas después de la 20va semana de gestación:.....mg Creatinina:.....mg/dL	19	La variable preeclampsia se define como la presencia de presión arterial elevada y proteinuria después de la 20va semana de gestación, cuya expresión final será la presencia o ausencia de preeclampsia durante el embarazo. El formulario de recogida de datos se utilizará para recopilar la información de la historia clínica de la madre.
		Antecedente de ITU	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Bacterias en orina:...../ml Síntomas y signos:..... Análisis de orina:.....	20	La variable antecedente de ITU se define como la presencia de más 100000 bacterias/ml en el análisis de orina, y se expresa como presencia o ausencia de este antecedente. El formulario de recogida de datos se utilizará para recopilar la información de la historia clínica de la madre.
		Vulvovaginitis	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Test de aminas: Síntomas y signos:.... Cultivo de secreción vaginal:	21	La variable Vulvovaginitis se define como la infección o inflamación de la vulva y vagina y se expresara como presencia o ausencia de esta. El formulario de recogida de datos se utilizará para recopilar la información de la historia clínica de la madre..

CAPÍTULO III

MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de investigación

Dado que recopila datos para evaluar hipótesis basadas en mediciones numéricas y análisis estadísticos para identificar patrones de comportamiento y poner a prueba la teoría, la investigación es de carácter cuantitativo ⁽³⁰⁾.

Encontrar la relación o el grado de asociación entre dos o más conceptos, categorías o variables en una determinada muestra o ambiente es el objetivo de las investigaciones correlacionales, según Sampieri ⁽³⁰⁾. Por tener como objetivo determinar el grado de relación entre las variables de riesgo y el parto pretérmino en gestantes adolescentes, se utilizó un estudio correlacional.

3.2 Diseño de investigación

El diseño de este estudio se ajusta a un diseño observacional (no experimental). Las investigaciones no experimentales, según Sampieri, son aquellas que se llevan a cabo sin manipulación intencionada de variables y en las que sólo se observan acontecimientos en su entorno natural para su estudio ⁽³⁰⁾.

Se realizará un estudio de casos y controles retrospectivo. Se ha observado que el diseño de casos y controles o también llamado “casos y testigos” o “casos y referentes”, solventa estas dificultades debido a que, al ser un estudio epidemiológico, estos estudios facilitan la identificación de las causas que desarrollan un evento de interés, poniendo a prueba diferentes hipótesis propuestas por el investigador ⁽³¹⁾.

Se decidió por este estudio para poder identificar los factores de riesgo presentes en las gestantes que puedan desencadenar partos prematuros, comparando a los grupos de casos y controles.

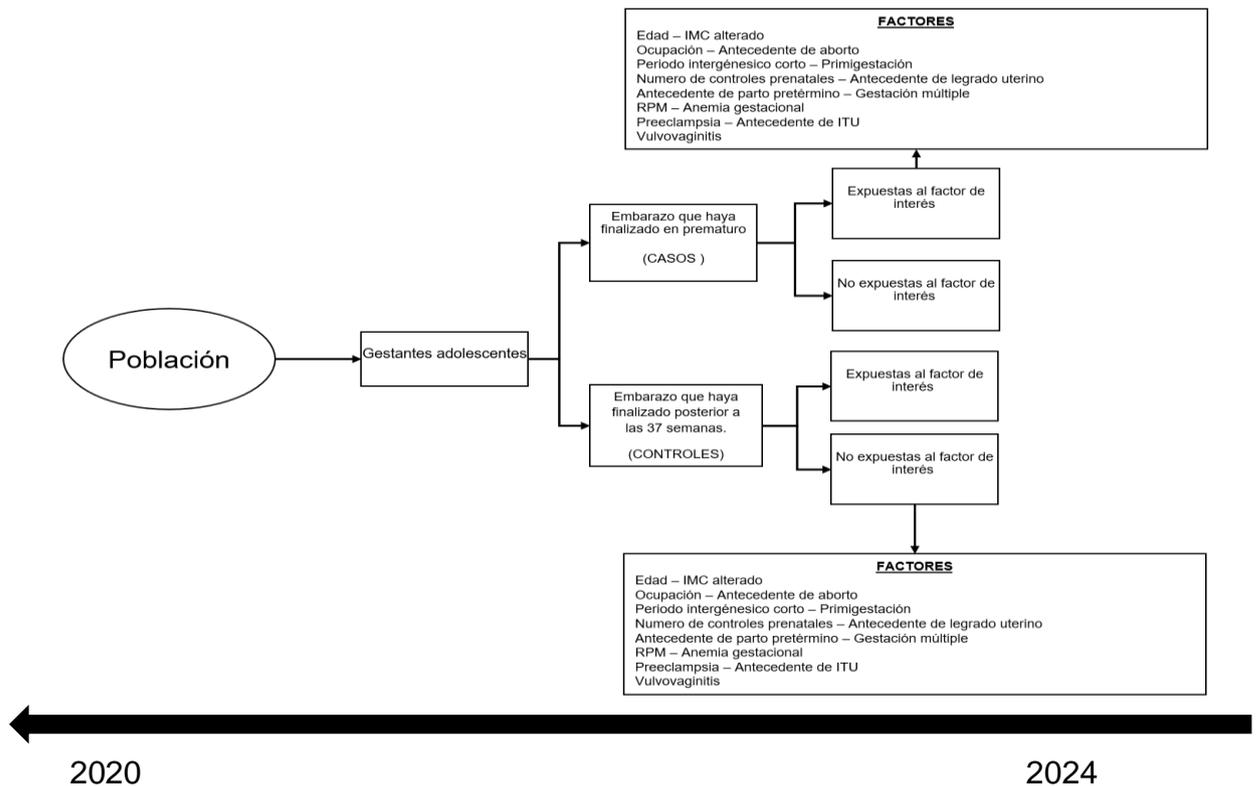


Grafico 1. Indica el diseño del estudio. Se realizará un estudio de casos y controles retrospectivo. Los casos estarán constituidos por embarazos en gestantes adolescentes que hayan culminado en pretérmino (mayor a 22 semanas y menor a 37 semanas) pudiendo estar o no expuestos al factor de riesgo de interés. Los controles estarán constituidos por embarazos en gestantes adolescentes que hayan culminado a término (mayor a 37 semanas de gestación) pudiendo estar o no expuestos al factor de riesgo de interés.

3.3. Población y muestra

3.3.1. Descripción de la población

La población estará compuesta por las mujeres con edades comprendidas entre 12 y 19 años con diagnóstico de parto pretérmino que acudieron al servicio de atención de los Hospitales de interés.

3.3.3. Criterios de inclusión y exclusión

3.3.3.1. Criterios de inclusión casos

- Embarazo que haya finalizado en parto prematuro (menor a 37 semanas).
- Embarazo con probabilidad de haber sido expuesto al factor de riesgo de interés.
- Edad cronológica se encuentre entre 12 y 19 años.

- Partos que hayan ocurrido en los Hospitales de interés y tengan historia clínica completa.
- Independientemente la vía del parto (Cesárea o parto vaginal)

3.3.3.2. Criterios de exclusión casos

- Gestantes con diagnóstico de trastornos hipertensivos antes del embarazo

3.3.3.2. Criterios de inclusión controles

- Embarazo que no haya finalizado en parto prematuro (mayor a 37 semanas).
- Embarazo con probabilidad de haber sido expuesto al factor de riesgo de interés.
- Edad cronológica se encuentre entre 12 y 19 años.
- Partos ocurridos en el periodo de interés.
- Partos que hayan ocurrido en los Hospitales de interés y tengan historia clínica completa.
- Independientemente la vía del parto (Cesárea o parto vaginal)

3.3.3.2. Criterios de exclusión controles

- Gestantes con diagnóstico de trastornos hipertensivos antes del embarazo

3.3.3.3. Muestra. Tamaño de muestra y método de muestreo

Se utilizará el programa estadístico EpiInfo 7 para determinar el tamaño de la muestra, teniendo en cuenta un nivel de confianza del 95%, una potencia del 80%, el porcentaje de exposición en los controles (38.3%), un OR de 2,25; IC 95%: 1,19-4,2; $p=0,011$. Se obtendrá así una muestra representativa de 240 embarazadas adolescentes que hayan tenido un parto prematuro, que se distribuirán en proporción de dos controles por caso dentro de los hospitales donde se realizará el estudio.

El artículo elegido para obtener el tamaño muestral es el siguiente:

Murguia-Ricalde FN, Indacochea-Cacéda S, Roque Quezada JC, De La Cruz-Vargas JA. Factores de riesgo maternos asociados a parto prematuro en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo año 2018 al 2019, Lima – Perú. Rev Peru Investig Matern Perinat 2021; 10(2): 35-41DOI <https://doi.org/10.33421/inmp.2021226>

StatCalc - 2x2 Tables

Strata 1 Strata 2 Strata 3 Strata 4 Strata 5 Strata 6 Strata 7 Strata 8 Strata 9

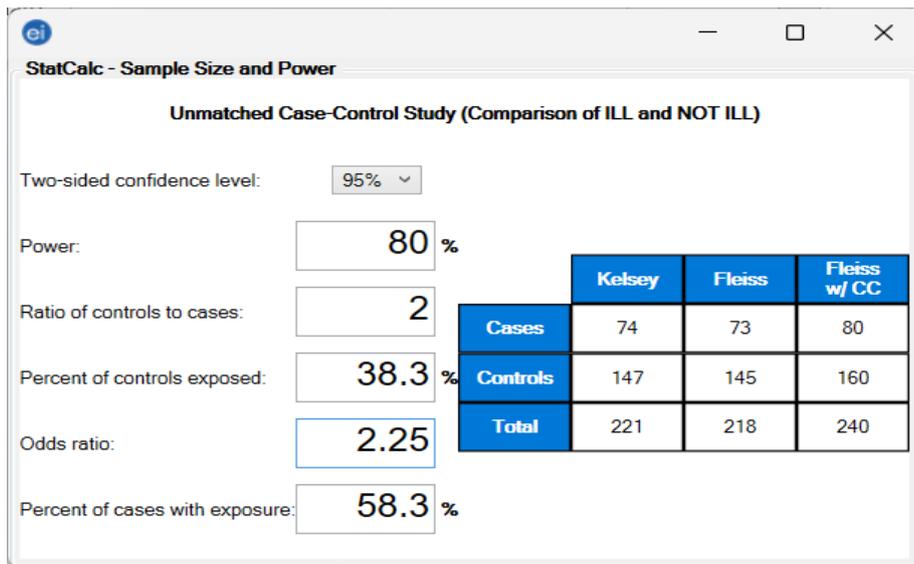
		Outcome		
		Yes	No	Total
Exposure	Yes	35	46	81
	Row %	43.21 %	56.79 %	100.00 %
	Col %	58.33 %	38.33 %	45.00 %
	No	25	74	99
	Row %	25.25 %	74.75 %	100.00 %
	Col %	41.67 %	61.67 %	55.00 %
Total	60	120	180	
Row %	33.33 %	66.67 %	100.00 %	
Col %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	

Odds-based Parameters			
	Estimate	Lower	Upper
Odds Ratio	2.2522	1.1976	4.2352
MLE Odds Ratio (Mid-P)	2.2417	1.1925	4.2574
Fisher-Exact		1.1428	4.4546

Statistical Tests		
	X ²	2 Tailed P
Uncorrected	6.4646	0.01100415
Mantel-Haenszel	6.4287	0.01122887
Corrected	5.6818	0.01714160

Risk-based Parameters			
	Estimate	Lower	Upper
Risk Ratio	1.7111	1.1232	2.6067
Risk Difference	17.9574	4.1869	31.7278

	1 Tailed P	2 Tailed P
Mid-P Exact	0.00601259	
Fisher Exact	0.00858171	0.01676838



La muestra obtenida es el total de 240 pacientes. Siendo constituida por 80 casos y 160 controles.

3.4. Técnicas, instrumentos y procedimiento de recolección de datos

3.4.1. Técnicas y procedimientos

- Se realizará la elaboración y aprobación de protocolo de estudio. La aprobación será llevada a cabo por el comité de investigación de la Facultad de Medicina Humana de la UNSAAC.
- Se solicitará la autorización de la aprobación del proyecto de investigación por parte de la jefatura del servicio de Obstetricia y el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) del HNAGV del Cusco y del HRC. La autorización será brindada por las Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia de los hospitales prescritos.
- Se solicitará revisión y aprobación del proyecto por los dictaminantes de jurado A 50%.

- Cinco expertos en gineco-obstetricia validarán el formulario de recolección de datos para que el instrumento pueda ser utilizado en el estudio.
- Se conseguirá las historias clínicas de las gestantes adolescentes que acaten con los criterios de inclusión del estudio en ambos Hospitales y se hará la recolección de datos aplicando el instrumento de investigación. Todos los datos serán registrados de forma adecuada en la ficha de recogida de información.
- Con base en los datos recolectados se podrán realizar cálculos estadísticos para determinar la relación entre el parto pretérmino en gestantes adolescentes y diversos factores personales maternos, sociodemográficos, obstétricos y patológicos.
- Se realizará la culminación de los resultados, discusión, conclusión y sugerencias del trabajo de investigación.
- Se solicitará revisión y aprobación del proyecto por los dictaminantes de jurado A 100%.
- Se solicitará al jurado B que evalúe el proyecto de tesis, y se buscará la aprobación.

3.4.2. Instrumento de recolección de datos

El principal componente de la herramienta de recogida de datos es un formulario que permite recabar información a partir del examen de los historiales médicos de las madres. Este formulario contiene información sobre el parto prematuro, incluidos los datos de la madre y la edad gestacional en el momento del parto.

Cuatro dimensiones componen los datos maternos la dimensión sociodemográfica, que incluye factores como la educación, el estado civil y el lugar de origen; la dimensión obstétrica, que incluye factores como el número de controles prenatales, los antecedentes de legrado, los

antecedentes de parto prematuro, las gestaciones múltiples, los antecedentes de aborto, el periodo intergestacional corto, la placenta previa y la primigestación; la dimensión patológica, que incluye factores como la presencia de rotura prematura de membranas, anemia gestacional, preeclampsia, antecedentes de infección urinaria y diabetes gestacional. El plan de análisis de datos se aplicará una vez finalizada la recogida de datos.

3.4.3. Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos se hará uso de la ficha de recolección de datos, validada previamente por 5 expertos en el tema de investigación. Posteriormente previa aprobación del proyecto de investigación por parte de la jefatura del servicio de Obstetricia a de los Comités Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de ambos hospitales, se procederá a la revisión de historias clínicas maternas.

Una vez conseguidas las historias clínicas, siendo en el HNAGV por medio del libro de partos y cesáreas de centro obstétrico y en el HRC mediante la oficina de estadística, se recolectarán los datos de manera adecuada en el instrumento de investigación, contemplando el numero de casos y de controles establecidos durante el tiempo de interés, Luego se creará la base de datos en el programa Excel para posteriormente ser analizada mediante el análisis univariado, bivariado y multivariado.

3.5. Plan de análisis de datos

El formulario de recolección de datos de las historias clínicas de las madres servirá de base para el análisis estadístico de los datos, que tendrá en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Los hospitales de la ciudad del Cusco donde se realizará la investigación en el año 2025 utilizarán este formulario de recolección de datos. A cada ítem de la pregunta se le asignará un número como parte del proceso de codificación de datos, luego de lo cual la información será ingresada en una hoja de Excel para crear la base de datos.

A cada formulario de recogida de datos se le asignará un número, y se llevará a cabo un control de calidad de los datos (faltantes; confirmación de que no hay celdas vacías, incoherencias y duplicados de los mismos).

Análisis univariado:

La prueba de Shapiro Wilk determinará la normalidad, y para la comparación se utilizarán las pruebas t-student y chi-cuadrado, entre otras. Las características generales de la población objeto de estudio se describen mediante la distribución de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas; la media y la desviación típica se utilizarán para las variables cuantitativas normales, y la mediana y los intervalos intercuartílicos para las variables cuantitativas no normales.

Análisis bivariado:

Se buscará identificar si existe una asociación entre la exposición y el resultado en cada grupo, y si esta asociación es diferente entre casos y controles. La base de datos elaborada en Excel 2016 ® se copiará a Stata ® versión 12.1 para su tabulación y análisis con el fin de determinar el odds ratio (OR) entre las variables dependientes e independientes del estudio. La significación estadística se evaluará utilizando el intervalo de confianza del 95%, cuyo valor mínimo debe ser superior a 1 para evaluar la significación estadística de los factores de riesgo potenciales, o cuyo valor máximo debe ser inferior a 1 para evaluar la significación estadística de los factores protectores potenciales. Si el OR toma un valor de 1, se considerará libre de riesgo; si toma un valor inferior a 1, se considerará un factor protector potencial; y si toma un valor superior a 1, se considerará un factor de riesgo potencial. Se realizarán tablas tetracóricas para cada variable en estudio, las cuales serán completadas como se muestra a continuación.

	Nacimiento prematuro	Nacimiento a término	Total
Expuesto al factor			
No expuesto al factor			
Total			

OR= 0.00

IC=95% [0.00-0.00]

p= 0.000

Análisis multivariado

Utilizando el programa Stata® versión 12.1, se utilizará la regresión logística para determinar el odds ratio ajustado al 95% de confianza para el análisis multivariante, que incluirá las variables de confusión y los probables factores de riesgo. Por último, se registrarán todos los datos y se presentarán en gráficos o tablas.

CAPITULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1 Resultados

4.1.1 Análisis univariado

TABLA 1: Frecuencia de los factores sociodemográficos

		Frecuencia	Porcentaje
		16.65 +/-1.42 ^a	
Edad	13 - 15 años	49	20.42%
	16 - 19 años	191	79.58%
Ocupación	Ama de casa	50	20.83%
	Atención al cliente	9	3.75%
	Cocinera	1	0.42%
	Comerciante	8	3.33%
	Empleada	2	0.83%
	Estudiante	168	70.00%
	Jardinera	2	0.83%
Nivel de instrucción	Secundaria incompleta	140	58.33%
	Secundaria completa	80	33.33%
	Superior técnico incompleto	11	4.58%
	Superior universitario incompleto	9	3.75%
Estado civil	Soltera	126	52.50%
	Conviviente	113	47.08%
	Casada	1	0.42%

FUENTE: Elaboración propia a partir de base de datos HRC y HNAGV

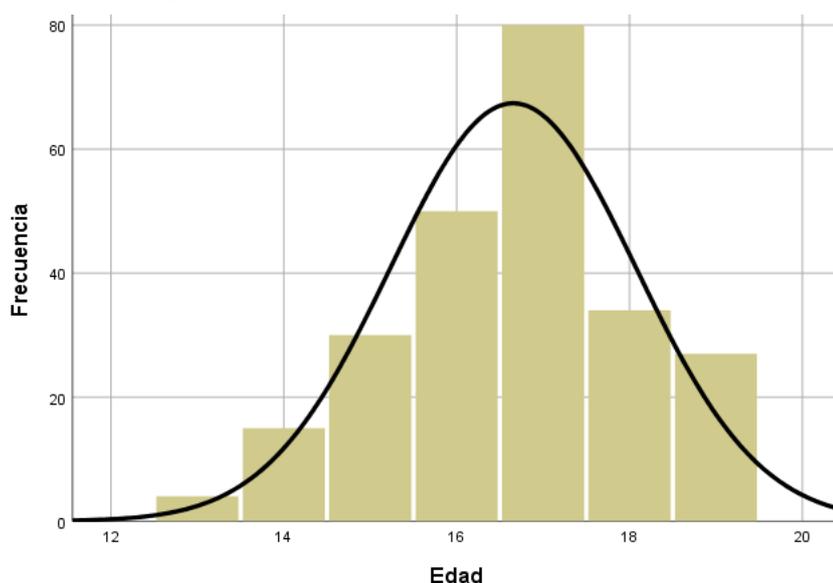
^a valor expresado en media y desviación estándar

En la tabla 1 se observa las frecuencias que se llegaron a obtener producto del análisis univariado, donde las participantes fueron de 2 hospitales de la ciudad del Cusco. Respecto a la variable edad el 20.42% (n=49) pertenecía de 13-15 años y 79.58% (n=191) pertenecía de 16-19 años. La variable ocupación se observa que la mayoría de las adolescentes que acuden a los hospitales del Cusco son ama de casa con una prevalencia de 20.83% (n=50) y con menor porcentaje se dedica a ser jardinera con 0.83% (n=2).

El nivel de educación que se observa en las adolescentes del Cusco es que con mayor frecuencia que el 58.33% (n=140) no llegó a culminar la secundaria,

seguido de los que culminaron con 33.33% (n=80) y los que iniciaron una educación superior técnica o universitaria representa el 8.33% (n=20). Respecto a la variable estado civil representa nuestra realidad siendo la mayoría soltera con 52.50% (n=126), seguido de ser conviviente con 47.08% (n=113) y por último el ser casada con 0.42% (n=1).

GRÁFICO 1: Histograma de la variable edad



En el gráfico 1 se llega a observar el rango de edad de las adolescentes que llegaron a participar en el estudio, teniendo de 13-19 años. En la curva de normalidad un gran porcentaje pertenece de 16-18 años, la media de la edad fue de 16.65 con una desviación estándar de 1.42.

TABLA 2: Frecuencia de los factores personales

		Frecuencia	Porcentaje
Lugar de procedencia	Rural	99	41.25%
	Urbano	141	58.75%
IMC Kg/m²			22.45+/-3.19 ^a
	Bajo	29	12.08%
	Sobrepeso/ Obesidad	49	20.42%
	Normal	162	67.50%

FUENTE: Elaboración propia a partir de base de datos HRC y HNAGV
^a valor expresado en media y desviación estándar

En la tabla 2 se describe la frecuencia de los factores personales de las adolescentes de la ciudad del Cusco, donde en la variable lugar de procedencia se observa que un 41.25% (n=99) son provenientes de lo rural y el 58.75%

(n=141) son urbano. El IMC de las participantes el de mayor prevalencia fue de tener su peso para su talla dentro de los parámetros establecidos con un 67.50% (n=162) y el resto de las participantes tenía alterado ya sea un IMC bajo o sobrepeso u obesidad, la media fue de 22.45 con una desviación estándar de 3.19.

TABLA 3: Frecuencia de los factores obstétricos

		Frecuencia	Porcentaje
Antecedente de aborto	Si	18	7.50%
	No	222	92.50%
Periodo intergenésico corto	Si	11	4.58%
	No	229	95.42%
Trastorno del líquido amniótico	Si	35	14.58%
	No	205	85.42%
Paridad	Primípara	229	95.42%
	Segundigesta	7	2.92%
	Multigesta	4	1.67%
CPN<6	Si	115	47.92%
	No	125	52.08%
Trimestre de primer CPN	Tercer trimestre	111	46.25%
	Segundo trimestre	107	44.58%
	Primer trimestre	22	9.17%
Antecedente de legrado uterino	Si	15	6.25%
	No	225	93.75%
Antecedente de parto prematuro	Si	3	1.25%
	No	237	98.75%

FUENTE: Elaboración propia a partir de base de datos HRC y HNAGV
CPN: Control prenatal

En la tabla 3 se describen la frecuencia de los factores obstétricos donde nos muestra la variable antecedente de aborto, los que si tuvieron este antecedente representa el 7.50% (n=18) y los que no sufrieron dicho evento fue el 92.50% (n=222). La variable periodo intergenésico corto los que si tuvieron fue 4.58% (n=11) y los que no 95.42% (n=229). Seguidamente esta misma tabla nos describe la frecuencia del trastorno del líquido amniótico donde el 14.58% (n=35) tenía alterado como oligohidramnios y el 85.42% (n=205) tenía una fisiología normal de dicho líquido.

En la variable paridad se llegó a clasificar en tres categorías donde el primer grupo estuvo conformado por pacientes primíparas con una frecuencia de 95.42% (n=229), el segundo por mujeres segundigestas con un 2.9% (n=7) y por último multigestas con un 1.67% (n=4). Otra variable que nos muestra esta tabla es el número de controles prenatales donde se tomó como punto de corte el valor de 6, las adolescentes que tuvieron menor que este valor está representado por 47.92% (n=115) y los que tuvieron controles mayores al punto de referencia fue el 52.08% (n=125).

Respecto al trimestre de primer control prenatal nos muestra que el 46.25% (n=111) tuvieron su primer control en el último trimestre, el 44.58% (n=107) en el segundo trimestre y por último con menor prevalencia con un 9.17% (n=22) en el primer trimestre. La misma tabla nos describe la variable antecedente de legrado uterino donde el 6.25% (n=15) si tuvo este antecedente y el 93.75% (n=225) no tuvo. Por último, observamos la variable antecedente de parto prematuro donde el 1.25% (n=3) si tuvo dicho evento anteriormente y 98.75% (n=237) no tuvo.

TABLA 4: Frecuencia de los factores patológicos

		Frecuencia	Porcentaje
RPM	Si	50	20.83%
	No	190	79.17%
			12.39 +/-1.72 ^a
Anemia	Si	72	30.00%
	No	168	70.00%
Preeclampsia	Si	19	7.92%
	No	221	92.08%
Antecedente de ITU	Si	118	49.17%
	No	122	50.83%
Vulvovaginitis	Si	68	28.33%
	No	172	71.67%

FUENTE: Elaboración propia a partir de base de datos HRC y HNAGV

^a valor expresado en media y desviación estándar

RPM: ruptura prematura de membranas

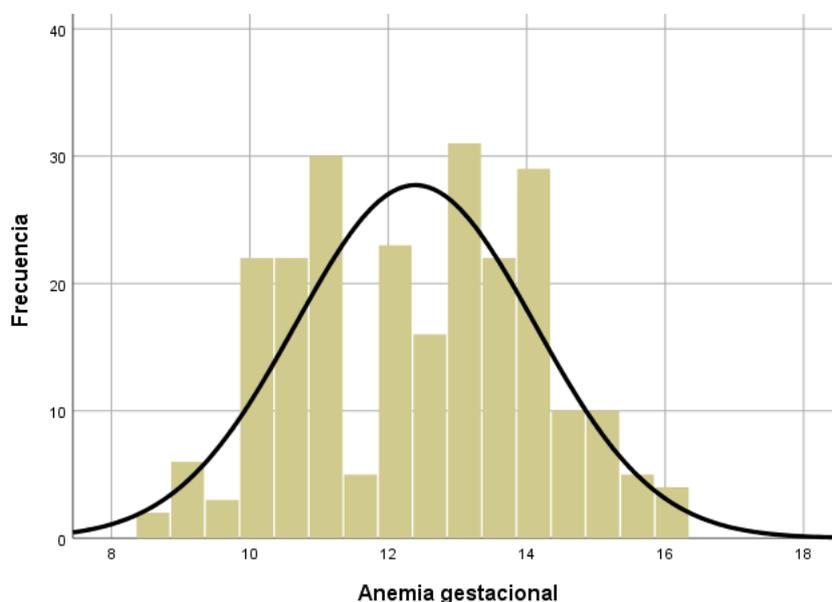
ITU: infección del tracto urinario

En la tabla 4 se describen la frecuencia de los factores patológicos que afectan a las adolescentes que acudieron a los hospitales del Cusco, iniciamos con la variable ruptura prematura de membranas donde el 20.83% (n=50) si tuvo y el 79.17% (n=190) no tuvo dicho evento. La variable anemia se llegó a categorizar

al ser una variable cuantitativa donde el 30.00% (72) si tuvo y el 70.00% (n=168) no tuvo.

La misma tabla describe una de las complicaciones más frecuentes de la hipertensión arterial, que es la preeclampsia donde el 7.92% (n=19) llego a tener durante su gestación y el 92.08% (n=221) no sufrió de dicha patología. La variable de infección de tracto urinario donde el 49.17% (n=118) tuvo dicha infección y el 50.83% (n=122) no tuvo durante la gestación. Por último, la tabla nos muestra la variable independiente vulvovaginitis donde 28.33% (n=68) si sufrió de dicha patología y 71.67% (n=172) no llego a tener.

GRÁFICO 2: Histograma de la variable anemia



En el gráfico 2 se observa la curva de normalidad, donde contiene la mayoría de las adolescentes gestantes con parto prematuro. La media para dicha variable fue de 12.39 con una desviación estándar de 1.72.

4.1.2 Análisis bivariado

TABLA 5: Frecuencia de asociación entre factores sociodemográficos y el parto prematuro

		Si		No		Total	p
		n	%	n	%		
Edad	13 - 15 años	20	40.82%	29	59.18%	49	0.213 ^a
	16 - 19 años	60	31.41%	131	68.59%	191	

Ocupación	Ama de casa	22	44.00%	28	56.00%	50	0.068 ^a
	Atención al cliente	6	66.67%	3	33.33%	9	
	Cocinera	0	0.00%	1	100.00%	1	
	Comerciante	4	50.00%	4	50.00%	8	
	Empleada	1	50.00%	1	50.00%	2	
	Estudiante	46	27.38%	122	72.62%	168	
	Jardinera	1	50.00%	1	50.00%	2	
Nivel de instrucción	Secundaria incompleta	51	36.40%	89	63.60%	140	0.162 ^a
	Secundaria completa	21	26.30%	59	73.80%	80	
	Superior técnico incompleto	6	54.50%	5	45.50%	11	
	Superior universitario incompleto	2	22.20%	7	77.80%	9	
Estado civil	Soltera	43	34.10%	83	65.90%	126	0.342 ^a
	Conviviente	36	31.90%	77	68.10%	113	
	Casada	1	100.00%	0	0.00%	1	

FUENTE: Elaboración propia a partir de base de datos HRC y HNAGV
^a Valor de "p" calculado mediante el Test de Chi Cuadrado

En la tabla 5 se llega a describir las variables sociodemográficas y el parto prematuro, donde las cuatro variables de esta dimensión fueron categorizadas. Para hallar el grado de asociación estadística entre la variable independiente y dependiente se utilizó la prueba estadística de Chi Cuadrado, obteniendo en todo un $p > 0.05$ indicándonos que no hay una asociación estadísticamente significativa entre la causa y efecto. Los resultados más relevantes de la edad fueron que 68.95% ($n=131$) pertenecían al grupo control o no expuesto que tenía una edad de 16-19 años, mientras la ocupación que tenían las adolescentes era ser estudiante con un 72% ($n=122$) que pertenecía al grupo control o no expuesto. En el nivel de educación nos refleja la realidad, mostrándonos que la mayoría tenía una secundaria incompleta teniendo una prevalencia de 63.60% ($n=89$) que pertenecía al igual que el anterior grupo a los controles. Para culminar en esta tabla nos muestra el estado civil de las participantes del estudio donde lo llamativo es que se encontró 100% ($n=1$) que indica estar casada y pertenecía al grupo casos o grupo expuesto.

TABLA 6: Frecuencia de asociación entre factores personales y el parto prematuro

		Si		No		Total	OR	IC 95%	p
		n	%	n	%				
Lugar de procedencia	Rural	38	38.4%	61	61.6%	99	1.46	1.02 – 2.52	0.046 ^a
	Urbano	42	29.8%	99	70.2%	141			
IMC	Alterado bajo	14	48.28%	15	51.72%	29	2.17	0.99 – 4.94	0.058 ^a
	Alterado alto	18	36.73%	31	63.27%	49	1.37	0.70 – 2.69	0.347 ^a
	Normal	48	29.63%	114	70.37%	162			

FUENTE: Elaboración propia a partir de base de datos HRC y HNAGV

^aValor de “p” calculado mediante el Test de Chi Cuadrado

IMC: Índice de masa corporal

En la tabla 6 nos muestra resultados interesantes de la asociación entre la causa y efecto. El lugar de procedencia tuvo una asociación estadísticamente significativa con el parto prematuro, con un $p= 0.046$ ($p < 0.05$), obtuvimos un OR= de 1.46 con un IC del 95% (1.02 – 2.52), indicándonos que una persona que proviene de una zona rural tiene 1.46 veces más de probabilidad de sufrir parto prematuro con respecto a una persona que proviene de una zona urbana.

Respecto a la variable IMC, en nuestro estudio se llegó a categorizar en tres grupos teniendo como referencia al IMC adecuado o que tenga su peso para su talla dentro de los parámetros establecidos, obteniendo un valor de $p=0.058$ y 0.347 ($p > 0.05$) para el IMC bajo y alto respectivamente, denostándonos de que no existe una asociación estadísticamente significativa entre la variable independiente y dependiente. Para el IMC alterado bajo tuvo un OR= 2.17 con un IC del 95% (0.99 – 4.94) y para el IMC alterado alto un OR= 1.37 con IC del 95% (0.70 – 2.69), ambos mostrando un factor de riesgo con un OR superior a la unidad.

TABLA 7: Frecuencia de asociación entre factores obstétricos y el parto prematuro

		Si		No		Total	OR	IC 95%	p
		n	%	n	%				
Antecedente de aborto	Si	10	55.56%	8	44.44%	18	2.71	1.02 – 4.17	0.038 ^a
	No	70	31.53%	152	68.47%	222	Ref.	---	---
Periodo intergenésico corto	Si	7	63.64%	4	36.36%	11	3.74	1.06 – 5.06	0.029 ^a
	No	73	31.88%	156	68.12%	229	Ref.	---	---
Trastorno del líquido amniótico	Si	18	51.43%	17	48.57%	35	2.44	1.18 – 5.05	0.014 ^a
	No	62	30.24%	143	69.76%	205	Ref.	---	---
Paridad	Primigesta	77	33.62%	152	66.38%	229	1.52	0.15 – 5.85	0.717 ^a
	Segundigesta	2	28.60%	5	71.40%	7	1.20	0.73 – 7.25	0.89 ^a
	Multigesta	1	25.00%	3	75.00%	4	Ref.	---	---
CPN <6	Si	59	51.30%	56	48.70%	115	5.21	2.87 – 9.45	0.001 ^a
	No	21	16.80%	104	83.20%	125	Ref.	---	---
Trimestre primer CPN	Tercer trimestre	51	45.95%	60	54.05%	10	2.89	0.89 – 7.56	0.740 ^a
	Segundo trimestre	24	22.43%	83	77.57%	107	0.98	0.32 – 2.94	0.976 ^a
	Primer trimestre	5	22.73%	17	77.27%	22	Ref.	---	---
Antecedente de legrado uterino	Si	8	53.33%	7	46.67%	15	2.42	0.84 – 6.95	0.090 ^a
	No	72	32.00%	153	68.00%	225	Ref.	---	---
Antecedente de parto prematuro	Si	2	66.67%	1	33.33%	1	4.07	0.36 – 10.65	0.218 ^a
	No	78	32.91%	159	67.09%	239	Ref.	---	---

FUENTE: Elaboración propia a partir de base de datos HRC y HNAGV

^aValor de "p" calculado mediante el Test de Chi Cuadrado

CPN: Controles prenatales

En la tabla 7 nos muestra la asociación que existe entre los factores obstétricos con el parto prematuro donde lo más llamativo fue las variables que tuvieron un impacto significativo con un $p < 0.05$ fueron el antecedente de aborto con un OR= 2.71 con un IC del 95% (1.02 – 4.17), tener un periodo intergenésico corto con un OR= 3.74 con un IC del 95% (1.06 – 5.06). otra variable fue la alteración del líquido amniótico mostrándonos un OR= 2.44 con un IC del 95% (1.18 – 5.05), al igual que nos muestra esta tabla fue el tener un número de controles prenatales menor de 6 indica ser un factor de riesgo con un OR= 5.21 con un IC del 95% (2.87 – 9.45). El último que tuvo una asociación estadísticamente

significativa fue el tener como antecedente un parto prematuro previo con un OR= 4.07 con un IC del 95% (0.36 – 10.65).

Las variables que no tuvieron una asociación estadísticamente significativa entre la variable independiente y la dependiente con un valor de $p > 0.05$ fue la paridad, el trimestre de primer control y el antecedente de legrado uterino.

TABLA 8: Frecuencia de asociación entre factores patológicos y el parto prematuro

		Si		No		Total	OR	IC 95%	p
		n	%	n	%				
RPM	Si	27	54.00%	23	46.00%	50	3.03	1.60 - 5.75	0.001
	No	53	27.89%	137	72.11%	190		Ref.	---
Anemia	Si	35	48.61%	37	51.39%	72	2.58	1.45 - 4.59	0.001
	No	45	26.79%	123	73.21%	168		Ref.	---
Preeclampsia	Si	9	47.37%	10	52.63%	19	1.90	0.74 - 4.88	0.176
	No	71	32.13%	150	67.87%	221		Ref.	---
ITU	Si	55	46.61%	63	53.39%	118	3.38	1.91 – 5.98	0.001
	No	25	20.49%	97	79.51%	122		Ref.	---
Vulvovaginitis	Si	33	48.53%	35	51.47%	68	2.50	0.91 - 4.48	0.064
	No	47	27.33%	125	72.67%	172		Ref.	---

FUENTE: Elaboración propia a partir de base de datos HRC y HNAGV

^a Valor de “p” calculado mediante el Test de Chi Cuadrado

RPM: Ruptura prematura de membranas

ITU: Infección de tracto urinario

En la tabla 8 nos muestra la relación que existe entre los factores patológicos y el parto prematuro que se observó en las adolescentes que acudieron a los hospitales del Cusco, para hallar a asociación entre variable independiente y dependiente se usó la prueba estadística de Chi Cuadrado, ya que fueron representadas de forma categórica. Las variables que tuvieron una asociación estadísticamente significativa con un $p < 0.05$ fue el tener una ruptura prematura de membranas con un OR= 3.03 con un IC del 95% (1.60 - 5.75), mostrándonos que actúa como factor de riesgo. El tener una anemia en la adolescencia sigue siendo un factor de riesgo que se asoció con un OR= 2.58 con un IC del 95% (1.45 - 4.59). Por último, la variable infección de tracto urinario resulto ser también un factor de riesgo con un OR= 3.38 con un IC del 95% (1.91 – 5.98).

Las variables que no tuvieron una asociación estadísticamente significativa en los factores patológicos con un $p > 0.05$ fue el tener una preeclampsia, pero resultó ser un factor de riesgo y tener vulvovaginitis.

4.1.3. Análisis multivariado

		ORc	IC 95%	p	ORa	IC 95	p
Lugar de procedencia	Rural	1.46	1.02 – 2.52	0.046	1.57	1.14- 2.85	0.042
	Urbano						
Antecedente de aborto	Si	2.71	1.02 – 4.17	0.038	2.56	0.39 – 5.80	0.453
	No	Ref.		---			
Periodo intergenésico corto	Si	3.74	1.06 – 5.06	0.029	4.09	1.08 – 6.69	0.045
	No	Ref.		---			
Trastorno del líquido amniótico	Si	2.44	1.18 – 5.05	0.014	2.04	0.82 – 5.04	0.121
	No	Ref.		---			
CPN <6	Si	5.21	2.87 – 9.45	0.001	4.78	2.49 – 9.15	0.001
	No	Ref.		---			
RPM	Si	3.03	1.60 - 5.75	0.001	2.72	0.78 – 3.82	0.063
	No	Ref.		---			
Anemia	Si	2.58	1.45 - 4.59	0.001	2.24	1.26- 3.61	0.043
	No	Ref.		---			
ITU	Si	3.38	1.91 – 5.98	0.001	2.78	1.47 – 5.25	0.002
	No	Ref.		---			

ORc: Odds Ratio Crudo

IC: intervalo de confianza

ORa: Odds Ratio ajustado para las variables lugar de procedencia, antecedente de aborto, periodo intergenésico corto, trastorno del líquido amniótico, CPN, RPM, anemia y ITU

El cálculo de los respectivos Odds Ratio ajustados (ORa), es decir, de la verdadera aproximación de dicha asociación/relación entre las variables en cuestión, fue posible gracias al empleo del Modelo de regresión logístico cumplieron para ello criterios estadísticos estrictos de multicolinealidad.

4.2. Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo general identificar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes adolescentes, atendidos en dos Hospitales de la Región del Cusco 2020-2024. La literatura médica refiere que la causa más frecuente de un parto prematuro es idiopático resultado de un inicio espontáneo de trabajo de parto, sin embargo, se plantean diversos factores de riesgo que podrían desencadenarlo, en la presente investigación se planteó estudiar posibles factores que pueden intercurrir durante la gestación y producir un riesgo para el parto pretérmino, por ello con los resultados de la investigación, así como con un diagnóstico precoz y manejo oportuno se podría evitar que la gestación finalice en un parto prematuro.

Con respecto al primer objetivo específico centrado en los factores sociodemográficos se vio que la edad materna promedio fue de 16.65 años, del grupo de casos se vio que el 75% correspondió a adolescencia tardía (16-19 años) y 25% en la adolescencia media (13-16 años) con un porcentaje similar en el grupo de controles (81% y 19% respectivamente), valor porcentual que se asemeja al estudio realizado por Murguía F et al (2021) donde se encontró que la edad materna promedio fue 17.49 años y que de las gestantes que tuvieron parto prematuro el 75% estuvieron en la adolescencia tardía⁽⁸⁾. Con respecto a la ocupación se observó que teniendo en cuenta la edad de las participantes del estudio la mayoría de la población correspondía a estudiantes (70% del total, 57% de los casos) y a amas de casa (20.83% del total, 27.5% de los casos) ($p=0.068$) valores porcentuales que se asemejan al estudio de Casimiro E et al (2023) que muestra que ambas ocupaciones constituyen un factor de riesgo $OR = 6,056$; $IC95\% [2,6 -13.5]$, $p=0,00$ ⁽¹⁸⁾.

Al hablar del segundo objetivo centrado en los factores personales maternos se encontró asociación significativa con la variable de lugar de procedencia viéndose que las gestantes provenientes de zona rural tenían 1.5 veces más riesgo de presentar un parto pretérmino $ORa = 1,57$; $IC95\% [1,14 -2.85]$, $p=0,04$, este hallazgo coincide con resultados del estudio de Abaraya M et al (2018) donde se vio que había asociación entre la procedencia rural y el parto pretérmino viéndose esta variable en más de la mitad de gestantes del grupo de casos ($p=0.000$)⁽¹⁶⁾. Con respecto a la variable de IMC pregestacional alterado

si bien no se encontró asociación significativa ($p > 0.05$) ambos mostraron ser factor de riesgo con un OR superior a la unidad, esto contrasta con estudios como Intaraphet S et al (2021) quienes informaron que el IMC pregestacional bajo constituía un factor de riesgo para el parto pretérmino ORa = 1,89; IC95% [1,28 – 2,81], $p = 0,001$ ⁽¹⁵⁾. También difiere con el estudio de Chavarría F (2019) que demuestra que la prematuridad fue más frecuente en mujeres con obesidad detectada en su primer control prenatal OR = 1,10; IC95% [1.03– 1,20] ⁽¹⁹⁾. Esta discrepancia podría explicarse por diferencias en el diseño, tamaño muestral o contexto hospitalario.

Con respecto al tercer objetivo centrado en los factores obstétricos se encontró asociación significativa con la variable de periodo intergénésico corto entendiéndose como menor de 2 años ORa = 4,09; IC95% [1.08– 6,69]; $p < 0.05$. Este hallazgo es consistente con el estudio de Abaraya M et al (2018) que identificaron a esta variable también como un factor de riesgo ORa = 2,7; IC95% [1.7– 4,5]; $p < 0.0001$ ⁽¹⁶⁾. Un aspecto relevante fue la variable de trimestre de inicio de control prenatal que si bien no presentó significancia estadística el iniciar durante el segundo trimestre se comportó como un factor de protección OR: 0.98; IC 95% [0.32 – 2.94] y el iniciar en el tercer trimestre como un factor de riesgo OR: 2.89; IC 95% [0.89 – 7.56], resultados que se asemejan a los del estudio de Martínez G et al (2017) que demuestra que el inicio en el tercer trimestre de los CPN es un factor de riesgo significativo (OR: 5.03; IC 95% [1.41-17.8]; $p = 0.01$) y que el inicio durante el segundo trimestre es un factor de protección no significativo ⁽¹³⁾.

El número de controles prenatales fue otra variable significativamente estadística, las directivas del MINSA recomiendan que las mujeres embarazadas realicen al menos 6 controles prenatales durante la gestación, en este estudio se tuvo como resultado que las gestantes con menos de 6 controles presentaron 4.7 veces más riesgo de presentar un parto pretérmino (ORa: 4.78; IC 95% [2.49-9.15]; $p = 0.001$), este hallazgo es compartido con estudios como el de Casimiro E et al (2023) que concluye que un número menor de 6 controles prenatales puede tener como desenlace un parto pretérmino (OR: 10,476; IC95% [4,279 – 25,648]; $p < 0,05$) ⁽¹⁸⁾. Así mismo también es coherente con el estudio de Intaraphet S et al (2021) quienes informaron en su estudio que tener menos de

4 visitas prenatales constituye un factor significativo de riesgo para parto pretérmino ORa: 5.16; IC95% [3.50-7.61]; $p < 0,001$) ⁽¹⁵⁾. Esto puede deberse a que las gestantes con pocos CPN tienden a tener menos probabilidad de identificar otros riesgos de parto prematuro y de proporcionar intervenciones adecuadas para su prevención como lo sugiere también Abaraya et al (2018) en su estudio ⁽¹⁶⁾.

Con respecto al cuarto objetivo centrado en los factores patológicos cabe resaltar que fue donde se encontraron mayor cantidad de factores de riesgo significativos, en primer lugar, se encontró asociación con la variable anemia gestacional ORa: 2.24; IC95% [1.26-3.61]; $p = 0,043$), este hallazgo va en la misma dirección que el estudio de Abaraya M et al (2018) que encuentra a la anemia como factor de riesgo significativo (ORa: 2.7; IC 95% [1.1-7.01]; $p < 0.05$) ⁽¹⁶⁾. Así mismo es consistente con los hallazgos que se menciona en el estudio de Casimiro S et al (2023) que califica a la anemia como un factor de riesgo ORa: 2.76; IC95% [1.08-7.06]; $p = 0,01$) ⁽¹⁸⁾, de forma similar también con el estudio de Murguía F et al (2021) que también menciona que padecer de anemia gestacional incrementa el riesgo de padecer un parto pretérmino en dos veces ORa: 2.07; IC95% [1.07-4.01]; $p = 0,03$) ⁽⁸⁾, cabe resaltar que los últimos estudios mencionados son también de nuestro país, esto enaltece cuan prevalente es la presencia de esta patología durante la gestación, es por ello que resulta importante tener en cuenta y afrontar esta patología que como ya se vio continúa siendo una de las complicaciones más frecuentes durante el embarazo, aún más en los países subdesarrollados como el nuestro.

Así mismo el análisis estadístico multivariado confirmó la relación significativa con la Infección de tracto urinario ORa: 2.78; IC95% [1.47-5.25]; $p = 0,002$), este hallazgo coincide en la dirección de asociación con los resultados del estudio realizado por Casimiro S et al (2023) que encontró que el antecedente de ITU fue un factor que podía influir en el desenlace de parto prematuro (OR: 2,754; IC95%: 1,041–7,284; $p = 0,001$) ⁽¹⁸⁾, de la misma forma se asemeja al estudio de Castillo R et al (2019) que encontró que esta variable era un factor de riesgo (OR: 3,48; IC 95% [2,03-5,96]; $p = 0,000$) ⁽¹⁷⁾, así mismo va en la misma línea de resultados con el estudio de Murguía F et al (2021) que cataloga esta variable como influencia estadísticamente significativa demostrando que la mayoría de

gestantes adolescentes que tuvieron parto prematuro presentaron infección del tracto urinario durante el segundo y el tercer trimestre de gestación (OR: 3,86; IC 95% [1,50-9.89]; $p=0,005$)⁽⁸⁾. La ruptura prematura de membranas constituyó un factor de riesgo en el análisis bivariado (OR: 3,03; IC 95% [1,60-5.75]; $p=0,001$) sin embargo no mostro significancia estadística en el análisis estadístico multivariado ($p>0.05$) esto contrasta con estudios como el de Intaraphet S et al (2021) quienes indican que esta patología aumenta el riesgo en cuatro veces de parto prematuro en gestantes adolescentes (OR: 4; IC 95% [2.20–8.11]; $p<0,001$)⁽¹⁵⁾, también difiriendo con los resultados de Min J et al (2018) que reporta el mismo resultado (OR:4. 27; 95% CI [2.78-6.57] $p=0.000$)⁽²⁰⁾, esta discrepancia podría explicarse por diferencias en el diseño o tamaño muestral, la literatura menciona que en la mayoría de las veces la ruptura de membranas antes del trabajo de parto se produce en gestaciones a término como respuesta a procesos bioquímicos y fisiológicos.

Finalmente, en el presente estudio no se encontró asociación estadísticamente significativa ($p>0.05$) con las variables sociodemográficas, algunas variables obstétricas como trastorno de líquido amniótico, antecedente de parto prematuro, antecedente de aborto, paridad, antecedente de legrado uterino, y con las variables patológicas maternas de preeclampsia y vulvovaginitis con el parto prematuro. Estos hallazgos pueden contrastar con diversos estudios como el de Martinez G et al (2017) quienes consideran a las alteraciones de líquido amniótico como factor de riesgo significativo (OR: 3.67; IC 95%: [1.4-9.4]; $p=0.0041$)⁽¹³⁾, así mismo difiere con otros estudios como el de Abaraya M et al (2018) que considera factores de riesgo a el antecedente de parto prematuro (ORa: 6.4; IC 95% [2.9-13.9]; $p<0.0001$) y a la preeclampsia (ORa: 6.6; IC 95% [3.3-13.4]; $p<0.0001$)⁽¹⁶⁾, y también se contrasta con estudios como el de Castillo S et al (2019) que encuentra asociación significativa con antecedentes de amenaza de parto prematuro (OR: 8. 45; IC 95% [1,04-8,63]; $p=0,036$ y con la vulvovaginitis (OR:12,33; IC 95% [2,82-37,70]; $p=0,000$)⁽¹⁷⁾. Esta discrepancia podría explicarse por diferencias en el diseño, tamaño muestral o contexto hospitalario.

4.3 Conclusiones

1. Respecto al objetivo general, se concluye que el parto prematuro en gestantes adolescentes es influenciado por diversos factores de riesgo. Se observaron asociaciones estadísticamente significativas con variables como el lugar de procedencia, el periodo intergésico corto, el número de controles prenatales menor a seis, la anemia gestacional y la infección de tracto urinario durante la gestación. Estas variables presentaron valores de $p < 0.05$ (estadísticamente significativos) y odds ratios (OR) que superaron el valor de 1, evidenciando su impacto clínico.

2. En relación con el primer objetivo específico, las variables sociodemográficas no mostraron asociación estadísticamente significativa con el parto pretérmino, sin embargo, la frecuencia en el grupo de casos fue mayor en gestantes adolescentes tardías, con secundaria incompleta, estudiantes y solteras.

3. En relación con el segundo objetivo específico, la variable personal materna con la que se encontró asociación estadísticamente significativa fue la de lugar de procedencia viéndose el riesgo incrementado en gestantes adolescentes provenientes de zona rural (ORa = 1,57; IC95% [1,14 –2.85], $p=0,04$).

4. Con respecto al tercer objetivo específico, las variables obstétricas que se asociaron de manera estadísticamente significativa con el parto pretérmino en gestantes adolescentes fueron el periodo intergésico corto (ORa =4,09; IC95% [1.08– 6,69]; $p<0.05$) y tener menos de 6 controles prenatales (ORa: 4.78; IC 95% [2.49-9.15]; $p=0.001$), este ultimo resultado destaca la importancia de los controles prenatales durante la gestación con especial interés en este grupo etario debido a que un control adecuado puede ayudar a controlar y evitar otros riesgos y promoviendo así la prevención de desenlaces prematuros, inclusive se vio que aunque de manera no estadísticamente significativa ($p>0.05$) que iniciar los controles durante el segundo trimestre o antes actúa como un factor protector para este desenlace (OR: 0.98),

5. Al hablar del cuarto objetivo específico, se concluyó que los factores patológicos maternos que tienen relación de riesgo de manera estadísticamente significativa con el parto pretérmino en gestantes adolescentes fueron padecer

de anemia gestacional con un ORa: 2.24; IC95% [1.26-3.61]; $p=0,043$), así mismo se asocio al factor de riesgo de antecedente de ITU con un ORa: 2.78; IC95% [1.47-5.25]; $p=0,002$). Esto destaca la importancia de realizar los controles y por ende los exámenes necesarios para descartar y prevenir estas patologías que pueden generar un parto precoz. Por otro lado, los factores de RPM, preeclamsia y vulvovaginitis no mostraron asociación estadísticamente significativa en el análisis estadístico multivariado.

4.4. Sugerencias

4.4.1. Para los dos hospitales de la Región del Cusco.

1. Se sugiere enfatizar en la importancia de los controles prenatales durante la gestación, así como insistir y concientizar de manera más efectiva la importancia preventiva para otras condiciones que tienen estos controles, en especial a que las gestantes de este grupo etario tan vulnerable.
2. Se recomienda desarrollar estrategias multidisciplinarias que incentiven a la gestante adolescente a iniciar de manera precoz los controles prenatales, así como realizar sus exámenes de control para prevenir y tratar comorbilidades de manera oportuna.
3. Se sugiere registrar adecuadamente los CIE-10 de las patologías, para poder generar datos estadísticos más verídicos.

4.4.2. Para los estudiantes

1. Se sugiere continuar investigando este tema de estudio con otros enfoques, debido a que los factores de riesgo pueden modificarse con el tiempo y el contexto sociodemográfico.
2. Se sugiere realizar un estudio transversal para determinar la prevalencia del parto prematuro en gestantes adolescentes, dado que la información disponible sobre este tema es limitada en los hospitales del Cusco.

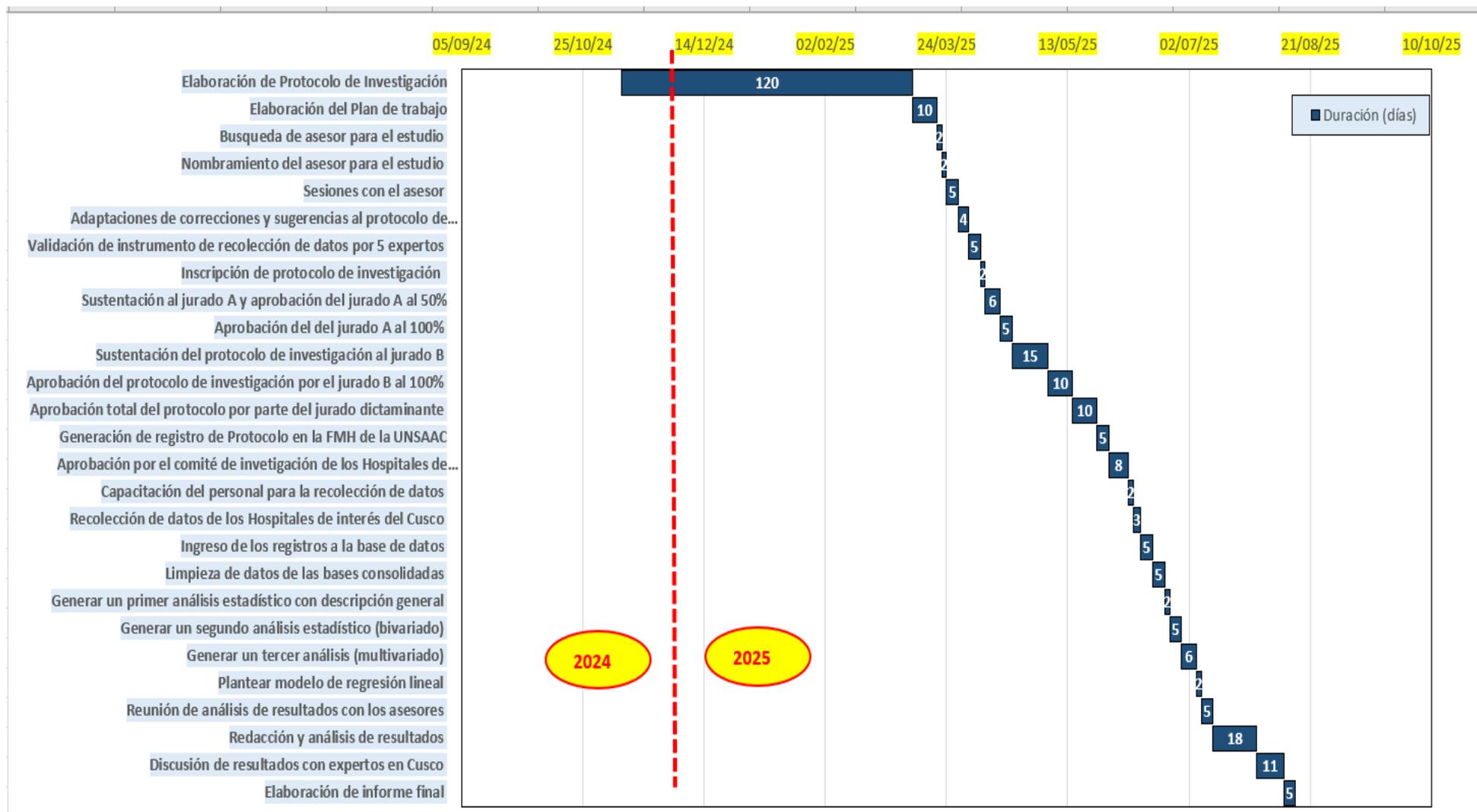
PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

. Se prevé correspondiente el siguiente presupuesto para la efectucción del estudio (basado en el cronograma planteado).

El presupuesto total es de S/.778.00. El estudio será de carácter autofinanciado.

	Costo unitario	Cantidad	Costo total
Recursos humanos			
Autores y colaboradores	-	1	-
Asesor metodológico	-	1	-
Comité de ética	-	-	-
Equipos y dispositivos			
Laptop	Propio del alumno	1	-
Equipo de celular	Propio del alumno	1	-
Conexión a internet	50	06	S/300.00
Servicio de escritorio y papelería			
Servicio de impresiones	S/0.20	400	S/80.00
Papel bon A4	S/0.10	100	S/10.00
Lapiceros	S/1.0	5	S/5.00
Tablero	S/18.00	1	S/18.00
Servicio de transporte			
Servicio de transporte	S/1.00	365	S/365
Total			
Total		-	-

CRONOGRAMA



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Suff N, Story L, Shennan A. The prediction of preterm delivery: What is new? *Semin Fetal Neonatal Med.* febrero de 2019;24(1):27-32.
2. Walani SR. Global burden of preterm birth. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* julio de 2020;150(1):31-3.
3. Toro-Huamanchumo CJ, Barboza JJ, Pinedo-Castillo L, Barros-Sevillano S, Gronerth-Silva JK, Galvez-Díaz N del C, et al. Factores maternos asociados a prematuridad en gestantes de un hospital público de Trujillo, Perú. *Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo.* julio de 2021;14(3):287-90.
4. Lincetto O, Banerjee A. World Prematurity Day: improving survival and quality of life for millions of babies born preterm around the world. *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol.* 1 de noviembre de 2020;319(5):L871-4.
5. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Boletín Epidemiológico del Perú SE 46-2019. 2019. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/46.pdf>
6. Torchin H, Ancel PY. [Epidemiology and risk factors of preterm birth]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* diciembre de 2016;45(10):1213-30.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1838/index.html
8. Murguía-Ricalde, F. N., Indacochea-Cacéda, S., Roque Quezada, J. C. E., & De La Cruz-Vargas, J. A. (2021). Factores de riesgo maternos asociados a parto prematuro en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo año 2018 al 2019, Lima - Perú. *Revista Peruana De Investigación Materno Perinatal*, 10(2), 35–41. <https://doi.org/10.33421/inmp.2021226>
9. Pusdekar, Y.V., Patel, A.B., Kurhe, K.G. *et al.* Rates and risk factors for preterm birth and low birthweight in the global network sites in six low- and low middle-income countries. *Reprod Health* **17** (Suppl 3), 187 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12978-020-01029-z>

10. Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. Alerta embarazo en adolescentes y niñas en el Perú.pdf. 2018. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Alerta%20embarazo%20en%20adolescentes%20y%20ni%C3%B1as%20en%20el%20Per%C3%BA.pdf>
11. Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. Perú. Mortalidad Materna y Embarazo en Adolescentes en el Contexto de COVID-19. Un problema de derechos humanos, inequidad y de desarrollo.2022. Disponible en: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2022-07-25/mclcp-reporte-sobre-situacion-de-la-mortalidad-materna-junio-2022v14.pdf>
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Nacidos vivos de madres adolescentes,2019-2020. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1832/libro.pdf
13. Romero-Vázquez, Argeo, Martínez-Cancino, Graciela Alejandra, Díaz-Zagoya, Juan Cuauhtémoc, Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes. Salud en Tabasco [Internet]. 2017;23(1-2):13-18. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48754566003>
14. Perez MJ, Chang JJ, Temming LA, Carter EB, López JD, Tuuli MG, Macones GA, Stout MJ. Driving Factors of Preterm Birth Risk in Adolescents. AJP Rep. 2020 Jul;10(3):e247-e252. doi: 10.1055/s-0040-1715164. Epub 2020 Aug 27. PMID: 33094012; PMCID: PMC7571551.
15. Intaraphet S, Kongpechr S, Mahawerawat S, et al . Factores de riesgo y resultados del parto prematuro en madres adolescentes del noreste de Tailandia. J South Asian Feder Obst Gynae 2021;13(2):111–116.
16. Abaraya M, Seid SS, Ibro SA. Determinants of preterm birth at Jimma University Medical Center, southwest Ethiopia. Pediatric Health Med Ther. 2018 Sep 18;9:101-107. doi: 10.2147/PHMT.S174789. PMID: 30289125; PMCID: PMC6163026.

17. Castillo R, Moyano G, Ortiz N, Villa C. Factores de riesgo maternos asociados al parto pre término. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, vol. 38, núm. 6, pp. 706-710, 2019
18. Casimiro Soriano E, Unchupaico Fermín J, Unchupaico Payano I. Factores de riesgo en el parto pretérmino de gestantes adolescentes en un hospital de Junín. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2023; 12(2): 15-21
19. Chavarría Rodríguez, F. L. (2019). Factores de riesgo relacionados con el parto en El Salvador. Alerta, Revista científica Del Instituto Nacional De Salud, 2(2 (julio-diciembre), 144–152. <https://doi.org/10.5377/alerta.v2i2.7922>
20. Min Jiang, Miskatul Mustafa Mishu, Dan Lu, Xianghua Yin, A case control study of risk factors and neonatal outcomes of preterm birth, Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology, Volume 57, Issue 6, 2018.
21. Gleason C, Jull S. Avery. Enfermedades del recién nacido. 10ma ed. España. Elsevier.2018
22. Sendeku FW, Beyene FY, Tesfu AA, Bante SA, Azeze GG. Preterm birth and its associated factors in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. Afr Health Sci. 2021 Sep;21(3):1321-1333. doi: 10.4314/ahs.v21i3.43.
23. Sociedad española de Ginecología y Obstetricia. Amenaza, parto pretérmino y complicaciones derivadas de la prematuridad. España. 2013.
24. Cobo, T., Kacerovsky, M. and Jacobsson, B. (2020), Risk factors for spontaneous preterm delivery. Int J Gynecol Obstet, 150: 17-23. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13184>
25. Ministerio de Salud del Perú. Guías de práctica clínica para la atención del recién nacido. 1era ed. Lima. Sinco Editores. 2007.
26. Santisteban Alba et al. Obstetricia y perinatología. Diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2012.
27. Cruz M. Tratado de Pediatría. Nueva edición. Editorial Ergon. 2007
28. Laelago, T., Yohannes, T. & Tsige, G. Determinantes del parto prematuro entre madres que dieron a luz en África Oriental: revisión sistemática y

metanálisis. *Ital J Pediatr* 46 , 10 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13052-020-0772-1>

29. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones con seres humanos. 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre de 2008. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index>.

30. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación (6a. ed. --.). México D.F.: McGraw-Hill

31. González-Garay, A., Díaz-García, L., Chiharu, Murata, Anzo-Osorio, A., & García de la Puente, S.. (2018). Generalidades de los estudios de casos y controles. *Acta pediátrica de México*, 39(1), 72-80. <https://doi.org/10.18233/apm1no1pp72-801542>

32. Comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. Informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. U.S.A., [Internet]. 1979 [citado el 12 de julio de 2022]. Disponible en: http://www.redbioetica-edu.com.ar/links/El_informe_Belmont.pdf

33. Glover AV, Manuck TA. Screening for spontaneous preterm birth and resultant therapies to reduce neonatal morbidity and mortality: A review. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2018 Apr;23(2):126-132. doi: 10.1016/j.siny.2017.11.007. Epub 2017 Dec 9. PMID: 29229486; PMCID: PMC6381594.

34. Análisis de la Situación de los Servicios Hospitalarios ASISHO 2020-Hospital Regional del Cusco. Edición Año 2020.

35. DeCS Server - List Terms [Internet]. [citado 5 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver>

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: FACTORES DE RIESGO Y PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES, ATENDIDAS EN DOS HOSPITALES DE LA REGIÓN DEL CUSCO, 2020-2024

PRESENTADO POR: OSCAR HILARIO SALAS CUSIHUAMAN

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA	RECOLECCIÓN DE DATOS Y PLAN DE ANÁLISIS
<p>PG: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en dos Hospitales de la Región del Cusco?</p> <p>PE1: ¿Cuál es la principal</p>	<p>OG: Determinar los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en dos Hospitales de la Región del Cusco, 2020-</p>	<p>HG: Los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en dos Hospitales de la Región del Cusco, 2020-2024 son el IMC bajo, la</p>	<p>VD: Parto pretérmino en gestantes adolescentes.</p>	<p>Edad gestacional al momento del parto.</p>	<p>Naturaleza del estudio: Cuantitativo Según finalidad del estudio: Correlacional Según el rol del investigador: Observacional Según el momento de</p>	<p>Se aplicará la ficha de recolección de datos de las variables a investigar. Se realizará un análisis univariado donde se describirá de manera general las características de la población estudiada, utilizándose para las variables cualitativas la distribución de frecuencia y porcentajes; mientras que</p>

<p>característica personal del parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en dos Hospitales de la Región del Cusco, 2020-2024?</p> <p>PE2: ¿Cuál es la principal característica sociodemográfica del parto pretérmino en dos Hospitales de la Región del Cusco, 2020-2024?</p> <p>PE3: ¿Cuál es la principal</p>	<p>del Cusco, 2020-2024</p> <p>OE1: Conocer la principal característica personal del parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en dos Hospitales de la Región del Cusco, 2020-2024</p> <p>OE2: Identificar la principal característica sociodemográfica del parto</p>	<p>ocupación, el lugar de procedencia, el grado de instrucción, el número de controles prenatales, la primigestación, la ruptura prematura de membranas y la anemia gestacional.</p> <p>HE1: Las principales características personales maternas del parto pretérmino en gestantes</p>	<p>VI: Factores de riesgo.</p>	<p>Factores personales maternos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • IMC • Ocupación <p>Factores sociodemográficos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lugar de procedencia • Estado civil • Nivel de instrucción <p>Factores obstétricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de controles prenatales 	<p>recolección de los datos respecto al estudio: Retrospectivo. Según el número de veces que se recolecta la información: Transversal</p> <p>Muestra: 270 pacientes</p>	<p>para las variables cuantitativas normales se utilizará la media y la desviación estándar, mientras que para las variables cuantitativas no normales se utilizará la mediana y los rangos intercuartílicos. Para el análisis bivariado se halla el riesgo relativo (RR), a partir de la base de datos creada en el programa Excel 2016, la cual será copiada al programa Stata versión 12.1. Para el análisis bivariado se utilizará la prueba estadística de Chi cuadrado para la</p>
--	--	--	--------------------------------	---	---	--

<p>característica obstétrica del parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en dos Hospitales de la Región del Cusco, 2020-2024?</p> <p>PE4: ¿Cuál es la principal característica patológica materna del parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en dos Hospitales de la</p>	<p>pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en dos Hospitales de la Región del Cusco, 2020-2024</p> <p>OE3: Determinar la principal característica obstétrica del parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en dos Hospitales de la Región</p>	<p>adolescentes atendidas en dos Hospitales de la Región del Cusco, 2020-2024 son el IMC bajo y la ocupación</p> <p>HE2: Las principales características sociodemográficas del parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en dos Hospitales de la Región del Cusco, 2020-</p>		<ul style="list-style-type: none"> ● Legrado uterino ● Antecedente de parto pretérmino ● Gestación múltiple ● Antecedente de aborto ● Periodo intergénésico corto ● Trastorno de líquido amniótico ● Primigestación <p>Factores patológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● RPM ● Anemia 		<p>evaluación de la existencia o no de asociación con el evento de interés, asimismo se calculará el riesgo relativo (RR) con sus respectivos intervalos de confianza al 95% y considerando a $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.</p>
---	---	---	--	--	--	---

<p>Región del Cusco, 2020-2024?</p>	<p>del Cusco, 2020-2024 OE4: Reconocer la principal característica patológica materna del parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en dos Hospitales de la Región del Cusco, 2020-2024</p>	<p>2024 son el lugar de procedencia y el grado de instrucción. HE3: Las principales características obstétricas del parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en dos Hospitales de la Región del Cusco, 2020-2024 son el número de controles prenatales y la primigestación.</p>		<ul style="list-style-type: none"> ● Preeclampsia ● Antecedente de ITU ● Diabetes gestacional 		
-------------------------------------	--	--	--	--	--	--

		HE4: Las principales características patológicas del parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en dos Hospitales de la Región del Cusco, 2020-2024 son la presencia de ruptura prematura de membranas y anemia gestacional.				
--	--	--	--	--	--	--



ANEXO 2. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO	
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA	
“FACTORES DE RIESGO Y PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES, ATENDIDAS EN DOS HOSPITALES DE LA REGIÓN DEL CUSCO”	
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
DATOS DE LA MADRE:	
HISTORIA CLÍNICA N°:	
FECHA:	
1. Parto pretérmino	Edad gestacional al momento del parto:..... semanas
FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS	
3. Edad años cumplidos
4. Estado civil	Casado () Soltero () Conviviente () Viuda ()
5. Ocupación	Ocupación o trabajo:
6. Nivel de formación académica	1. Ninguna () 2. Primaria () 3. Secundaria () 4. Superior ()
FACTORES PERSONALES MATERNOS	
7. Lugar de procedencia	1. Rural () 2. Urbano ()
8. IMC corporal	Peso:.....kg Talla:.....m
FACTORES OBSTETRICOS	
9. Controles prenatales	Número de controles prenatales:... veces
10. Trimestre de primer CPN	Trimestre de primer control prenatal:.... Trimestre



11. Antecedente de legrado uterino	<p>Antecedente de legrado uterino</p> <p>1. No</p> <p>2. Si</p> <p>Fecha: __/__/__.</p> <p>Semanas de amenorrea:.... semanas</p>
10. Antecedente de parto pretérmino	<p>Edad gestacional de anteriores partos en caso presente:.... semanas</p> <p>Fecha de parto: __/__/__.</p> <p>Fecha de parto: __/__/__.</p> <p>Fecha de parto: __/__/__.</p>
11. Gestación múltiple	<p>Número de fetos en vientre materno:..... fetos</p> <p>1 ()</p> <p>2 ()</p> <p>Otro:.....</p>
12. Antecedente de aborto	<p>Número de abortos realizados anteriormente:</p> <p>Fecha: __/__/__.</p>
13. Período intergenésico	<p>Tiempo transcurrido entre último parto o aborto y nuevo embarazo</p> <p>c. Fecha de último parto __/__/__.</p> <p>d. Fecha del parto actual __/__/__.</p>
14. Paridad	<p>Número de hijos de la madre:..... hijos</p> <p>Fórmula obstétrica:.....</p>
15. Trastorno de liquido amniótico	<p>Índice de liquido amniótico: mm</p>
FACTORES PATOLÓGICOS	
16. RPM	<p>Pérdida de líquido vaginal:....ml</p> <p>Test de nitrazina:.....</p> <p>Horas de RPM:..... horas</p> <p>Fecha: __/__/__.</p>
17. Anemia gestacional	<p>Nivel de hemoglobina durante el último trimestre del embarazo:.... gr/dl</p> <p>Fecha: __/__/__.</p>
18. Preeclampsia	<p>PA después de la 20va semana de gestación:.... mmHg</p> <p>Proteínas en orina en 24 horas después de la 20va semana de gestación:.....mg</p> <p>Creatinina:..mg/dL</p>



19. Antecedente de ITU	Bacterias en orina:/ml Síntomas y signos: ... Análisis de orina: ...
20. Vulvovaginitis	Test de aminas: Síntomas y signos: Cultivo de secreción vaginal:



VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO (FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS) MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS Y METODO DE DISTANCIA DE PUNTO MEDIO

Instrucciones:

El presente documento tiene como objetivo el de recoger informaciones de personas especializadas en el tema “**FACTORES DE RIESGO Y PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN DOS HOSPITALES DE LA REGIÓN DEL CUSCO, 2020 - 2024**” acerca de la ficha de recolección de datos.

Consta de diez componentes, cada uno de los cuales lleva aparejada una escala de estimación, que significa lo siguiente:

1. Significará la falta de componentes que respondan a la consulta. Representará una absolución escasa de la interrogante planteada.
2. Será una absolución de la indagación planteada.
3. Indicará una respuesta moderada a la pregunta.
4. Servirá para estimar que el proyecto de investigación resuelve en gran medida la cuestión planteada.
5. Será el número más alto de la escala y deberá darse cuando se determine que el estudio ha dado una respuesta totalmente adecuada a la cuestión planteada.

En la escala de valoración situada a la derecha de cada pregunta, indique su opinión sobre la herramienta de investigación poniendo una cruz (X).

Debe adjuntarse una sinopsis del protocolo de la tesis que tenga en cuenta la formulación del problema, el objetivo, la variable y el diseño metodológico. Además, deben incluirse las encuestas.

NOMBRE DEL MÉDICO: _____.

LUGAR DE TRABAJO: _____.

FIRMA: _____.



HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN



PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Usted que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Usted que los ítems contenidos en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Usted que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Usted que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera Usted que el tipo de preguntas utilizadas son apropiadas a los objetivos materia de estudio?	1	2	3	4	5
10. ¿Considera Usted que la disposición de los ítems es equilibrada y armónica?	1	2	3	4	5



ANEXO 3. CUADERNILLO DE VALIDACIÓN

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO (FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS) MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS Y METODO DE DISTANCIA DE PUNTO MEDIO

Instrucciones:

El presente documento tiene como objetivo el de recoger informaciones de personas especializadas en el tema "FACTORES DE RIESGO Y PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN DOS HOSPITALES DE LA REGIÓN DEL CUSCO, 2020 - 2024" acerca de la ficha de recolección de datos.

Consta de diez componentes, cada uno de los cuales lleva aparejada una escala de estimación, que significa lo siguiente:

1. Significará la falta de componentes que respondan a la consulta. Representará una absolución escasa de la interrogante planteada.
2. Será una absolución de la indagación planteada.
3. Indicará una respuesta moderada a la pregunta.
4. Servirá para estimar que el proyecto de investigación resuelve en gran medida la cuestión planteada.
5. Será el número más alto de la escala y deberá darse cuando se determine que el estudio ha dado una respuesta totalmente adecuada a la cuestión planteada.

En la escala de valoración situada a la derecha de cada pregunta, indique su opinión sobre la herramienta de investigación poniendo una cruz (X).

Debe adjuntarse una sinopsis del protocolo de la tesis que tenga en cuenta la formulación del problema, el objetivo, la variable y el diseño metodológico. Además, deben incluirse las encuestas.

NOMBRE DEL MÉDICO: Susy Tito Accóstupa

LUGAR DE TRABAJO: HNAGV

FIRMA: _____



Dra. Susy Tito Accóstupa
 GINECÓLOGO OBSTETRA
 CMP: 78998 RNE: 46627
 EsSalud
 HOSPITAL NACIONAL ADOLFO QUEVARA VELÁSQUEZ



HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Usted que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Usted que los ítems contenidos en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Usted que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Usted que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera Usted que el tipo de preguntas utilizadas son apropiadas a los objetivos materia de estudio?	1	2	3	4	5
10. ¿Considera Usted que la disposición de los ítems es equilibrada y armónica?	1	2	3	4	5



ANEXO 3. CUADERNILLO DE VALIDACIÓN

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO (FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS) MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS Y METODO DE DISTANCIA DE PUNTO MEDIO

Instrucciones:

El presente documento tiene como objetivo el de recoger informaciones de personas especializadas en el tema "FACTORES DE RIESGO Y PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN DOS HOSPITALES DE LA REGIÓN DEL CUSCO, 2020 - 2024" acerca de la ficha de recolección de datos.

Consta de diez componentes, cada uno de los cuales lleva aparejada una escala de estimación, que significa lo siguiente:

1. Significará la falta de componentes que respondan a la consulta. Representará una absolución escasa de la interrogante planteada.
2. Será una absolución de la indagación planteada.
3. Indicará una respuesta moderada a la pregunta.
4. Servirá para estimar que el proyecto de investigación resuelve en gran medida la cuestión planteada.
5. Será el número más alto de la escala y deberá darse cuando se determine que el estudio ha dado una respuesta totalmente adecuada a la cuestión planteada.

En la escala de valoración situada a la derecha de cada pregunta, indique su opinión sobre la herramienta de investigación poniendo una cruz (X).

Debe adjuntarse una sinopsis del protocolo de la tesis que tenga en cuenta la formulación del problema, el objetivo, la variable y el diseño metodológico. Además, deben incluirse las encuestas.

NOMBRE DEL MÉDICO: Marco Quiñévez Hinojosa

LUGAR DE TRABAJO: HNAGU

FIRMA: [Firma]

Dr. Marco Quiñévez Hinojosa
GINECOLOGO OBSTETRA
C.M.P.: 15548 R.N.E.: 26806
Ministerio de Salud
NACIONAL INSTITUTO GINECOLOGIA Y OBSTETRIA



HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Usted que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5 ✓
2. ¿Considera Usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5 ✓
3. ¿Considera Usted que los ítems contenidos en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5 ✓
4. ¿Considera Usted que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5 ✓
5. ¿Considera Usted que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?	1	2	3	4 ✓	5
6. ¿Considera Usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	5 ✓
7. ¿Considera Usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4 ✓	5
8. ¿Considera Usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige?	1	2	3	4	5 ✓
9. ¿Considera Usted que el tipo de preguntas utilizadas son apropiadas a los objetivos materia de estudio?	1	2	3	4	5 ✓
10. ¿Considera Usted que la disposición de los ítems es equilibrada y armónica?	1	2	3	4	5 ✓



ANEXO 3. CUADERNILLO DE VALIDACIÓN

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO (FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS) MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS Y METODO DE DISTANCIA DE PUNTO MEDIO

Instrucciones:

El presente documento tiene como objetivo el de recoger informaciones de personas especializadas en el tema **“FACTORES DE RIESGO Y PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN DOS HOSPITALES DE LA REGIÓN DEL CUSCO, 2020 - 2024”** acerca de la ficha de recolección de datos.

Consta de diez componentes, cada uno de los cuales lleva aparejada una escala de estimación, que significa lo siguiente:

1. Significará la falta de componentes que respondan a la consulta. Representará una absolución escasa de la interrogante planteada.
2. Será una absolución de la indagación planteada.
3. Indicará una respuesta moderada a la pregunta.
4. Servirá para estimar que el proyecto de investigación resuelve en gran medida la cuestión planteada.
5. Será el número más alto de la escala y deberá darse cuando se determine que el estudio ha dado una respuesta totalmente adecuada a la cuestión planteada.

En la escala de valoración situada a la derecha de cada pregunta, indique su opinión sobre la herramienta de investigación poniendo una cruz (X).

Debe adjuntarse una sinopsis del protocolo de la tesis que tenga en cuenta la formulación del problema, el objetivo, la variable y el diseño metodológico. Además, deben incluirse las encuestas.

NOMBRE DEL MÉDICO: Dr. Edwin Espinoza Choque

LUGAR DE TRABAJO: Huancu

FIRMA: _____

[Firma manuscrita]
 Dr. Edwin Espinoza Choque
 C.O.P. N° 17886
 Huancu



HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Usted que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Usted que los ítems contenidos en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Usted que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Usted que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Usted que todos y cada uno de ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera Usted que el tipo de preguntas utilizadas son apropiadas a los objetivos materia de estudio?	1	2	3	4	5
10. ¿Considera Usted que la disposición de los ítems es equilibrada y armónica?	1	2	3	4	5



ANEXO 3. CUADERNILLO DE VALIDACIÓN

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO (FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS) MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS Y METODO DE DISTANCIA DE PUNTO MEDIO

Instrucciones:

El presente documento tiene como objetivo el de recoger informaciones de personas especializadas en el tema **“FACTORES DE RIESGO Y PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN DOS HOSPITALES DE LA REGIÓN DEL CUSCO, 2020 - 2024”** acerca de la ficha de recolección de datos.

Consta de diez componentes, cada uno de los cuales lleva aparejada una escala de estimación, que significa lo siguiente:

1. Significará la falta de componentes que respondan a la consulta. Representará una absolución escasa de la interrogante planteada.
2. Será una absolución de la indagación planteada.
3. Indicará una respuesta moderada a la pregunta.
4. Servirá para estimar que el proyecto de investigación resuelve en gran medida la cuestión planteada.
5. Será el número más alto de la escala y deberá darse cuando se determine que el estudio ha dado una respuesta totalmente adecuada a la cuestión planteada.

En la escala de valoración situada a la derecha de cada pregunta, indique su opinión sobre la herramienta de investigación poniendo una cruz (X).

Debe adjuntarse una sinopsis del protocolo de la tesis que tenga en cuenta la formulación del problema, el objetivo, la variable y el diseño metodológico. Además, deben incluirse las encuestas.

NOMBRE DEL MÉDICO: DR. EDGARDO PAREDES T.

LUGAR DE TRABAJO: LINACU

FIRMA: _____

Dr. Edgardo Paredes Toran
GINECOLOGO OBSTETRA
C.M.P.: 21177 R.N.E.: 11395
EsSalud
HOSPITAL NACIONAL AGUIRRE QUEVEDO VELAZCO



HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Usted que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?				4	5
2. ¿Considera Usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?				4	5
3. ¿Considera Usted que los ítems contenidos en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?				4	5
4. ¿Considera Usted que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?				4	5
5. ¿Considera Usted que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?				4	5
6. ¿Considera Usted que todos y cada uno de ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?				4	5
7. ¿Considera Usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?				4	5
8. ¿Considera Usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige?				4	5
9. ¿Considera Usted que el tipo de preguntas utilizadas son apropiadas a los objetivos materia de estudio?				4	5
10. ¿Considera Usted que la disposición de los ítems es equilibrada y armónica?				4	5



ANEXO 3. CUADERNILLO DE VALIDACIÓN

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO (FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS) MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS Y METODO DE DISTANCIA DE PUNTO MEDIO

Instrucciones:

El presente documento tiene como objetivo el de recoger informaciones de personas especializadas en el tema "FACTORES DE RIESGO Y PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN DOS HOSPITALES DE LA REGIÓN DEL CUSCO, 2020 - 2024" acerca de la ficha de recolección de datos.

Consta de diez componentes, cada uno de los cuales lleva aparejada una escala de estimación, que significa lo siguiente:

1. Significará la falta de componentes que respondan a la consulta. Representará una absolución escasa de la interrogante planteada.
2. Será una absolución de la indagación planteada.
3. Indicará una respuesta moderada a la pregunta.
4. Servirá para estimar que el proyecto de investigación resuelve en gran medida la cuestión planteada.
5. Será el número más alto de la escala y deberá darse cuando se determine que el estudio ha dado una respuesta totalmente adecuada a la cuestión planteada.

En la escala de valoración situada a la derecha de cada pregunta, indique su opinión sobre la herramienta de investigación poniendo una cruz (X).

Debe adjuntarse una sinopsis del protocolo de la tesis que tenga en cuenta la formulación del problema, el objetivo, la variable y el diseño metodológico. Además, deben incluirse las encuestas.

NOMBRE DEL MÉDICO: Wesley Rotaci J. Cre Borda

LUGAR DE TRABAJO: UNAGU

FIRMA: _____



Dr. W. Rotaci J. Cre Borda
GINECOLOGO OBITERINARIO
C.M.P. 72159 PUNO, PERU



HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Usted que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Usted que los ítems contenidos en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Usted que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Usted que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Usted que todos y cada uno de ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera Usted que el tipo de preguntas utilizadas son apropiadas a los objetivos materia de estudio?	1	2	3	4	5
10. ¿Considera Usted que la disposición de los ítems es equilibrada y armónica?	1	2	3	4	5



ANEXO 4. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Validez a juicio de expertos, utilizando el método DPP (Distancia del punto medio)

Procedimiento

1. La tabla adjunta se creará utilizando las puntuaciones de los cinco médicos con experiencia para cada ítem y las medias correspondientes.

N° ITEM						PROMEDIO
	A	B	C	D	E	
1	5	4	5	5	5	4.8
2	4	4	5	5	5	4.6
3	5	4	5	5	5	4.8
4	4	5	5	4	5	4.6
5	5	5	5	5	4	4.8
6	5	5	5	4	5	4.8
7	5	5	4	5	4	4.6
8	4	5	5	5	5	4.8
9	4	5	5	5	5	4.8
10	5	4	5	5	5	4.8

2. Con los promedios hallados se determinará la distancia del punto medio (DPP) mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(x - y_1)^2 + (x - y_2)^2 + \dots + (x - y_{10})^2}$$

Donde:

X= Valor máximos en la escala.

Y= Promedio de cada ítem.

$$DPP = \sqrt{(5 - 4.8)^2 + (5 - 4.6)^2 + (5 - 4.8)^2 + (5 - 4.6)^2 + (5 - 4.8)^2 + (5 - 4.8)^2 + (5 - 4.6)^2 + (5 - 4.8)^2 + (5 - 4.8)^2 + (5 - 4.8)^2}$$

Un instrumento puede utilizarse para recoger datos si su DPP es igual a cero, lo que indica que es totalmente adecuado para el fin para el que está diseñado.

Resultado: **DPP= 0.87**



3. Se determinará la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación:

$$D (\text{máx.}) = \sqrt{(x_1 - 1)^2 + (x_2 - 1)^2 + \dots + (x_n - 1)^2}$$

Donde:

X= Valor máximo en la escala concedido para cada ítem

Y=1

$$D (\text{máx.}) = \sqrt{(5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2}$$

4. La D (máx.) se dividirá entre el valor máximo de la escala: Resultado = 12.6/5 = **2.52.**

5. A partir de este valor final, se creará una escala de valores, que comenzará en cero y llegará hasta el valor D max, y se dividirá en intervalos iguales, que se representan del siguiente modo:

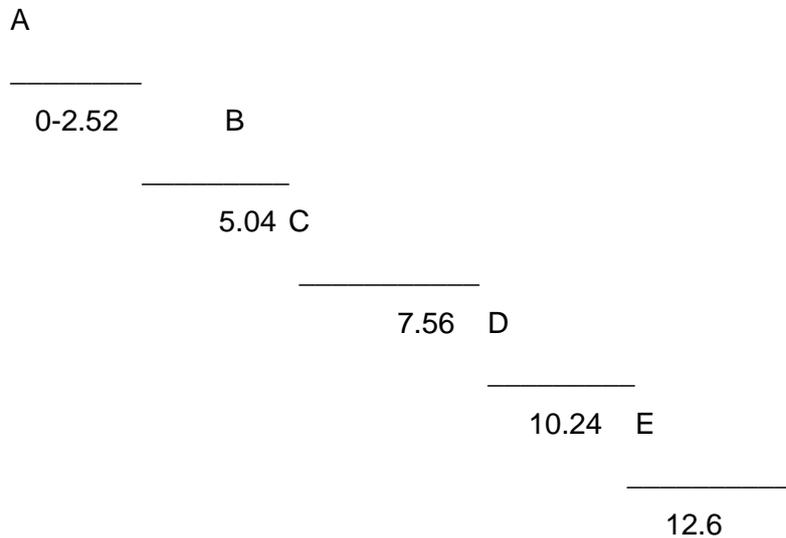
A= significa adecuación total.

B=significa suficiencia alta.

C= suficiencia media.

D= significa insuficiencia.

E= Insuficiencia



6. El punto DPP se localizó en las zonas **A** que considera de 0 a 2.52.

Conclusión

El valor hallado del DPP en nuestro estudio fue **0.87** encontrándose en la zona **A** lo cual significa **Adecuación total.**



ANEXO 5: AUTORIZACIÓN DE LOS HOSPITALES DE ESTUDIO



Firmado digitalmente por
MIZA WILCA Carlos Benito PAU
20131257750 hard
Motivo: Soy el autor del documento.
Fecha: 20.05.2025 09:41:03-05:00

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

RESOLUCIÓN N° 000469-GRACU-RACU-ESSALUD-2025

Wanchaq, 28 de Mayo del 2025

VISTO:

La Nota de la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia N° 000205-OCID-GRACU-ESSALUD-2025 de fecha 16 de mayo del 2025, sobre la solicitud de emisión de la Resolución de autorización de ejecución de Proyecto de Investigación;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación N° 46-IETSI-ESSALUD-2019 de fecha 03 de junio del 2019, se resuelve aprobar la Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2019 v.01. "Directiva que Regula el Desarrollo de la Investigación en Salud"; cuyo objetivo es establecer los lineamientos para la aprobación, ejecución, supervisión, difusión, priorización de las actividades y estudios de investigación en salud a ser desarrollados en EsSalud;

Que, en el numeral 1 del Capítulo III – Disposiciones Generales de la Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2019 V.01; se establece que, la distinción entre ensayos clínicos y estudios observacionales se realiza según la definición regulatoria de ensayo clínico contenida en el Reglamento de Ensayos Clínicos y en esta Directiva, la misma que necesariamente corresponde a la definición metodológica. Los estudios que no cumplan la definición regulatoria de ensayo clínico serán considerados como estudios observacionales;

Que, en numeral 2.1.1. de la Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2019 V.01, se establece que, los estudios observacionales se desarrollan mediante las siguientes modalidades: Institucional, Extra Institucional, Colaborativa y Tesis de Pregrado;

Que, en el numeral .2.1 de la Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2019 v.01; se establece el proceso de aprobación de los estudios observacionales y la presentación de los documentos por parte del Investigador Principal (IP) o el Co-Investigador responsable ante la Instancia Encargada del área de Investigación (IEAI);

Que, en el numeral 2.2.2 de la Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2019 V.01, se establece que, la IEAI recibe el expediente y verifica el cumplimiento de los requisitos. Luego, envía el expediente al Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) en un plazo que no exceda de tres días útiles;

Que, en el numeral 2.2.5 de la Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2019- V.01; se establece que, una vez aprobado el protocolo por el CIEI, la Gerencia evalúa el expediente y emite una carta dirigida al investigador con su decisión de autorizar o no el inicio del estudio en un plazo no mayor a catorce días calendario. La IEAI comunica la decisión al Comité y al IP haciéndole llegar la carta o certificado de aprobación del comité y de la gerencia. La Gerencia del Órgano puede delegar esta función de autorización de estudios observacionales a otra instancia que considere conveniente, por ejemplo, a la IEAI o al director del Establecimiento;

Que, mediante resolución de Gerencia de Red Asistencial Cusco N° 268-GRACU-ESSALUD-2024 de fecha 26 de abril del 2024, se resuelve, conformar a partir de la fecha y por el periodo de dos (02) años, el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) del Hospital Adolfo Guevara Velasco, de la Gerencia de la Red Asistencial Cusco del Seguro social de Salud "ESSALUD"; Que mediante documento del visto, la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia, en uso de sus



Firmado digitalmente por
ACUÑA GÓMEZ Carlos Fabr
FRA 20131257750 hard
Motivo: Soy el autor del documento.
Fecha: 20.05.2025 09:53:07 -code

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Seguro Social de Salud, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 079-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sgfiredes.essalud.gob.pe/validador/documental> e ingresando el siguiente código: CWZEGY2.

www.gob.pe/essalud

Jr. Domingo Cueto N.° 120
Jesús María
Lima 11 – Perú
Tel.: 265 – 6030 / 265 – 7060





atribuciones ha verificado el cumplimiento de los requisitos para la autorización de la ejecución del Proyecto de Investigación con el Título: "FACTORES DE RIESGO Y PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL ADOLFO GUEVARA VELASCO, 2020-2024", para optar al título profesional de Médico Cirujano; solicitando a la Gerencia de la Red asistencial Cusco la emisión de la resolución de autorización de ejecución de dicho proyecto de investigación;

Que, el proyecto de investigación, entre otros, cuenta con la aprobación del Comité de Ética en Investigación con Nota N° 096-CE-GRACU-ESSALUD-2024 de fecha 14 de mayo del 2025; asimismo, cuenta con la opinión favorable de la sede donde se realizara la investigación según Anexo 6 suscrito por el jefe del Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional "Adolfo Guevara Velasco" de la Gerencia de la Red Asistencial de ESSALUD Cusco; Dr. Rory Bustamante Ramirez; Que, por los considerandos expuestos, es procedente adoptar las acciones administrativas respectivas para autorizar la ejecución del proyecto de investigación aludido, en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional "Adolfo Guevara Velasco" de la Gerencia de la Red Asistencial de ESSALUD Cusco;

En uso de las facultades conferidas mediante Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2019 V.01 y Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 1237-PE-ESSALUD-2023;

SE RESUELVE:

PRIMERO. - AUTORIZAR, la ejecución del Proyecto de Investigación con el Título: "FACTORES DE RIESGO Y PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL ADOLFO GUEVARA VELASCO, 2020-2024", presentado por el bachiller OSCAR HILARIO SALAS CUSIHUAMAN, a realizarse en el Servicio de Obstetricia del Departamento de Gineco Obstetricia del "Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco" de la Gerencia de Red Asistencial Cusco.

SEGUNDO. - DISPONER, que el Investigador principal OSCAR HILARIO SALAS CUSIHUAMAN, prosiga con todas las acciones vinculadas con el tema de investigación, las cuales deberán ajustarse al cumplimiento de las normas y directivas de la institución establecidas para tal fin.

TERCERO. - DISPONER, que las instancias respectivas brinden las facilidades del caso para la ejecución del Proyecto de Investigación autorizado con la presente Resolución.

REGISTRESE Y COMUNIQUESE.

Firmado digitalmente por
CARLOS BENITO MEZA VILCA
GERENTE DE RED ASISTENCIAL
GERENCIA DE RED ASISTENCIAL CUSCO

CC.: OCID, DHNAGV, COE, SO, INVESTIGADORA/IA PRINCIPAL, ARCHIVO
Exp. 0167420250005225

CBMV/mapm

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Seguro Social de Salud, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sgdredes.essalud.gob.pe/validadorDocumental> e ingresando la siguiente clave: CUZE9Y2.

www.gob.pe/essalud | It. Domingo Cuzco N.° 120
José María
Lima 11 - Perú
Tel.: 265 - 6090 / 265 - 7000





"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

Cusco, 26 de Mayo del 2025

PROVEIDO N°195 - 2025-GR CUSCO/GERESA-HRC-DE-OCDI.

Visto, el Expediente N°8303 seguido por el Br.: **SALAS CUSIHUAMAN OSCAR HILARIO**, estudiante de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Antonio Abad del Cusco, solicita: Autorización para aplicación de instrumento de Investigación, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano.

El presente Proyecto de Investigación: "**FACTORES DE RIESGO Y PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN DOS HOSPITALES DE LA REGION DEL CUSCO, 2020-2024**" conforme al informe emitido por el Jefe del Área de Investigación de la Oficina de Capacitación Docencia e Investigación, la petición formulada por el citado tesista se encuentra apta para realizar lo solicitado ya que las características de investigación es de estudio cuantitativo, correlacional, observacional, retrospectivo y transversal; se aplicara recolección de datos en partos de gestantes adolescentes en Historias Clínicas en la Unidad de Estadística en el Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Cusco 2020-2024.

En tal sentido, esta dirección **AUTORIZA** la Aplicación de Instrumento de Investigación para lo cual se le brinde las facilidades correspondientes, exhortando a los investigadores que todo material de la aplicación del instrumento es a cuenta de las interesadas y no genere gastos al Hospital.

RECOMENDACIÓN:

Presentación de la presente autorización, debidamente identificado con su DNI correspondiente.
Se adjunta Recibo N°89352.
Al finalizar la aplicación del Instrumento, la investigadora deberá entregar una copia original del Proyecto Final de Investigación, a la Oficina de Capacitación del Hospital Regional Cusco.

Atentamente,

Med. Carlos R. A. María Valdivia
Dir. Oficina de Investigación
CNP 48301/3NE 21300

M.ª María Elena Salas Gallardo
Jefe de la Unidad de Capacitación, Docencia e Investigación

Se autoriza acceso al Área de Archivo de Historias clínicas

c.c Archivo
RASS/1chs
26/05/2025

LUCY FLORES COLLETTA CABRERA
Jefa Unidad de Estadística e Informática
CNP 48301/3NE 21300
29/05/2025

