

**UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud**



**Factores de riesgo y parto prematuro en puérperas atendidas en el Servicio de  
Gineco Obstetricia de un hospital público de Cajamarca, 2021**

Trabajo académico para obtener el Título de Segunda Especialidad Segunda Especialidad  
Profesional de Enfermería: Gineco Obstetricia

**Autor:**

Jessica Lorena Canto Mercado

**Asesor:**

Dra. Luz Victoria Castillo Zamora

**Lima, 2021**

DECLARACIÓN JURADA  
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo Dra. Luz Victoria Castillo Zamora, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y estudiante en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado:

***“Factores de riesgo y parto prematuro en puérperas atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital público de Cajamarca, 2021”***. Constituye la memoria que presenta la Lic. Jessica Lorena Canto Mercado, para aspirar *al Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería: Gineco Obstetricia, se ejecutó en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.*

Las opiniones y declaraciones de este trabajo de investigación son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los treinta días del mes de mayo del 2021.



---

Dra. Luz Victoria Castillo Zamora

**Factores de riesgo y parto prematuro en puérperas atendidas en el Servicio de  
Gineco Obstetricia de un hospital público de Cajamarca, 2021**

**Proyecto de tesis**

**TRABAJO DE ACADÉMICO**

Presentado para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional de  
Enfermería: Gineco Obstetricia



---

Dra. Luz Victoria Castillo Zamora

**Lima, mayo de 2021**

## Índice de contenido

Índice de contenido .....	iv
Índice de tablas .....	vi
Índice de apéndice.....	vii
Resumen.....	viii
Capítulo I .....	9
Planteamiento del problema.....	9
Identificación del problema.....	9
Formulación del problema .....	11
Problema general. ....	11
Problemas específicos. ....	11
Objetivos de la investigación .....	11
Objetivo general. ....	11
Objetivos específicos.....	11
Justificación.....	12
Aporte teórico.....	12
Aporte metodológico .....	12
Aporte social práctico.....	13
Presuposición filosófica .....	13
Capítulo II .....	16
Desarrollo de las perspectivas teóricas .....	16
Antecedentes de la investigación .....	16
Internacionales.....	16
Nacionales .....	20
A nivel local .....	22
Marco conceptual .....	23
Parto prematuro .....	23
Secuelas en los recién nacidos prematuros.....	25
Factores de riesgo .....	26
Factores de riesgo sociodemográficos.....	26
Factores de riesgo materno.....	30
Factores de riesgos patológicos .....	32
Bases teóricas .....	44
Definición conceptual .....	46
Capítulo III.....	47
Metodología .....	47
Descripción del lugar de ejecución .....	47
Población y muestra .....	47
Población.....	47
Muestra.....	48

Muestreo .....	49
Criterios de inclusión y exclusión .....	49
Tipo y diseño de investigación.....	50
Formulación de hipótesis .....	51
Identificación de variables .....	51
Operacionalización de variables.....	52
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	54
Técnica.....	54
Instrumento.....	54
Validez.....	55
Confiabilidad del instrumento.....	55
Proceso de recolección de datos.....	56
Procesamiento y análisis de los datos .....	56
Consideraciones éticas .....	57
Capítulo IV.....	59
Administración del proyecto de investigación.....	59
Cronograma de ejecución.....	59
Presupuesto .....	60
Referencias.....	61
Apéndice .....	77

## Índice de tablas

Tabla 1 <i>Operacionalización de variable: Factores de riesgo</i> .....	52
Tabla 2 <i>Operacionalización de Variable: Parto prematuro</i> .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla 3. <i>Cronograma de actividades de ejecución</i> .....	59
Tabla 4. <i>Presupuesto para la ejecución</i> .....	60
Tabla 5 <i>Consolidado Valoración Opinión Jueces Validez del Instrumento: Factores de Riesgo</i> .	81
Tabla 6 <i>Consolidado Valoración de Opinión de Jueces Validez del Instrumento: Parto Prematuro</i> . .....	82
Tabla 7 <i>Consolidado de Criterios Validez de Contenido del Instrumento por Juicio de Expertos</i> . .....	82
Tabla 8 <i>Resumen de Procesamiento de Casos de la Prueba Piloto</i> .....	83
Tabla 9 <i>Estadística de Confiabilidad Alfa de Cronbach de la Prueba Piloto</i> .....	83
Tabla 10 <i>Estadísticas de Total de Elemento</i> .....	84
Tabla 11. <i>Matriz de consistencia</i> .....	87

## Índice de apéndice

Apéndice A: Instrumento de recolección de datos .....	78
Apéndice B: Validez de los instrumentos .....	81
Apéndice C: Confiabilidad de los instrumentos (incluir matriz de datos).....	83
Apéndice D: Consentimiento informado .....	86
Apéndice E: Matriz de consistencia.....	87
Apéndice F: Permiso Institucional para aplicación de la prueba piloto.....	89
Apéndice G: Carta de presentación del Docente- Asesor .....	91
Apéndice H: Documentos juicio de expertos.....	92

## Resumen

En la actualidad, los nacimientos prematuros son un grave problema de salud pública global porque se genera una gran morbilidad neonatal (OMS, 2019). El presente estudio tiene como objetivo determinar la relación entre los factores de riesgo asociado y parto prematuro en puérperas, en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital público de Cajamarca, 2021. Según el método, es un estudio de enfoque cuantitativo, tipo nivel correlacional, diseño no experimental y de corte transversal. La muestra estará conformada por 88 puérperas; serán establecidas a través del muestreo probabilístico aleatorio simple; como técnica, se utilizará la entrevista y como instrumento una “Ficha de recolección de datos”. La validez de los instrumentos se realizó por intermedio del juicio de expertos, obteniendo un resultado V de Aiken de 0,933 y 0,920 de validez. Para determinar la confiabilidad, se aplicó una prueba piloto a 21 madres puérperas; luego el índice de confiabilidad, se determinó a través del Alfa de Cronbach obteniendo 0.730 de coeficiente. Para la recolección de datos, se solicitará la autorización al hospital público; los datos, se procesarán mediante el uso del estadístico SPSS V.23 y los resultados. Para su interpretación y análisis de la información se presentarán tablas, gráficos, distribución de frecuencias y porcentajes; para correlación de ambas variables, se determinará mediante la prueba del chi cuadrado, según los objetivos, los cuales, están orientados en el mejoramiento de la atención del cuidado del personal de enfermería del Servicio de Gineco Obstetricia, y en beneficio de las pacientes madres de los recién nacidos prematuros.

**Palabras clave:** Factores de riesgo, puérperas, partos prematuros, enfermería

## Capítulo I

### Planteamiento del problema

#### Identificación del problema

Los nacimientos prematuros son un grave problema de salud pública global por la gran morbimortalidad neonatal que generan. A nivel mundial nacen aproximadamente 25 millones de niños prematuros (1 x cada 10 nacimientos) y las tasas de nacimientos prematuros aumentan cada año al igual que las complicaciones por la prematurez. Estas son la primera causa de defunción en niños menores de 5 años. Se estima que en el 2017 provocaron 2.5 millones de muertes. El 60% de nacimientos prematuros se presentan en África y Asia, el 12% en países de ingresos bajos, el 9% en países de ingresos más altos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019).

En general, en América Latina y el Caribe no existen estadísticas confiables acerca del parto prematuro debido al sub registro, pero se estima que la prevalencia de la prematuridad es de 09 millones, en Uruguay es del 1.1%, en Brasil es el 9%, en Bolivia es 9%, en Colombia es 8.8%, en Venezuela es 8.1%, en Chile es 7.1%, en Ecuador es 5.1% (Mendoza et al., 2016).

Por su parte, el Ministerio de Salud (MINSA) (2018) informó que, según la Encuesta demográfica y de Salud Familiar - ENDES en el año 2017, de 480,483 nacimientos, los recién nacidos prematuros representaron el 21.8%, de los cuales el 6.4% son prematuros extremos. Los partos prematuros, según la zona de residencia, muestran que la zona urbana tiene 24.4% y la rural el 12.1%. Según la información proporcionada por el MINSA (2016), los partos prematuros que se han presentado por departamento son: Lima, el 6.48%; Lambayeque, el 7.5% y Cajamarca, el 7.22%.

A nivel local, según el informe de transparencia del Análisis de Situación de Salud del Hospital Regional Docente de Cajamarca, (2017), advierte que el 15.32% de los recién nacidos vivos (según vía de parto y edad gestacional) son prematuros; es decir, nacen dos recién nacidos prematuros por día en este nosocomio. Según ASIS (2018), considera a la prematuridad como primera causa de muerte neonatal con un 26 % y se ha incrementado los recién nacidos vivos con partos prematuros a 18.6%.

Si bien la patogénesis del parto prematuro no está bien establecida y en la mayoría de los casos son espontáneos, existen múltiples causas que pueden desencadenarlo, tales como: edad de la madre menor a 18 o mayor a 40 años, situación económica de la madre, anemia materna, antecedentes de partos prematuros, diabetes gestacional, enfermedades hipertensivas del embarazo, rupturas prematuras de membranas, entre otros (Chavarría, 2019).

En la gran mayoría de pacientes gestantes que ingresan con problemas de salud durante el embarazo culminan prematuramente, por ello es preponderante identificar aquellos factores de riesgo que lo generan. Por todo esto, la prematuridad se ha convertido en un grave problema para la madre, la familia, el hospital y el estado ya que si los nacidos a término exigen cuidados especiales más aun los prematuros necesitan incubadoras para poder crecer. Esto implica el alejamiento del recién nacidos y su madre, incluyendo los efectos emocionales y económicos en el seno familiar, costos elevados para el hospital y el estado en la atención, aunado a esto, los problemas posteriores de salud del neonato que presentan a lo largo de su vida. Este es el contexto en que motiva el interés de encontrar la relación entre los factores de riesgo que conlleva los partos prematuros; por lo tanto, se plantea la siguiente interrogante de estudio.

## **Formulación del problema**

### ***Problema general.***

¿Cuál es la relación entre los factores de riesgo y parto prematuro en puérperas atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital público de Cajamarca, 2021?

### ***Problemas específicos.***

¿Cuál es la relación entre los factores de riesgo en su dimensión socio demográfico y parto prematuro en puérperas, atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital público de Cajamarca?

¿Cuál es la relación entre los factores de riesgo en su dimensión materna y parto prematuro en puérperas, atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital público de Cajamarca?

¿Cuál es la relación entre los factores de riesgo en su dimensión patológica y partos prematuro en puérpera, atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital público de Cajamarca?

## **Objetivos de la investigación**

### ***Objetivo general.***

Determinar la relación entre los factores de riesgo asociado y parto prematuro en puérperas, atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital público de Cajamarca, 2021.

### ***Objetivos específicos.***

Identificar la relación entre los factores de riesgo en su dimensión socio demográficos y parto prematuro en puérpera, atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital público de Cajamarca.

Identificar la relación entre los factores de riesgo en su dimensión maternos y parto prematuro en puérperas, atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital público de Cajamarca.

Identificar la relación entre los factores de riesgo en su dimensión patológica y parto prematuro en puérperas, atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital público de Cajamarca.

### **Justificación**

#### ***Aporte teórico.***

El presente trabajo de investigación es relevante ya que aporta el conocimiento de que hay factores de riesgos que conllevan a presentar partos prematuros en puérperas que son atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital público. Con el propósito de conocer la propia realidad, se ha organizado un extenso marco teórico producto de la revisión bibliográfica actualizada en relación a las variables de estudio, y que se pone a disposición del profesional de enfermería del Servicio de Gineco Obstetricia, lo que permitirá a las enfermeras enfocar sus esfuerzos en el área preventivo promocional.

#### ***Aporte metodológico***

El presente trabajo de investigación utilizará un instrumento denominado “Ficha de recolección de datos”, validado y confiable. Este permitirá obtener la información necesaria para determinar los factores de riesgo que influyen en la presencia de partos prematuros en madres puérperas que son atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital público de Cajamarca. El presente trabajo podrá ser la base para investigaciones futuras similares; además, contribuirá a la línea de investigación de la Escuela de enfermería de la Unidad de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

### ***Aporte social práctico***

El desarrollo de este proyecto de investigación será de provecho para las madres de prematuros que son atendidas por el personal de enfermería, que labora en el Servicio de Gineco Obstetricia porque proporcionará la información de los factores que más influyen en la presencia de partos prematuros para que a partir de este contexto se puedan adecuar los protocolos establecidos en dicho servicio y de este modo mejorar el desempeño de enfermería en el área preventivo promocional y con ello ir solucionando este grave problema de salud pública.

### **Presuposición filosófica**

La mujer samaritana era una mujer que había vivido toda su vida buscando algo mejor para su salud.

En la Biblia, en el Libro de Santiago 5: 13-15 refiere: ¿Sufre alguno entre vosotros? Que haga oración. ¿Está alguno alegre? Que cante alabanza. ¿Está alguno entre vosotros enfermo? Que llame a los ancianos de la iglesia y que ellos oren por él, ungiéndolo con aceite en el nombre del Señor; y la oración de fe restaurará al enfermo y el Señor lo levantará y si ha cometido pecados le serán perdonados.

En estos versículos bíblicos expresan el inmenso amor que Dios tiene al hombre, desde que esta se concibe, ya que Él nos conoce desde ese primer momento y nos hace dueños de toda su creación, por ello; a nosotras como Enfermeras nos encarga la responsabilidad de velar por el cuidado y la integridad de estos pequeños recién nacidos, de promover y prevenir que sigan naciendo indefensos y débiles. Teniendo en cuenta que Dios nos vigila y cuida a sus criaturas desde el vientre de su madre.

En la primera parte en el Antiguo testamento de la Biblia, en el libro de Salmos 139:13 al 15, menciona “Porque tú formaste mis entrañas, tú me tejiste en el seno de mi madre. Te alabaré

por el maravilloso modo en que me hiciste. ¡Qué admirables son tus obras! del todo conoces tú mi alma. No se te ocultaban mis huesos cuando secretamente era formado y en el misterio era plasmado". DIOS nos ha creado de una forma particular todos somos únicos. No hay feos y no hay bonitos para el SEÑOR, todos somos piezas únicas e irrepetibles. No hay otro como igual que una persona, incluso los gemelos tienen algo de diferencias, las huellas digitales, por ejemplo, no hay dos huellas digitales iguales, sólo queda apreciar la obra única que se refleja en cada ser humano, todos son obras perfectas por eso se puede decir "formidables son tus obras".

Asimismo, en el Libro del Evangelio de San Mateo 18:10 menciona: “Guardaos de menospreciar a uno de estos pequeños; porque yo os digo que sus ángeles, en los cielos, ven continuamente el rostro de mi Padre que está en los cielos”.

Es importante destacar estos sentimientos del Señor por los niños, particularmente en la época en que vivimos. Casi todas las semanas, las noticias nos recuerdan los abusos, violencia y explotación que sufren los niños, sorprendentemente, ¡en las sociedades más avanzadas! Por todo ello, el Señor utilizó en este pasaje Bíblico, el lenguaje más duro posible para advertir sobre estos graves problemas que ha enfrentado la infancia en todos los tiempos (Escuela Bíblica, 2020).

En el texto del libro el Buen Pastor y el Niño, en la sección el Niño en la Familia; señala que los aspectos esenciales que hay que considerar al preparar un ambiente que favorezca, las necesidades particulares del Niño son: 1) movimiento, 2) lenguaje y 3) orden, puesto que el recién nacido posee una sensibilidad especial para adquirir y desarrollar estos aspectos (Cavalleti et al., 2021).

Por otra parte, en la Biblia en el libro de San Marcos 12: 30-31 los versículos en la segunda parte señalan que “Amarás a tu prójimo como a ti mismo”. Aquí cabe destacar, que primero se debe amar a Dios y así se podrá amar correctamente al prójimo, porque la fuente del

amor verdadero no se encuentra en el hombre; sino que proviene de Dios fluye a través del ser humano. Solo cuando se ama a Dios uno estará preparado para atender las dificultades que puedan surgir en las relaciones personales, ya sea con su familia, en la comunidad o en el trabajo.

## Capítulo II

### Desarrollo de las perspectivas teóricas

#### Antecedentes de la investigación

##### *Internacionales.*

García et al. (2017) realizaron un estudio titulado “Prematuro tardío en España: experiencia del grupo neonatal de 34 y 36 semanas”. El objetivo de dicho estudio fue conocer la incidencia y analizar de los datos perinatales. El instrumento de recolección fue la creación de una base de datos perinatales básicos, de morbilidad neonatal y de seguimiento hasta los 2 años. El método estadístico utilizado fue un análisis descriptivo de las variables estudiadas. Los resultados fueron que el 21,7% son de 34 semanas, el 30,8% de 35 semanas y el 47,5% de 36 semanas de gestación. Falleció el 2,8%. El 27,7% fueron embarazos múltiples, el 47,1% enfermedades maternas y el 41,4% patología gestacional. El 47,9% de partos prematuros fueron por cesárea, el 18,8% de origen no conocido o injustificado. En un 29%, no se encontró causa conocida de prematuridad y el 3,1% se reconoció como injustificada. Conclusión, la numerosa muestra de prematuros tardíos trabajada ayuda a poner en evidencia la mayor morbilidad neonatal que presenta esta población y la inexcusable relación de su incidencia con la multiparidad, el envejecimiento materno y las aún numerosas inducciones de parto y cesáreas electivas no justificadas.

Martínez et al. (2018) realizaron un estudio titulado “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes”, México. Su objetivo fue identificar los factores de riesgo asociados a partos pretérmino en adolescentes, en un hospital regional de alta especialidad. El estudio fue observacional de casos y controles, retrospectivo y analítico. La muestra estuvo compuesta de 155 (partos menores de 37 semanas). Se recolectó la información con un cuestionario. Según sus

resultados, los factores de riesgo son estadísticamente significativos; por otro lado, para parto prematuro fueron: el control prenatal inadecuado, los trastornos en el líquido amniótico, así como la ruptura prematura de membranas. En las adolescentes que no tenían ninguna patología, el riesgo de parto pretérmino fue menor comparativamente con las que tuvieron una o más patologías. El estudio concluye que, según la edad gestacional en las adolescentes embarazadas, los factores de riesgo de parto pretérmino aumentan notablemente.

Zerna et al. (2017) publicaron un estudio titulado “Identificación de factores de riesgo de parto pretérmino. Caso Hospital Enrique C. Sotomayor”. Su objetivo fue identificar los factores que influyen en el Parto pretérmino, en la cual se consideraron los aspectos demográficos y biológicos de la madre; asimismo, dando énfasis en las complicaciones materno-infantiles. Según su metodología, es una investigación de enfoque analítico, descriptivo, retrospectiva. La muestra estuvo conformada por 361 mujeres que tuvieron parto prematuro, con RN (Recién Nacidos) vivos o fallecidos entre 32 a 37 semanas de gestación, en el área de parto del hospital “Enrique C. Sotomayor” de Guayaquil, Ecuador; en el período 2015-2016. Los resultados evidenciaron el parto pretérmino en gestantes menores de 19 años con 29% y 18% en mayores de 35 años de edad; también el nivel de escolaridad influyó en el parto pretermino con 66% tenían nivel primario; otro de los factores de riesgo importantes asociados que influyó en parto prematuro, fueron aquellas madres con antecedentes obstétricos, las madres multíparas evidenciaron con el 76% en partos pretérminos. Se concluyó en que el parto pretérmino, se presentó mayormente en las madres comprendidas entre las menores de 19 años y el grupo mayores de 35 años; por otro lado, el nivel de escolaridad también está relacionada de manera significativa con esta patología.

Thomazini et al. (2016) realizaron una investigación titulada: “Factores de riesgo relacionados con el Trabajo de Parto Prematuro en adolescentes embarazadas: revisión integradora de la literatura”, Brasil. El objetivo fue analizar la evidencia disponible en la literatura sobre trabajo de parto prematuro relacionado con factores de riesgo. Se realizó un estudio descriptivo. La muestra final estuvo formada por 11 artículos. Los instrumentos utilizados fueron la lectura exhaustiva y un cuadro sinóptico. Resultados, los factores de riesgo fueron: el acceso a la asistencia a los servicios de atención prenatal; educación para la salud sobre la anticoncepción para adolescentes; aspectos socio- demográficos y económicos frente a la inmadurez biológica y el apoyo de la red social. En conclusión, se pudo identificar que existe relación entre el embarazo en la adolescencia y el trabajo de parto prematuro. Los estudios destacan la importancia de la actuación del enfermero, la mejora en la adhesión a los servicios de prenatal; la calidad de la educación en salud en anticoncepción y planificación familiar para adolescentes, relevancia del apoyo (social y familiar), y evitar embarazos recurrentes en este grupo. Los estudios presentan controversia cuando se habla de inmadurez biológica como factor de riesgo para el trabajo de parto prematuro entre gestantes adolescentes o asociación de múltiples factores (factores socio-económicos).

Balladres & Chacón (2016) realizaron una investigación titulada “Prevalencia de factores de riesgo del parto pretérmino en pacientes atendidas en el departamento de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso”, Ecuador. El objetivo fue determinar la prevalencia y factores de riesgo del parto pretérmino. El diseño fue de tipo transversal, retrospectivo. Su población fue de 301 casos. Los datos fueron recolectados en un formulario. Los resultados obtenidos fueron que el 38.5% eran pacientes entre los 21 a 28 años. Los prematuros moderados a tardíos con el 67.4% y el 13% lo ocuparon los prematuros extremos. Entre los factores de riesgo tenemos

anemia con 33,2%, infección de tracto urinario con 39,5% y vaginosis bacteriana con 12,6%, infección de tracto urinario con 39.5%, anemia con 33.2%, rupturas prematuras de membranas con 13.3%, trastornos hipertensivos con 12.6%, y un 5% de gestantes con desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, todos los factores durante su gestación. Las conclusiones fueron que la gran mayoría eran prematuros de moderados a tardíos. En cuanto a los factores maternos sociales se evidenció que las gestantes tenían entre 21 a 28 años, con unión libre como estado civil, multíparas, de residencia urbana, instrucción secundaria, con controles prenatales mínimos recomendados, sin antecedentes de parto pre término fue el grupo poblacional con mayor prevalencia.

Retuerta & Retuleta (2015) realizaron un estudio titulado “Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila”, en Cuba. El objetivo fue identificar los factores de riesgo asociados al parto prematuro. Se realizó un estudio analítico del tipo casos (423 mujeres cuyo parto fue entre las 22 y 36.6 semanas de gestación) y controles (486 mujeres con parto a las 37 semanas a más), ambos con recién nacidos con peso superior a los 2500 g. El instrumento utilizado fue una planilla con las variables a estudiar, las historias clínicas y carnets obstétricos de las pacientes. Los resultados arrojaron que los factores más relacionados con el parto prematuro, fueron los antecedentes de parto prematuro y de aborto de embarazos anteriores, el peso materno bajo a la captación, la talla inferior a 150 cm, las ganancias de peso bajas o altas durante el embarazo, hábito de fumar en la embarazada, infecciones vaginales y urinarias, embarazo múltiple y las afecciones del útero. En conclusión, la práctica de abortos anteriores y el embarazo múltiple fueron los factores de riesgo que mayormente se asociaron al parto prematuro; sin embargo, puede decirse que su origen es multifactorial, no solo por la

existencia de otros factores que también se presentaron de manera considerable, sino por la interrelación entre cada uno de ellos.

### *Nacionales*

Lozada (2018) realizó una investigación titulada “Factores de riesgo para el parto pre término en gestantes del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita”, Piura. El objetivo fue determinar los factores de riesgo para el parto pre término. El tipo de estudio fue de diseño observacional de caso-control, no pareado, retrospectivo en 381 gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia con 86 gestantes en el grupo de los casos (edad gestacional < 37 semana) y en los controles 295 gestantes (edad gestacional  $\geq$  37 semanas y < 42 semanas), seleccionados mediante muestreo aleatorio simple. El instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos. En los resultados, se encontró que los factores asociados con el parto pretérmino fueron: edad materna adolescente 62.79%, procedencia urbana 45.35%, antecedente de sangrado 27.91%, antecedente del parto pretérmino 31.4%, infección del tracto urinario 61.63%, Preclamsia 3.23%, ruptura prematura de membranas 39.53% y anemia 74.42%. Se concluyó que la edad materna adolescente, procedencia, antecedente de sangrado, antecedente del parto pretérmino, infección del tracto urinario, ruptura prematura de membranas y anemia, fueron los factores asociados a parto pretérmino.

Pinto & Yaranga (2018) realizaron un estudio titulado “Factores de riesgo asociados y parto pretérmino en gestantes atendidas en el hospital regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica, 2018”. El objetivo fue determinar la relación entre los factores asociados y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el hospital regional del Huancavelica. Fue un estudio cuantitativo, tipo básico descriptivo-correlacional. La muestra estuvo conformada por 99 historias clínicas de las madres que tuvieron bebés en el hospital regional. La técnica fue la

observación y como instrumento se utilizó una guía de análisis documentaria. Los resultados muestran que los factores más asociados para el parto pretérmino presentaron el 55,6%, con alteraciones hematológicas; el 35,4%, hipertensión arterial; el 46,5 % con infección urinaria durante el embarazo; y 50,5% tienen control prenatal menos de 4 controles; estos son los factores intervinientes que provocaron el parto pretérmino. El estudio concluye, que la mayoría de las madres presentaron como la anemia, infección urinaria, hipertensión arterial, tener menos de 4 controles y el desconocimiento de la importancia de acudir a los Centros de Salud u Hospital a recibir las charlas por parte del personal de la Salud.

Alarcón (2017) realizó una investigación titulada “Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño, San Bartolomé”, Lima. El objetivo fue determinar los factores de riesgo para parto pretérmino. El estudio fue observacional, analítico de casos y controles; fue un estudio retrospectivo. Cada muestra, grupo, casos y grupo control fue conformada por 54 gestantes de parto pretérmino. Se utilizó como instrumento una hoja de recolección de datos. Los resultados fueron el con instrucción 85.2%, la nuliparidad 94.4%, el índice de masa corporal anormal 32.8%, la ruptura prematura de membranas 31.5%, la anemia 42.6%, y la infección vaginal 48.1%. Se concluye que la falta de instrucción, la nuliparidad, el índice de masa corporal anormal, la ruptura prematura de membranas, la anemia y la infección vaginal son factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes.

Orbegoso (2016) realizó una investigación titulada “Infección de tracto urinario como factor de riesgo asociado al desarrollo de amenaza de parto pretérmino en gestantes que acuden al Hospital Nacional Hipólito Unanue”, Lima. El objetivo fue determinar la asociación entre infección del tracto urinario y el desarrollo de amenaza de parto pretérmino. El estudio fue de

tipo observacional, analítico, transversal, retrospectivo. La muestra fue de 100 gestantes atendidas. El instrumento fue una Ficha de recolección de datos. Sus resultados fueron: la infección de tracto urinario es un factor de riesgo de amenaza de parto pretérmino, con 2,6 – 15,25%. Las edades entre las que se presentaron las amenazas de parto pretérmino fueron entre 20 y 34 años, el IMC de mayor frecuencia fue de  $> 25$ , al igual que en las primigestas, no existe asociación estadísticamente significativa entre edad, IMC, antecedente de paridad con infección del tracto urinario. Concluyendo que la infección de tracto urinario se comporta como factor de riesgo de amenaza de parto pretérmino.

Carnero (2016) realizó una investigación titulada “Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal”, Lima. El objetivo fue determinar los factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes. Fue un estudio cuantitativo, transversal, retrospectivo, apoyado en la revisión de 150 historias clínicas de gestantes que presentaron parto pretérmino, único y espontáneo, 300 historias clínicas de gestantes que, diagnosticadas con parto a término, único y espontáneo. El instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos. Los resultados fueron que, de 450 historias clínicas, la frecuencia de partos pretérminos fue de 33.3%. Los factores de riesgo estadísticamente significativos fueron: el antecedente de parto pretérmino altamente significativo 5.35 – 13.52%, la infección de vías urinarias 3.89 – 9.299%, la anemia 1.5085 – 3.3726%. Concluyendo que el antecedente de parto pretérmino, la infección de vías urinarias y la anemia son factores de riesgo para el parto pretérmino.

### ***A nivel local***

Guevara (2018) realizó una investigación titulada “Factores de Riesgos Sociodemográficos y Obstétricos y la Amenaza de Parto Pretérmino en el Hospital José Hernán

Soto Cadenillas, Chota – Cajamarca”. El objetivo fue determinar la relación entre factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos y la amenaza de parto pretérmino en gestantes. El estudio fue de tipo descriptivo correlacional con diseño no experimental de corte transversal, el tamaño de la muestra fue de 89 gestantes con amenaza de parto pretérmino que acudieron a emergencias del mencionado hospital. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos. Los resultados fueron: el mayor porcentaje de mujeres perteneció al grupo etario de 20 a 24 años con 33.7%; grado de instrucción secundaria completa con 30.3%, amas de casa con 71.9%, fueron convivientes el 83.1%, 58.4% procedentes de la zona rural, el 66.3% no presentó antecedentes de aborto, el 65.2% presentaron entre 4 -6 atenciones prenatales, el 56.2% tuvo preclamsia tanto leve como severa, el 74.2%, no presentó rotura prematura de membranas, el 37.1% fueron multíparas, el 88.8% no tuvieron desprendimiento prematuro de placenta, el 86.5% no tuvo placenta previa, el 71.9% no presentaron antecedentes de parto pretérmino y la mayor parte de gestantes tenían entre 32 a < 37 semanas de gestación (85.4%). Concluyó que si existe asociación entre las variables amenaza de parto pretérmino y el antecedente de aborto, la preclamsia y la placenta previa.

## **Marco conceptual**

### ***Parto prematuro***

La OMS (2015) define al parto pre término como el nacimiento antes de completar la semana 37 de edad gestacional y después de la semana 20 o de un recién nacido de al menos 500 gramos de peso; por cualquier causa, siendo la gestación una variable fisiológica fijada más o menos en 280 días. Igualmente, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (CAOG), (2019) lo define como la presencia de contracciones regulares del útero que dan lugar a modificaciones como borramiento y dilatación en el cuello uterino y que se inician antes de la

semana 37 del embarazo. Por su parte Huertas (2018) define al parto prematuro como un síndrome y no como una patología en sí. Por ello se postula tenga múltiples factores.

La patología del pre término procede del binomio inmadurez – hipoxia, debido a la reducción gestacional, a la dificultad para la adaptación respiratoria pos- natal, posterior a la falta de oxigenación placentaria, por ello el parto prematuro es un reto para los neonatólogos actuales. La incidencia y gravedad de las complicaciones se incrementan con la disminución de la edad gestacional y el peso al nacer, por ello el gran porcentaje de muertes neonatales (OMS, 2018).

**Epidemiología.** El parto prematuro es un factor definitivo en muertes neonatales y secuelas posteriores en la vida de ese recién nacido. Algunas investigaciones concluyen que contribuye hasta en 75% en la morbilidad perinatal con consecuencias adversas para la salud a largo plazo (Ahumada & Alvarado, 2016).

Los neonatos prematuros tienen mayor riesgo de daño neurológico, infecciones, desórdenes metabólicos, enfermedades respiratorias y enfermedades gastrointestinales. La atención en salud es compleja, con costo elevados y no siempre se obtienen resultados satisfactorios ya que muchos mueren a pesar de los denodados esfuerzos; aquellos que lo consiguen presentan un gran porcentaje de secuelas, con diferentes grados de discapacidad, por lo cual se convierten en una gran carga social y familiar. Debido a las múltiples complicaciones y la dificultad de los médicos generales para reconocer los factores de riesgo asociados a la prematurez, emerge la necesidad de describir los factores de riesgo asociados a esta problemática que orientan la identificación de medidas preventivas descritas en la literatura (Ortiz, 2015).

**Clasificación:** Según la OMS (2018).

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

Prematuros extremos. - Nacimiento menor de 28 semanas.

Muy prematuros. - Nacimiento entre las 28 a 32 semanas.

Prematuros moderados a tardíos: Nacimiento mayor a 32 semanas a 37 semanas.

Según el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (2017) refiere que la prematuridad se clasifican por la edad gestacional en: Parto pretérmino muy temprano. - Recién nacido entre la 20ss 0/7 – 23ss 6/7. Parto pretérmino temprano. - Recién nacido entre la 24ss 0/7 – 33ss 6/7. Parto pretérmino tardío. - Recién nacido entre la 34ss 0/7 – 36ss 6/7. Y *Según su causa se clasifica en: parto* pretérmino espontáneo. - Secundario a causa desconocida o a una causa conocida que lleva a inicio espontáneo del trabajo de parto como infección urinaria, vaginosis bacteriana, embarazo gemelar. Parto Pretérmino iatrogénico. - Secundario al término del embarazo entre las 20 – 37ss por una indicación médica por parte de la madre o el feto, ejemplo: preeclampsia, RCIU, entre otras.

### ***Secuelas en los recién nacidos prematuros***

Deterioro visual: Ceguera o alta miopía después de la retinopatía de la prematuridad, hipermetropía (25% de los prematuros extremos), se afectan también aquellos con terapias de oxígeno inadecua. Deterioro Auditivo: Pérdida auditiva en diferentes grados (5 – 1% de prematuros extremos). Enfermedad pulmonar crónica: Alta o moderada según la dependencia de oxígeno (40% de prematuros extremos). Enfermedad cardiovascular: Aumento de presión arterial, disminución de la función pulmonar, incidencia de los índices de asma, retardo en el crecimiento en la infancia, sobrepeso acelerado en la adolescencia (Stavis, 2019).

Trastornos de la ejecución de la leve marcha. Dificultad en el aprendizaje, dislexia, disminución en los logros académicos moderado o severo, retardo global del desarrollo.

Deterioro cognitivo moderado o severo, deterioro motor y parálisis cerebral. Secuelas

psiquiátricas y conductuales: desorden de hiperactividad y déficit de atención; incremento del trastorno de ansiedad y depresión (Mendoza et al., 2016).

### ***Factores de riesgo***

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica (biológica, social o ambiental) o exposición de un individuo que al estar presente aumenta su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión en la madre el feto y/o el recién nacido (Organización Mundial de la Salud, 2019).

El parto pretérmino es un problema de etiología multifactorial donde los más afectados son la gestante y el feto. La identificación acertada de factores de riesgo de parto pretérmino es fundamental para proporcionar un tratamiento adecuado y así entregar a los pediatras, recién nacidos de mayor madurez y peso; y a la madre un bebé sano, que es el objetivo de la obstetricia. Los factores de riesgo más frecuentes que presentan las gestantes son tabaquismo, peso corporal excesivo e hipertensión arterial crónica. También existe una fuerte asociación entre el sobrepeso/obesidad materna y el riesgo de amenaza de parto prematuro. Casusas socioculturales, como el acceso educativo; el estrés psicosocial, como eventos vitales negativos, depresión. Son condiciones que predisponen el parto pretérmino espontáneo como resultado del desequilibrio de los factores mencionados (Álvarez & Pérez, 2017).

### ***Factores de riesgo sociodemográficos.***

***Estado civil.*** Estado civil es una situación en la que se encuentra una persona según sus circunstancias y la legislación, y a la que el ordenamiento concede ciertos efectos jurídicos. Existen distintos criterios para clasificar los estados civiles: por el matrimonio, el estado soltero, casado, viudo o divorciado (Inceclopedia Jurídica, 2020).

El estado civil de la madre, es un factor significativo en los partos pretérminos, que a su vez se interaccionan con otros factores como la edad, nivel socioeconómico, neonatos prematuros y con bajo peso al nacer se presentan con mayor frecuencia en hijos de madres solteras y que por lo general hay ausencia paterna durante la gestación (Garay, 2020).

Por su parte Uñapillco (2019) en su investigación realizada en el Hospital Antonio Lorena del Cuzco, 2018, concluyó que en los factores sociodemográficos para el parto pretérmino más relevantes son el estado civil soltero con 28%, seguido de grado de instrucción y ocupación.

El estado civil soltero de la gestante es una condición que se asocia con el parto pretérmino y tiene relación con otros factores de riesgo como el embarazo adolescente, consumo de alcohol y tabaquismo (Taipe, 2018 ).

El estado civil soltero de la gestante es un factor muchas veces relacionado al parto pretérmino, ya que esto se asocia con el bajo nivel económico de la mujer que tiene que solventar el hogar sin el apoyo de una pareja (Ramos, 2019).

**Nivel de instrucción.** La literatura mundial consideró como grupo de riesgo a las mujeres mayores de 35 años, con bajo grado de instrucción, porque la población mayoritaria tuvo a penas nivel primario, y la falta de educación conlleva a ignorar la importancia de los controles obstétricos, para tener niños saludables y madres felices (Zerna et al., 2018). Por otro lado, el bajo nivel educativo está relacionado al parto pretérmino por la asociación que tiene con el nivel económico bajo siendo dependiente el uno del otro (Ayala, 2019).

Estudios de investigación han identificado que mientras más alto el grado de instrucción de la madre, el riesgo de prematuridad se reduce; sin embargo, este concepto no es del todo

claro, puesto que algunos autores plantean que la educación materna funciona mediante la modificación de conductas antes y durante la gestación (Garay, 2020).

El nivel educativo alcanzado, indicó porcentajes levemente superiores entre las mujeres con nivel educativo incipiente, ellas tuvieron niños prematuros moderados y tardíos, con un 9% y un 77% respectivamente en comparación con las madres con educación adecuada.

Indudablemente, el bajo nivel educativo de las madres conlleva a problemas económicos, sobrecargas laborales, pobre alimentación, escasos conocimientos de la importancia del control prenatal y por ende su ausencia en puestos o centros de salud que le permitan llevar un adecuado embarazo lo que en consecuencia finaliza en partos prematuros y recién nacidos con bajo peso (Coucerio et al., 2018); (Morales, 2018).

**Edad Materna.** Los lados extremos en la vida reproductiva son virtuales fabricantes de diversas patologías perinatales. Se considera que una edad menor de 20 años o mayores de 34 años, son factores de riesgo para un parto pre término. En el Perú se considera como riesgo una edad menor de 15 años y mayores de 34 años (Lozada, 2018).

El crecimiento de la adolescente suele terminar 5 años después de la menarquía, por lo que llevar una gestación en este período se supone una sobrecarga nutricional, por tal motivo la adolescencia se constituye un factor de riesgo para que aquellas gestantes adolescentes lleguen a tener nacimientos de neonatos prematuros (Alonso et al., 2015).

La edad materna inferior a los 18 años aumenta los riesgos de la salud en el binomio madre – niño, ya que no se ha concretado la necesaria maduración psicosocial, aunado a este problema, la literatura señala que en las madres adolescentes se presenta una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo (síndrome de mala adaptación circulatoria) (Montero et al., 2019).

El embarazo en mujeres mayores o iguales a 35 años de edad trae consigo complicaciones maternas y perinatales, ya que se asocia con mucha frecuencia a patologías gestacionales y mayor incidencia de inducciones médicas; por ello, es consideradas de alto riesgo obstétrico; y al igual las menores de 19 años de edad se clasifican como grupos de riesgo, ya que se encuentran en las edades extremas de la vida (Ayala et al., 2016).

Actualmente, muchas mujeres están posponiendo el ser madres hasta después de los 35 años de edad, lo que se traduce en un mayor riesgo de problemas médicos durante el embarazo y de anomalías cromosómicas en feto. En mujeres añosas se incrementa la tasa de aborto espontáneo (Carbajal & Ralph, 2017).

***Índice de masa corporal pregestacional (IMC)/Peso/Talla.*** El índice de masa corporal es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se maneja continuamente para identificar el peso inferior a lo normal, el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Este se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros ( $\text{Kg}/\text{m}^2$ ). Es de utilidad para identificar el índice de masa corporal pregestacional, el cual sirve para clasificar el estado nutricional de la gestante (OMS, 2020).

Según la OMS (2017), las mujeres sanas deberían ganar entre 10 y 14 kilogramos durante su embarazo; las mujeres con un IMC inferior a 18,5 la ganancia de peso debe estar cercano al límite superior recomendado (14 Kg) y las mujeres con IMC superior a 25, su ganancia de peso debe estar al límite inferior recomendado (10 Kg). El IMC se puede dividir en 4 categorías: IMC inferior a 18.5, bajo peso, IMC entre 18.5 y 24.9, normo peso, IMC entre 25 y 29,9, sobrepeso, IMC superior a 30, obesidad en diferentes grados:

La desnutrición pre concepcional produce una disminución del peso fetal de 400 a 600 gramos. Cuando hay compromiso durante el tercer trimestre del embarazo se aprecia una disminución del 10% del peso final del recién nacido (Carbajal & Ralph, 2017).

El peso materno pre gestacional es un factor que se ha asociado a la prematuridad y el bajo peso al nacer (Mayta, 2017). El IMC pre gestacional es una medida más eficiente para estimar si el peso pre gestacional que presenta la madre es adecuado o no. Se ha estudiado que el bajo peso pre gestacional y la obesidad pre gestacional se asocian a riesgo de parto prematuro (Flores, 2018).

En mujeres adultas (a partir de los 20 años de edad), la talla baja se define a menudo como una estatura por debajo de 145 cm, un valor de corte elegido debido a su relación con un mayor riesgo obstétrico. La talla baja de la madre se relaciona tanto con desenlaces negativos del embarazo, tales como bajo peso al nacer, mayor de riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto (OMS, 2017).

### ***Factores de riesgo materno***

**Control Prenatal.** El control prenatal forma un conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos, diseñado para valorar el riesgo de morbimortalidad durante el embarazo, el parto y el puerperio, con la finalidad de intervenir en los factores de riesgo de manera temprana, eficaz y efectiva para el caso de la gestante y su producto. Es necesario que el control sea completo, periódico, integral, realizado en un ambiente confortable y acogedor, realizado por un profesional de la salud capacitado y competente para detectar cualquier problema durante la gestación, prevenir e intervenir de forma acertada las complicaciones que puedan poner en riesgo la vida de la madre y su hijo (García, 2017).

Gonzáles & Saavedra (2018) en su investigación de número de controles prenatales y su asociación con el bajo peso al nacer en mujeres de 15 a 49 años en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES – 2016, llegaron a la conclusión de que según el aumento en el número de controles prenatales, disminuye el bajo peso al nacer.

El nuevo modelo de atención prenatal, indica que el número de contactos que debe tener la embarazada con los profesionales de salud durante su embarazo se ha incrementado de cuatro a ocho; esto permitirá tener más oportunidades de detectar y gestionar los posibles problemas y reducirá las muertes perinatales hasta 8 por cada 1000 nacimientos (OMS, 2016). En el Perú, se sigue trabajando con el esquema de 6 controles prenatales.

La atención sanitaria de calidad durante la gestación y el parto pueden prevenir muchas muertes maternas y neonatales; sin embargo, a nivel mundial, solo el 64% de las mujeres reciben atención prenatal cuatro o más veces durante todo su embarazo. El Dr. Askew, Director del Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS (2016), refiere que “el embarazo debe ser una experiencia positiva para todas las mujeres, y estas deben recibir una atención que respete su dignidad”.

**Número de partos.** Es la cantidad de parto que una mujer tuvo, ya sea por parto eutócico o distócico y que el peso del producto fue mayor o igual a 500 g. o que presentó una gestación de más de 20 semanas. El número de parto se clasifica en Nulípara, cuando no tuvo ni un parto, Primípara, cuando tuvo un parto, Multípara, cuando presentó de 2 a más partos y Gran Multípara, cuando presentó de 5 a más partos (Rodríguez, 2020); (Aliaga, 2017).

El parto pre término se relaciona continuamente en aquellas madres que tienen antecedentes de tener una gran cantidad de hijos, o de tener embarazos múltiples, aunados a otros

factores como edad, intervalo intergenésico corto, situación socioeconómica, inadecuados controles prenatales, presencia de patologías durante la gestación (Garay, 2020).

La multiparidad es un factor importante asociado al parto pretérmino, en esta investigación ocuparon el 76% de las pacientes que tuvieron recién nacidos prematuros. La multiparidad asociada a otros factores, se convierte en relevante para la prematuridad (Zerna et al., 2018).

**Embarazos múltiples/Número de embarazos.** El embarazo gemelar es el responsable de más del 10% de recién nacidos prematuros; esto debido a que la nutrición de dos seres en el vientre materno, requiere satisfacer el doble de necesidades y/o condiciones que se le proporciona normalmente a un embarazo único (Montero et al., 2019).

Un factor significativo asociado a la prematurez es el embarazo múltiple, que incrementa el riesgo de parto prematuro en casi 10 veces, en comparación con embarazos simples. El embarazo múltiple es diferente entre los grupos étnicos (1 cada 40 mujeres de África Occidental a 1 en 200 mujeres en Japón), incrementa con la edad añosa de la gestante y aumenta con la concepción asistida (Mendoza et al., 2016).

### ***Factores de riesgos patológicos***

**Infección de tracto urinario (ITU).** En una infección de tracto urinario se presenta una colonización y multiplicación microbiana, por lo general microbiana, a lo largo del trayecto urinario. Son más habituales en el sexo femenino: hasta un 50% de mujeres pueden presentar ITU a lo largo de su vida, esto debido a factores como la actividad sexual, la edad y los embarazos (Castillo & Ortiz, 2019).

Las alteraciones fisiológicas y anatómicas en el embarazo consecuencia del estímulo hormonal como el proceso compresivo del útero grávido de la gestante determinan un aumento

de las ITU entre 8 a 23%. En el cultivo de orina (recogida por micción espontánea) se evidencia una bacteriuria significativa mayor a 100,000 unidades formadoras de colonias/ml de un único uropatógeno. Si la muestra es recogida con sondaje vesical, la cantidad es de mayor a 1000 unidades formadoras de colonias/ml. Esto propicia una mayor frecuencia de abortos, partos pretérminos y recién nacidos con bajo peso al nacer (Huarcaya & Peña, 2019).

En cuanto a la etiología, tenemos la presencia de *Escherichia coli* (75 – 90% de casos), en menor proporción la *klebsiella spp*, *Proteus mirabilis*, *Enterobacter spp* y el *Streptococcus agalactiae*. Entre los principales factores de riesgo para la presencia de ITU son los antecedentes de ITU previas a la gestación, deficientes condiciones socioeconómicas, la drepanocitemia (trastorno hereditario de los glóbulos rojos) y la diabetes mellitus (López et al., 2019).

La infección urinaria se clasifica en bacteriuria asintomática, cistitis aguda y pielonefritis aguda: infección asintomática (bacteriuria asintomática). La mayoría se originan en los tres primeros meses de gestación y su prevalencia es de 2 al 10% en todos los casos. El diagnóstico se hace mediante urocultivo de 100.000 colonias/ml; la cistitis prevalencia 1.3% de todas las gestantes, la mayoría de casos ocurre en el segundo trimestre del embarazo; el cuadro clínico se presenta con disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, piuria y en ocasiones hematuria, no presenta fiebre ni dolor lumbar y la pielonefritis su prevalencia es entre 1 al 2% de las gestantes, el 80 al 90% se muestran a partir del segundo o tercer trimestre de embarazo y el puerperio; Se presenta con dolor en fosas lumbares, asociado a fiebre, vómitos, etc. (Ministerio de Salud Gobierno de Chile [MINSAL], 2015).

La vía de ingreso por lo general es la ascendente, aunque en gestantes con inmunosupresión, la vía puede ser hematógena. Las ITU suponen la presencia de patógenos con o sin sintomatología (fiebre mayor 38°C, tenesmo, polaquiuria, disuria), realización de exámenes

de laboratorio: Nitritos o leucocitos estearasa positivo, piuria mayor 10 leucocitos/ml, gérmenes en Gram. Las ITU pueden complicarse y progresar afectando el riñón (pielonefritis aguda) estas a un shock séptico y por consecuencia el parto prematuro (Abanto, 2018).

Infección del tracto urinario como factor asociado a parto pretérmino.

**Enfermedad Hipertensiva del embarazo (EHE).** Los trastornos hipertensivos durante la gestación son problemas muy comunes que se presentan entre el 10 – 15% de los embarazos, son considerados la tercera causa de muerte materna en nuestro país; son además una de las causas principales de morbilidad neonatal. La hipertensión gestacional supone el inicio de alteraciones vasculares y metabólicas en el futuro, lo que es probable que esa mujer padezca hipertensión crónica. Si ha presentado preeclampsia o eclampsia tiene doble riesgo de presentar accidentes cerebrovasculares, arritmias y hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca. Tiene 10 veces más riesgo de presentar una enfermedad renal terminal a largo plazo (Bryce et al., 2018).

**Clasificación.** Según el Manual de Obstetricia y Ginecología (2018) refiere que la Hipertensión gestacional. Aparece después de la semana 20 de gestación, sin proteinuria, retorno a la normalidad en el posparto; si esto persiste en el puerperio, puede pasar a hipertensión crónica.

**Preeclampsia.** Asociada a proteinuria superior a 0.3g/24horas. Se divide en moderada y severa, si la paciente llega a convulsionar pasará a eclampsia, síndrome de Hellp,

**Hipertensión crónica.** Hipertensión establecida previa al embarazo o diagnosticada antes de las 20 semanas de gestación, que persiste posterior al puerperio. Se divide en primaria o esencial y secundaria.

**Pre-eclampsia sobreañadida.** Hipertensión crónica con presencia de proteinuria superior a 0,3 g/24 horas.

En la fisiopatología de las EHE, se puede observar que la placentación anormal es una enfermedad provocada por genes fetales maternos que inician una respuesta inflamatoria exagerada por una susceptibilidad particular del endotelio, generada por factores de riesgo previos a la gestación como diabetes, etc., desencadenando el llamado síndrome materno (González & Vivas, 2020). Una anomalía en la remodelación de las arterias espiraladas produce un ambiente hipóxico que inicia una compleja secuencia de eventos que provocan una función endotelial anormal. Esto altera el tono y la permeabilidad vascular siendo la causa de la hipertensión y la proteinuria (Bryce et al., 2018).

La primera etapa de la hipertensión gestacional es asintomática. Se caracteriza por la hipoperfusión e hipoxia placentaria produciendo trombosis e infarto en las vellosidades que incrementan la producción y liberación de ciertos factores en la circulación materna que producen inflamación generalizada y activación del endotelio lo que induce a la segunda etapa; esta se caracteriza por la vasoconstricción, disminución del volumen plasmático y se activa la cascada de coagulación, esta es la etapa sintomática o de diagnóstico clínico. La hipertensión produce un estado de inflamación mayor a lo normal, es decir, incremento exagerado de citoquinas pro – inflamatorias y activación de la cascada de coagulación, incrementa la activación de granulocitos, y monocitos (Lapiduz et al., 2017).

***Hipertensión gestacional.*** Es la hipertensión diagnosticada por primera vez después de la primera mitad del embarazo, especialmente en el tercer trimestre; hay un aumento de la presión arterial  $> 140/90$  mm Hg., en ausencia de proteinuria, en una mujer previamente con la presión arterial normal. La hipertensión puede desaparecer en el puerperio o puede evolucionar a una preeclampsia, si persiste después de las 12 semanas posteriores al parto. Frecuentemente las

mujeres que desarrollan esta enfermedad son obesas o bien tienen historial familiar de hipertensión. Por falta del cuidado adecuado, ésta puede elevarse a preeclampsia (Franco, 2019).

***Preclamsia - eclampsia.*** Enfermedad tardía del embarazo; se diagnostica después de la 20<sup>ss</sup> de gestación. En una gestante con presiones arteriales normales en controles previos hay presencia de proteínas en orina. La hipertensión viene acompañada de alteraciones hepáticas, neurológicas, hematológicas o renales. Indican el inicio de la enfermedad el progreso rápido de edema especialmente en la cara y en las manos, aumento de presión arterial. Puede presentarse ictericia, hiperreflexia, alteraciones visuales y cefalea (Malvino, 2018).

Es una enfermedad multisistémica de causa desconocida, se da únicamente durante el embarazo. Es una complicación grave que se puede presentar en la segunda mitad del embarazo, en el parto o en el puerperio inmediato. Es una respuesta materna, inmunológica – vascular, anormal a la implantación del producto de la concepción, se presenta por una función endotelial alterada, representada por la activación de la cascada de la coagulación, un incremento en la resistencia vascular periférica y la agregación plaquetaria (Lapiduz et al., 2017).

***Fisiopatología de la preclamsia.*** La disfunción plaquetaria guarda concordancia con una anomalía de la invasión trofoblástica de las arterias espirales uterinas. Se asocia a una disfunción endotelial que da lugar a un incremento en la producción de sustancias vasoconstrictoras y a una inhibición de la elaboración de sustancias vasodilatadoras. La expresión anormal de ciertos factores angiogénicos desempeña un papel a la vez en el efecto de la invasión trofoblástica y en la disfunción endotelial (Lacunza & Avalos, 2020).

Diagnóstico. Presión arterial (PA): se evidencia con PA mayor a 140/90 mm Hg en dos tomas separadas por 4 horas o  $PA \geq 160/110$  mm Hg en corto tiempo. Frente a un control aislado de PA elevada en una mujer embarazada. Diagnóstico de proteinuria: La excreción urinaria

mayor o igual 300 mg de proteínas en 24 horas. La presencia de proteinuria positiva tres cruces se correlacionan con 300 mg/24 horas, mientras que cuatro cruces suele ser proteinuria 1g/24 horas (Malvino, 2018).

Actualmente, se usa la medición del índice proteinuria/ creatinuria. Conteo de plaquetas < 100,000. Elevación de las transaminasas al doble de los valores normales. Aumento de la creatinina sérica a partir de 1.1 mg/% (en ausencia de enfermedad renal. Edema pulmonar o aparición de alteraciones cerebrales o visuales. El edema: es habitual durante el embarazo y suele estar presente en paciente con preclamsia, se considera un edema patológico cuando es generalizado y compromete las extremidades superiores y la cara (Nápoles, 2016).

Hipertensión arterial crónica: puede presentarse en pacientes con hipertensión arterial crónica conocida antes del embarazo, en pacientes con hipertensión arterial de 140/90 mm Hg o mayores antes de la semana 20 de gestación y en pacientes que desarrollan hipertensión gestacional y permanece hipertensiva 12 semanas después del parto. Habitualmente no se acompaña de proteinuria ni edema y los efectos sobre el feto no son tan graves como en las hipertensiones inducidas por el embarazo. En la hipertensión arterial crónica se encuentra: aumento del flujo sanguíneo: < 40%, Incremento de la resistencia vascular periférica, arterioesclerosis hiperplásica del lecho útero – placentario. Este tipo de hipertensión predomina en mujeres mayores de 30 años, generalmente multíparas y con antecedentes familiares de hipertensión arterial crónica (Carbajal & Ralph, 2017).

***Hipertensión arterial crónica más preclamsia sobreagregada:*** Corresponde al diagnóstico de preclamsia o eclampsia en mujeres con el diagnóstico previo de hipertensión arterial crónica (primaria o secundaria). Se presenta como una descompensación de las cifras tensionales y/o la aparición de proteinuria igual o mayor de 300 mg/dl en la segunda mitad del

embarazo. El diagnóstico es difícil de establecer en los casos de hipertensión arterial crónica secundaria a una patología real o con nefropatía secundaria al mal control de cifras tensionales, que se presentan con proteinuria desde el inicio del embarazo. Esta asociación puede empeorar el pronóstico materno y perinatal, por lo que se debe de manejar como preclamsia severa (Nápoles, 2016).

**Diabetes Mellitus Gestacional (DMG).** Es la patología caracterizada por la incapacidad del organismo, para regular los niveles de glucosa en la sangre. La insulina es una hormona que se produce en el páncreas y mantienen constantes los niveles de glucosa facilitando la entrada de esta en las células. Hay personas que no sintetizan adecuadamente la insulina o bien la hormona es incapaz de ejecutar sus funciones. La DMG se desarrolla durante el embarazo y se presenta cuando la producción de insulina no es suficiente para cubrir los requerimientos incrementados de insulina durante la gestación que resulta en un estado hiperglicémico. Los niveles de glucosa normal en sangre especialmente durante la organogénesis reducen la incidencia de anomalías congénitas. Los factores de riesgo son antecedentes familiares de diabetes, obesidad y edad superior a 30 años (Frías et al., 2016).

**Epidemiología.** Un cálculo a escala mundial muestra que 1 de cada 7 mujeres embarazadas puede sufrir hiperglucemia, que en el 85% de los casos pertenece a DMG. La cantidad de mujeres afectadas puede llegar al 30%. En América Latina, la diabetes afecta entre el 10 y el 33% de las mujeres embarazadas; son cifras más elevadas a nivel mundial, por lo general la DMG no se diagnostica, es potencial de muerte para la madre y su bebé (OMS, 2016).

Según Carbajal & Ralph (2018), los tipos de diabetes mellitus en el embarazo son: Diabetes mellitus pre gestacional: 10%, diabetes mellitus gestacional: 90%. Por lo general, la diabetes mellitus gestacional corresponde a la intolerancia a la glucosa que se inicia o se

encuentra por primera vez durante el embarazo sin tomar en cuenta la severidad y/o requerimiento de insulina. La norma actual del MINSAL recomienda clasificar con diabetes mellitus pregestacional a aquellas mujeres que presentan glicemia de ayuno mayor o igual a 126 mg/dl en dos ocasiones en el primer trimestre del embarazo.

***Cambios fisiológicos y patológicos durante el embarazo y desarrollo de la diabetes mellitus gestacional.*** La sensibilidad de la insulina a nivel periférico se altera activamente en la gestación, esta se incrementa en el proceso de implantación embrionaria y posteriormente descende en el transcurso del embarazo. La unidad feto placentaria que se establece en las primeras semanas de la gestación causa la disminución de los niveles de la hormona del crecimiento y esto da como resultado el incremento de la sensibilidad a la insulina. Consecutivamente se inicia el incremento de los niveles del lactógeno placentario sérico, progesterona, hormona del crecimiento placentario, prolactina, cortisol y otras, las cuales favorecen en la disminución de la sensibilidad por parte de los tejidos periféricos a la insulina (Rodas et al., 2018).

Durante el segundo y tercer trimestre de la gestación se acentúa la sensibilidad a la insulina debido a que se elevan los niveles de las hormonas placentarias y no placentarias; aunado a estos se producen cambios en la producción de mediadores inflamatorios, en la leptina, actúa como un sensor en el proceso de almacenamiento de nutrientes. La prolactina produce resistencia central a la leptina y esta incrementa la ingesta de alimentos, lo que contribuye a desarrollar obesidad en la gestante. Las madres con DMG alteran la secreción de insulina y los niveles más altos de gluconeogénesis dan como resultado la elevada glucemia que se evidencia en estas gestantes (Rodas et al., 2018). Los síntomas de la DMG son: polidipsia, poliuria,

polifagia y glucemia elevada durante cualquier momento del día, sin importar el tiempo transcurrido desde la última ingesta de alimentos (Rovira et al., 2017).

Las implicaciones de la Diabetes Mellitus Pregestacional pueden presentarse: a corto plazo como la preclamsia, Macrosomía fetal, polihidramnios, muerte intraútero entre las 36 y 42 semanas, morbilidad neonatal (Hipoglicemia, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia, distrés respiratorio y cardiomiopatías), organomegalia fetal, riesgo de aborto y de anomalías congénitas. A largo plazo, se incrementa el riesgo de presentar diabetes mellitus tipo II, futuras generaciones tienen mayor riesgo de presentar obesidad, intolerancia a la glucosa y síndrome metabólico (Centro de Medicina Fetal Neonatal, 2018).

***Amenaza de parto pretérmino.*** Mezzabotta et al. (2018) refieren que es la aparición de contracciones uterinas con frecuencia de 1/10 minutos, de 30 segundos de duración palpatoria, en un tiempo no menor de 60 minutos, con borramiento cervical del 50% o menos y dilatación igual o menor a 3 cm, y se da entre las semanas 22 y 36.6 semanas de gestación. Se presenta en una gestante con menos de 37 semanas de amenorrea. Supuestamente, menos del 10% de mujeres con este diagnóstico clínico terminan en parto pretérmino dentro de 7 días, ya que 30% se resuelven espontáneamente y 50% tienen su parto a término.

La etiología de la amenaza de parto pretérmino es multifactorial, en el 80% casos se considera idiopática, el 20% restante puede deberse a polihidramnios, gestación múltiple, apendicitis u otro proceso infeccioso a nivel abdominal, bacteriuria, pielonefritis aguda e infección intraamniótica por rotura prematura de membranas (13% de los casos), historial previo de partos prematuros. La identificación de esta casuística puede ser relevante para mejorar el pronóstico global de la gestación en este tipo de casos (Quispe, 2018).

***Los criterios clínicos para el diagnóstico.*** Son pacientes de alto riesgo aquellas con gestación menor a 36 semanas y presencia de dinámica uterina y que además presenten uno o más de estos criterios que se detallan a continuación: Criterios clínicos, parto pretérmino anterior espontáneo antes de las 34 semanas, pérdida gestacional tardía (mayor a semana 17), portadora de cerclaje cervical en gestación actual y gestación múltiple. Cérvix corto, Bishop mayor o igual a 5, criterios ecográficos en gestación única (longitud cervical menor a 25 mm antes de las 28 semanas, longitud cervical menor a 20 mm entre las 28 y 31.6 semanas, longitud cervical menor a 15mm a las 32 semanas o más) (Carvajal & Ralph, 2019).

***Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP).*** Es la separación total o parcial de la placenta desde su inserción en la pared uterina, antes de la salida del feto. Es la causa más habitual de metrorragia del segundo trimestre, sucede entre el 0,4 -1% de las gestaciones. Aproximadamente, el 50% de los DPP ocurre antes de las 36 semanas de gestación, lo que genera mayor morbilidad materno perinatal. Está asociado a diferentes factores de riesgo entre los que se encuentran: trastornos hipertensivos del embarazo, antecedentes de desprendimiento placentario o cesárea, multiparidad, diabetes, polihidramnios, rotura prematura de membranas, traumatismos abdominales, consumos de sustancias tóxicas y trombofilias, en muchos de los casos la causa del DPP es desconocida (Martos et al., 2018).

***Los factores de riesgo DPP*** incluyen: Edad materna avanzada, trastornos hipertensivos del embarazo, isquemia placentaria (manifestada por restricción del crecimiento intrauterino), polihidramnios, infecciones intraamnióticas, vasculitis, DPP previos, traumatismos abdominales, trastornos tromboticos maternos, tabaquismo, roturas prematuras de membranas, uso de sustancias tóxicas (Dulay, 2017).

*En el cuadro clínico del DPP tenemos:* Tipo I (80%), se evidencia un hematoma retroplacentario, con una disrupción coriodecidual, que permite el sangrado. Tipo II (20%), son hematomas centrales retroplacentarios, sin sangrado. En este se concentran los óbitos o presentación con CID. El DPP presenta un signo particular que es la metrorragia, se puede presentar en cantidad variable, frecuentemente produce compromiso hemodinámico materno, que no necesariamente se relaciona con la magnitud del sangrado externo, ya que es posible que exista un coágulo retroplacentario que acumule una gran cantidad de sangre en el interior, La principal característica es una contractura uterina sostenida y dolorosa, asociada con alteraciones en los latidos cardíofetales y es estimulada por los productos de la cascada de coagulación (Gutierrez, 2019).

La complicación grave del DPP es que se puede presentar inestabilidad hemodinámica, con o sin shock y/o coagulación intravascular diseminada (CID), producto de la liberación de factor tisular la circulación materna. El DPP generalmente compromete el bienestar fetal, restricción del crecimiento si el DPP es crónico; que se manifiesta por desaceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal o incluso la muerte fetal (Carvajal & Ralph, 2019).

***Anemia durante la gestación.*** La anemia clínicamente se caracteriza por la deficiencia en cantidad y calidad de los glóbulos rojos o la hemoglobina (Hg), lo que significa una disminución en el aporte de oxígeno a nivel de la sangre y en los tejidos, su clasificación es de acuerdo a sus concentraciones séricas: anemia leve (Hg: 10 a 10.9 mg/dl), anemia moderada (Hg: 9.9 a 7 mg/dl) y anemia severa (Hg: menor a 7 mg/dl) (Gonzales & Arango, 2019).

Actualmente, en el Perú, la prevalencia de anemia durante la gestación es de 29 y 30%, La detección de anemia es importante realizarla en el primer control prenatal, lo ideal es que se

realice en el primer trimestre del embarazo para poder intervenir inmediatamente en caso de encontrarse deficiencia de hierro en sangre (Ayala & Ayala Moreno, 2019).

Clínicamente, los signos y síntomas de la anemia se evidencian cuando la anemia es severa; el síntoma más común es la fatiga, pero tenemos también; la disnea, frialdad de piel, cefalea, palpitaciones, irritabilidad entre otros, de continuar con la anemia severa se puede complicar la diada materno fetal esto debido a la disminución del volumen plasmático y la deficiencia en el aporte nutricional al feto, llegando a presentarse amenaza de aborto, infección de tracto urinario, trastornos hipertensivos del embarazo, oligohidramnios, recién nacido con bajo peso, pequeño para la edad gestacional y parto prematuro (Ascate, 2019).

***Ruptura Prematura de Membrana (RPM)***. Las membranas ovulares protegen de posibles infecciones ascendentes desde el tracto genital inferior, independientemente de la edad gestacional. La rotura prematura ovular que ocurre antes de la semana 37, se denomina RPM. El período de latencia es el tiempo que transcurre entre la RPM y el inicio del parto, se relaciona con la edad gestacional, siendo mayor en los embarazos de pretérmino que en los embarazos de término. La causa de la RPM es desconocida en la mayoría de los casos, siendo la infección intra amniótica la única causa demostrable en un elevado porcentaje de los casos (Mezzabotta et al., 2018).

El diagnóstico principal se realiza mediante la exploración vaginal en la que se evidencia la pérdida de líquido claro con olor a cloro, abundante, que fluye por los genitales y no se logra contener. En el caso de duda clínica se puede realizar: la cristalografía o prueba de hehecho, un test colorimétrico en el que se mide pH vaginal (pH normal es entre 3.4 – 5.5), una ecografía fetal para evidenciar oligoamnios; para mayor especificidad se puede utilizar el Insulin-like growth factor binding protein – 1 o el Placental alpha microglobulin – 1 y en casos muy

seleccionados se realiza el diagnóstico definitivo: la amniocentesis diagnóstica, instalando fluoresceína en la cavidad amniótica (Fetal Medicine Barcelona, 2019).

Los factores de riesgo son múltiples, entre ellos tenemos: longitud cervical corta, hemorragia del segundo y tercer trimestre, índice de masa corporal bajo, tabaquismo, nivel socioeconómico bajo, parto pretérmino previo, embarazo múltiple y complicaciones asociadas, rupturas prematuras previas, trastornos hipertensivos del embarazo, restricción del crecimiento intrauterino, infecciones de tracto urinario, vaginosis bacteriana y consumo de drogas ilícitas (Gutierrez, 2018).

Las complicaciones más características en el feto tras la RPM por la prematurez son la dificultad respiratoria, la sepsis, enterocolitis necrosante y hemorragia intraventricular; cuando la RPM se presenta con inflamación intrauterina, se incrementan los daños en el neurodesarrollo y la edad gestacional temprana con lesión a la sustancia blanca. La infección incrementa aún más el riesgo de muerte fetal (Rodríguez et al., 2018).

### **Bases teóricas**

El presente estudio se fundamentará en la teoría de enfermería de Ramona T. Mercer, con su aporte publicado como “Adopción del rol materno – convertirse en madre”, basado en los siguientes factores:

Teoría intermedia que se basa en los factores: La adopción del rol materno, como un proceso recíproco y de desarrollo, se desarrolla el vínculo madre e hijo con el tiempo, aprende y experimenta el placer de atender a su niño (Gregorio, 2016). La edad materna cronológica y de desarrollo. El Yo materno. Percepción de la experiencia en el parto y en el nacimiento. Autoestima, percepción del individuo. Auto concepto, percepción general del Yo. Estrés, eventos

que se ven de modo positivo y negativo. Apoyo social, la flexibilidad y las condiciones de crianza se desarrollan a medida en que se convive con el recién nacido (Moncayo, 2016).

Relación madre y padre, percepción de la pareja, sus actitudes, valores, visión del futuro y acuerdos mutuos. Actitudes respecto a la crianza. Estado de salud, son las apreciaciones de la pareja acerca de su salud anterior, actual, futura y la forma como desafían la salud y la enfermedad. Tensión debida al rol, el compromiso que una mujer experimenta cuando emprende su rol maternal. El estado de salud del niño, la enfermedad del niño que interfiere en el proceso de unión (Ortega, 2018).

La unión, un elemento del rol parental y de la identidad. Familia, sistema dividido en otros subsistemas. Temperamento del niño, se dificulta aún más cuando el niño no puede comunicarse con la madre esto crea respuestas de rabia y frustración. Características propias del niño. Funcionamiento de la familia. La satisfacción, placer que la madre experimenta en la relación con su hijo; depresión, ansiedad; señales de los lactantes son conductas que provocan una respuesta en su madre, padre o compañero (Méndez, 2018).

Los meta-paradigmas para esta teoría son:

Persona: Un núcleo propio, mejorado y estable mediante la socialización a lo largo de su vida. El compañero íntimo del rol de la madre, la identidad materna que se desarrolla con esta unión.

Enfermería: Personas encargadas de promover la salud en las familias y en los niños y son las pioneras desarrollando estrategias de valoración. Nos presenta la importancia del cuidado del enfermero en cada etapa de la madre y su maternidad.

Salud: Percepción que la madre y el padre poseen de su salud anterior, actual y futura. El estado de salud del recién nacido y del niño. Afectación de la salud de toda la familia por el estrés del pos parto y como se consigue la misma por el rol materno.

Entorno: Desarrollo de una persona, la adaptación entre la persona en desarrollo y las propiedades cambiantes de los ambientes inmediatos. La maternidad es un proceso muy importante ya que se desarrolla un ser vivo para lo cual es necesario se desarrollen los cuatro vínculos de manera armoniosa y responsable, ya que es de vital importancia el apoyo que se le brinde a la madre por parte de la familia y la sociedad que la rodea (Benito, 2017).

El hecho de que conozcamos el por qué la alta prevalencia de partos prematuros en nuestra institución nos va a permitir conocer nuestras debilidades, adaptarnos a nuestra nueva realidad y afrontar con mayor decisión el problema. Teniendo como prioridad promover el vínculo madre – niño ya que así habrá menos recién nacidos prematuros, se gastará menos recursos y se mejorará el futuro (López, 2018).

### **Definición conceptual**

***Parto prematuro.*** Parto pre término se define como el nacimiento por cualquier causa antes de la semana 37 de edad gestacional y después de la semana 20 o de un recién nacido de al menos 500 gramos de peso (OMS, 2015).

***Factores de riesgo.*** Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (OMS, 2019).

## **Capítulo III**

### **Metodología**

#### **Descripción del lugar de ejecución**

La presente investigación se realizará en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital público de Cajamarca, que se rige bajo la normativa del Ministerio de Salud. El Servicio de Gineco Obstetricia se ubica en el quinto piso sector este del hospital; cuenta con 35 camas divididas en: camas ginecológicas, camas para atención de pos cesareadas, camas para gestantes, camas para puérperas de partos eutócicos, camas para pacientes infectadas. Cuenta con personal calificado y capacitado para la atención: 16 médicos ginecólogos, 9 residentes de medicina, 19 enfermeras, 18 obstetras, 15 técnicos en enfermería, un personal encargado de farmacia. En el servicio se atiende un aproximado de 460 pacientes por mes, pacientes con una diversidad patologías y con diferentes grados de severidad. Brinda atención sanitaria integral, especializada con calidad, buen trato, mínimos tiempos de espera, comprometidos con equidad e interculturalidad, integrando funciones de docencia e investigación.

#### **Población y muestra**

##### ***Población.***

Para el presente estudio, la población considerada estará conformada por el número total de puérperas con partos pretérminos atendidos entre los meses de enero, febrero y marzo del año 2020 en el Servicio de Gineco Obstetricia del hospital público de Cajamarca calculados. Para tal efecto, según la revisión de los registros de hospitalización, trimestral entre enero y marzo del 2020, que ascienden a un total de 114 partos prematuros.

**Muestra.**

Para el presente estudio, la muestra será probabilístico y el tamaño de la misma se calculará siguiendo la teoría del muestreo aleatorio simple; el cual fue aplicado para el tamaño de la muestra a captarse en un trimestre en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital público de Cajamarca. El tamaño de la muestra, para la recopilación de la información en el Servicio de Gineco Obstetricia de la institución, se determinó utilizando la fórmula para poblaciones finitas y conocidas, que consiste del cálculo de porcentajes para investigación descriptiva, aceptando un error estándar hasta 5% (0.05), para establecimientos de salud de categoría II, con un nivel de confianza del 95%. Asumiendo un  $p = 0.5$  y  $q = 0.5$ , cuando no se conoce el porcentaje de factores de riesgo y partos prematuros en estudios previos. La fórmula que se utilizó para determinar el tamaño de la muestra ( $n$ ), según López & Fachelli (2015):

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

En donde:

- n:** Tamaño de muestra calculado.
- N:** Tamaño de la población (al número total del primer trimestre 2020 de partos prematuros atendidos en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital regional público de Cajamarca.
- Z:** Valor de "Z" para el nivel de confianza 95%. El valor de "z" es igual a (1.96)
- P:** Probabilidad de éxito o proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia que tienen una característica de ( $p=0,5$ )

- q: Probabilidad de fracaso o proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia que no tiene una característica (1- p) ó (q= 0.5)
- E: Error Estándar de 0,05 ó 0,1 según categoría de establecimiento o nivel fijado por el investigador. (e=5%=0.05).

Reemplazando:

$$n = \frac{114 \times (1,96)^2 (0,5)(0,5)}{(0,05)^2 (114 - 1) + (1,96)^2 \cdot (0,5)(0,5)} = 88$$

En donde: **n = 88**

Por lo tanto, en el presente estudio según el cálculo matemático la muestra estuvo conformada por 88 puérperas con partos prematuros atendidos en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital público de Cajamarca. Al respecto, Hernández et al. (2014) refieren que el tipo de muestra es probabilista; porque “todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos, y se obtiene definiendo las características de la población y el tamaño de la muestra, y por medio de una selección aleatoria o mecánica de las unidades de análisis” (p.175).

### ***Muestreo***

Por consiguiente, para el presente estudio de investigación, se consideró el tipo de muestreo probabilístico, aleatorio simple.

### ***Criterios de inclusión y exclusión***

#### **Criterios de inclusión.**

Se tomó en cuenta a las puérperas con diagnóstico de parto pretérmino.

Se tomó en consideración a las madres puérperas con edad gestacional comprendidas entre la semana 28 hasta las 36.6 semanas.

Pacientes puérperas que acepten participar del estudio previa firma del consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión.**

Pacientes puérperas con edad gestacional igual o mayor de 37 semanas.

Pacientes con partos prematuros como producto de un accidente.

Pacientes con partos prematuros que sufran algún trastorno mental.

### **Tipo y diseño de investigación**

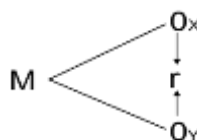
El presente estudio se desarrollará bajo el enfoque cuantitativo, porque se utilizará el método estadístico para el tratamiento de los datos y presentación de resultados; atendiendo a los objetivos que persigue, la investigación es básica. Al respecto, Tamayo (2017) refiere que la investigación de tipo descriptivo observa solamente el fenómeno en su estado natural, en sus condiciones puras, esta investigación trata sobre aspectos muy puntuales de la realidad, sin que haya interferencia alguna del investigador, solo interferencias propias de las circunstancias que envuelvan el objeto de estudio.

El estudio será de diseño no experimental, porque no existirá manipulación deliberada de las variables en estudio; según la tipología referida por (Hernández et al. (2014).

Además, es un estudio de corte transversal, al respecto, Rodríguez & Mendivelso (2018) refieren que el estudio de corte transversal, también es conocido como estudio de prevalencia o encuesta transversal. Se cataloga como un estudio observacional de base individual, con los propósitos de describir y analizar una condición en la población estudiada. Se considera como un diseño básico. En este tipo de diseños se incluyen individuos con o sin la condición en un momento determinado, sin interferencia alguna del investigador. El investigador efectúa una sola medición de la variable de interés en el mismo individuo.

Es un estudio de tipo y nivel correlacional, porque analizará y describirá la existencia de relación entre las dos variables de estudio, que son factores de riesgo y parto prematuro; al respecto Gallardo (2017) refiere que este tipo de estudios, “tiene por finalidad determinar el grado de asociación (no causal) que existe entre dos o más variables. En este tipo de estudios, primero se miden las variables y posteriormente, mediante pruebas de hipótesis correlacionales y la aplicación de técnicas estadísticas se estima la correlación” (p.53).

El siguiente esquema corresponde a este tipo de diseño de investigación:



Donde:

**M** : Muestra

**Ox** : Factores de riesgo

**Oy** : Parto prematuro

**r** : Relación entre las dos variables

### Formulación de hipótesis

**Ha:** Existe relación entre los factores de riesgo asociado y parto prematuro en puérperas, atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital público de Cajamarca, 2021.

**H0:** No existe relación entre los factores de riesgo asociado y parto prematuro en puérperas, atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital público de Cajamarca, 2021.

### Identificación de variables

**Variable 1:** Factores de riesgo

**Variable 2:** Parto prematuro



---

Parto Prematuro	<p>nacimiento por cualquier causa antes de la semana 37 de edad gestacional y después de la semana 20 o de un recién nacido de al menos 500 gramos de peso (OMS, 2015).</p>	<p>Semanas gestacionales en que se presentó el parto prematuro. Y la medición de esta variable se basa en el número de semanas de embarazo, considerando los bebés que han nacido a pretérmino muy temprano = (1), pretérmino temprano = (2) y pretérmino tardío = (3).</p>	Parto pretérmino temprano
		<p>Los ítems se valoran de la siguiente manera:  20 ss – 23 6/7ss =1  24 ss – 33 6/7ss =2  34 ss – 36 6/7ss =3</p>	Parto pretérmino tardío

---

## **Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

### ***Técnica.***

Se utilizará como técnica la encuesta.

### ***Instrumento.***

Como instrumento, se utilizará una ficha técnica de recolección de datos, denominado “Factores de riesgo y partos prematuros en puérperas atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital público de Cajamarca, 2021”. Es un instrumento elaborado y utilizado por la Obstetra Ramos Gonzales, Pamela Liz; en el año 2018, en un estudio aplicado en el hospital nacional Hipólito Unanue de la ciudad de Lima – Perú.

El instrumento cuenta con 3 dimensiones: Datos sobre factores sociodemográficos; que cuenta con 4 ítems: Edad, subdividido en 3 categorías; índice de masa pregestacional, subdividido en 4 categorías; grado de instrucción, subdividido en 4 niveles; y estado civil, subdividido en 4 categorías.

Datos sobre factores maternos dividido en 4 ítems: Paridad (número de partos anteriores a la fecha del parto): subdividido en 6 categorías; gestaciones (número de gestaciones): subdividido en 6 categorías; embarazo múltiple (número de partos anteriores a la fecha del parto): subdividido en 4 categorías; control prenatal (número de controles a la fecha del parto): subdividido en 4 categorías.

Antecedentes patológicos maternos, dividido en 7 ítems: infección de tracto urinario, valoración nominal, si la respuesta es SÍ=2, si la respuesta es NO=1; enfermedad hipertensiva del embarazo, si la respuesta es SÍ=2, si la respuesta es NO=1; diabetes gestacional, si la respuesta es SÍ=2, si la respuesta es NO=1; amenaza de parto pretérmino, si la respuesta es SÍ=2, si la respuesta es NO=1; desprendimiento prematuro de placenta, si la respuesta es SÍ=2, si la respuesta es NO=1; anemia, si la respuesta es SÍ=2, si la respuesta es NO=1; ruptura prematura de membranas, si la respuesta es SÍ=2, si la respuesta es NO=1.

Y respecto a la variable 2 sobre el parto prematuro, tiene una sola dimensión: denominado parto prematuro, dividido en 3 categorías (1=Parto Menor a 28 semanas de gestación: (P:< 28ss); 2= Parto Entre 28 a 31 semanas de gestación (P:28ss -31ss); y 3= Parto Entre 32 a 36 semanas de gestación (P:32ss – 36ss).

### ***Validez***

Para la validez de contenido del instrumento se realizó a través del juicio de expertos. Primero, se seleccionó a los expertos los cuáles debían cumplir ciertos requisitos: ser profesionales de la salud (enfermeras o médicos), ser especialistas en el área de Gineco Obstetricia y/o contar con maestrías o doctorados y haber laborado en el área como mínimo 05 años. Posteriormente, se les propuso de forma verbal si estaban de acuerdo con evaluar el instrumento para el proyecto de investigación “Factores de riesgo y partos prematuros en puérperas atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia de un Hospital público de Cajamarca, 2021”, una vez realizados los dos primeros pasos se procedió a la entrega de una carpeta para la validez del instrumento en físico y virtual.

Luego se realizó la tabulación de la valoración o cuantificación la calificación de cada juez, en una tabla binomial, para determinar el coeficiente V de Aiken, como resultado final se obtuvo un coeficiente de 0.933 para el “Factor de riesgo (Tabla 6)” y de 0.920 para el instrumento de “Parto prematuro (Tabla 7)”; por lo cual, los índices demuestran que el instrumento tiene un nivel de alta de aceptabilidad, por lo tanto, los instrumentos son válidos para su aplicación. Seguidamente con el instrumento ya aprobado se aplicó una prueba piloto.

### ***Confiabilidad del instrumento.***

Luego de la validez de los instrumentos se aplicó el instrumento a una prueba piloto, de 21 enfermeras, en otra institución de similares características de la población en estudio; Una vez recopilado la información de la prueba piloto se recurrió al paquete estadístico, para determinar el índice de confiabilidad del instrumento, mediante la aplicación a través de la

prueba estadística de Alfa de Cronbach, obteniendo un índice de confiabilidad de 0,730 con lo cual se puede inferir que el instrumento es fiable, con un nivel moderado de aceptabilidad; por lo tanto se concluye que el instrumento es válido para su aplicación.

### **Proceso de recolección de datos**

El proceso se inicia con la presentación de las solicitudes a la directora del hospital e estudio, en trámite documentario y a la jefa de enfermeras del Servicio de Gineco Obstetricia; con la finalidad de conseguir el permiso para poder aplicar el instrumento. Posteriormente, se procederá a la aplicación del instrumento para la recolección de los datos, lo cual se realizará en turnos de mañanas durante 30 días a las pacientes con partos prematuros. Previo a la aplicación del formulario se procederá a leer el consentimiento informado para que las pacientes mayores de edad puedan conceder su permiso, en lo que respecta a las pacientes menores de edad a la madre, padre o tutor para que juntos decidan si desean participar en el proyecto. Según los criterios de inclusión. Asimismo, en el momento del levantamiento de la información, la Lic. Enfermera que acompaña, en la encuesta, brindará apoyo a las participantes sobre las inquietudes o de clarificar sobre la terminología médica utilizada en las preguntas del instrumento.

### **Procesamiento y análisis de los datos**

Para el presente estudio, el procesamiento y análisis de datos se realizará en base a los resultados obtenidos por la recolección de la información, luego los datos serán codificados y trasladados para el procesamiento mediante el paquete estadístico SPSS Statistics versión 23; además, para su interpretación y análisis de los resultados se presentarán en tablas y gráficas, frecuencia y porcentajes para su mejor comprensión de los mismo. Asimismo, para determinar la correlación en las dos variables se utilizará la prueba del chi cuadrado y para determinar los factores de riesgo con el valor de OR y su respectivo intervalo de confianza al 95%, para ello se realizará el análisis univariado y multivariado. Y, finalmente, para su

significancia estadística se trabajará considerando un valor del  $p < 0.05$ , para todas las variables.

### **Consideraciones éticas**

Se ha tenido en cuenta las consideraciones éticas médicas para la aplicación de la práctica clínica, respetando y protegiendo la confidencialidad de los datos obtenidos por parte de las pacientes y por este motivo el instrumento es anónimo, teniendo en cuenta los principios de:

No maleficencia, este principio implica que el investigador debe buscar los menores riesgos posibles y lo obliga a no causar daño, a disminuir los efectos adversos o evitar acciones lesivas a las personas.

Beneficencia, este principio persigue maximizar los beneficios, asegurar el bienestar de todos los participantes actuales y potenciales de una investigación; y minimiza los daños, los participantes deben conocer los riesgos y los beneficios que lograrán con su participación.

Autonomía, este principio examina responsable y meticulosamente el formato de consentimiento informado, aspectos específicos de la información, se incluye la protección de la intimidad y confidencialidad de los datos de los participantes en la investigación. El ser humano posee la capacidad de actuar por sí mismo, tomar sus propias decisiones, por ello se le debe dar la libertad para elegir analizando los aspectos negativos y positivos en la investigación y así pueda determinar su conducta a seguir.

Justicia, este principio implica que el investigador debe practicar un juicio razonable, responsables y tomar todas las precauciones para asegurar que sus sesgos y las limitaciones en sus capacidades y conocimientos no permitan prácticas injustas, es importante ejercer equidad y justicia para que todos los participantes tengan los mismos derechos y beneficios en una investigación. Por ello, se va a informar el beneficio del proyecto a todas las participantes y se respetará las decisiones de las pacientes, se van a evitar riesgos y daños

bio-psicosociales a las pacientes que decidan participar en el proyecto. El investigador se compromete a no hacer plagio, es decir respetar los derechos de autor.



**Presupuesto****Tabla 3.***Presupuesto para la ejecución*

<b>N° DE PARTIDA</b>	<b>DETALLE</b>	<b>UNID.</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>MESES</b>	<b>PRECIO UNIT. (S/)</b>	<b>PRECIO TOTAL (S/)</b>
	Recurso humano					<b>2,200.00</b>
1	Gastos administrativos de sustentación					1,500.00
	Servicios de tipeo	pers	1	1	200.00	200.00
	Asesor.	glb	1	1	500.00	500.00
	Recursos materiales					<b>288.00</b>
	Millar de papel bond A4	Mill	1	2	25.00	50.00
	Millar papel periódico	Mill	1	2	15.00	30.00
	USB 8 Gigas	Uni	2	1	45.00	90.00
2	Lapiceros	Uni	4	2	0.50	4.00
	Correctores	Uni	4	1	2.00	8.00
	Lápices	Uni	4	1	1.00	4.00
	Bibliografía	glb	1	1	100.00	100.00
	CDs	Uni	2	1	1.00	2.00
	Otros gastos					<b>520.00</b>
3	Servicio fotocopiado.	Hoj	200	2	0.10	40.00
	Movilidad	glb	4	2	60.00	480.00
	<b>TOTAL</b>					<b>3,008.00</b>

## Referencias

- Instituto Mexicano del Seguro Social - IMSS. (2017). *Cguía práctica Clínica: Control prenatal con atención centrada en la paciente*. Obtenido de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/028GER.pdf>
- Abanto, D. B. (2018). *Infección del tracto urinario como factor asociado a parto pretérmino*. [Tesis para optar médico cirujano. Universidad César vallejo]. Obtenido de [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/24847/abanto\\_vd.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/24847/abanto_vd.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Ahumada, M., & Alvarado, G. (2016). Factores de Riesgo de parto pretérmino en un hospital. *Revista Latino-Americano de Enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem*. doi:DOI: 10.1590/1518-8345.0775.2750
- Alarcón Celedonio, J. C. (2017). *Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes, Hospital Nacional Docente Madre - Niño "San Bartolomé" - 2016*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Obtenido de [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/6436/Alarcon\\_cj.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/6436/Alarcon_cj.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Aliaga Paima, E. (2017). *Factores asociados a preeclampsia en las gestantes atendidas en el hospital DE Iquitos de EsSalud julio 2015 a junio 2016*. [Tesi pregrado. Universidad Científica del Perú]. Obtenido de <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/206/ALIAGA-1-Trabajo-Factores.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Álvarez, D. M., & Pérez, C. L. (2017). Amenaza de parto pretérmino: una mirada desde el modelo de Mishel. *Revista Avances en enfermería. av.enferm. [online]. 2017, vol.35,*

*n.1*, pp.77-86. ISSN 0121-4500. Obtenido de

<https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n1.52586>.

ASIS. (2018). *Análisis de Situación de Salud 2018*. Obtenido de

<http://portal.hrc.gob.pe/sites/default/files/convenios/belga/ASIS%20HRDC%20A%C3%91O%202018%20Parte%20I.pdf>

Ayala Peralta, F. D., Guevara Ríos, E., Rodríguez Herrera, M. A., Ayala Palomino, R.,

Quiñones Vásquez, L. A., Ayala Moreno, D., . . . Ochante Rementería, J. (2016).

Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica. *Rev Peru Investig Matern Perinat* 2016; 5(2):9-15. Obtenido de

<https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/60/61>

Ayala, A. A. (2019). *Prevalencia del Parto Pretérmino y Factores Maternos del mismo en el*

*Hospital Pablo Arturo Suárez de Mayo del 2017 – Abril 2018*. [Tesis para obtener médico cirujano. Pontificia Universidad Católica del Ecuador] . Obtenido de

<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16479/Trabajo%20de%20titulacion-%20Ariel%20Ayala.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ayala, F. D., & Ayala Moreno, D. (2019). Implicancias clínicas de la anemia durante la

gestación. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Rev. peru. ginecol. obstet.*

*vol.65 no.4 Lima oct./dic. 2019*. Obtenido de

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322019000400012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322019000400012&script=sci_arttext)

Balladares, F. P., & Chacón, V. D. (2014). *Prevalencia de factores de riesgo del parto*

*pretérmino en pacientes atendidas en el departamento de Obstetricia del Hospital*

*Vicente Corral Moscoso*. Tesis de médico cirujano, Universidad de Cuenca. Obtenido

de

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25572/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>

Benito, A. & Nuin, B. (2017). *Guía del Embarazo, preconcepción, parto y puerperio Saludable*. Impreso en Centro Gráfico Ganboa. 1ª Ed.

[https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/salud\\_embarazo\\_parto\\_posparto/es\\_def/adjuntos/Gu%C3%ADa%20del%20embarazo,%20preconcepcion,%20parto%20y%20puerperio%20saludable.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/salud_embarazo_parto_posparto/es_def/adjuntos/Gu%C3%ADa%20del%20embarazo,%20preconcepcion,%20parto%20y%20puerperio%20saludable.pdf)

Bryce Moncloa, A., Alegría Valdivia, E., Valenzuela Rodríguez, G., Larrauri Vigna, C. A.,

Urquiaga Calderón, J., & San Martín San Martín, M. (2018). Hipertensión en el embarazo. *Revista Peruana de Ginecología y obstetricia. Rev. peru. ginecol. obstet. vol.64 no.2 Lima abr./jun. 2018*. Obtenido de

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322018000200006&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000200006&lng=es&nrm=iso)

Carnero, Y. X. (2016). *Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el periodo enero – junio del 2015*. [Tesis de Pregrado; Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Obtenido de

[https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4712/Carnero\\_cy.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4712/Carnero_cy.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Carvajal Cabrera, J. A., & Ralph Troncoso, C. A. (2017). *Manual Obstetricia y Ginecología. Octava Edición. Escuela de Medicina*. Obtenido de <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/04/Manual-Obstetricia-Ginecologia-2017.pdf>

Carvajal, J. A., & Ralph, C. A. (2019). *Manual Obstetricia y Ginecología. IX Edición. 2018*. Obtenido de <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>

- Castillo, R. M., & Ortiz, N. G. (2019). Factores de riesgo maternos asociados al parto pre término. *AVFT Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. Volumen 38, número 6, 2019*. Obtenido de [http://revistaavft.com/images/revistas/2019/avft\\_6\\_2019/4\\_factores\\_maternos.pdf](http://revistaavft.com/images/revistas/2019/avft_6_2019/4_factores_maternos.pdf)
- Cavalleti, S., Coulter, P., Gobbi, G., Quatrocchi, S., & Rojcevicz, R. (2021). *El Buen Pastor y el Niño: Un camino de gozo*. Chicago, Estados Unidos de Norteamérica. Obtenido de <https://books.google.com.pe/books?id=3lQkEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Chavarría, L. (2019). Factores de riesgo relacionados con parto prematuro en El Salvador. *Revista Científica del Instituto Nacional de Salud - El Salvador*. doi: <https://doi.org/10.5377/alerta.v2i2.7922>
- Centro Medico Fetal Neonatal (2018) *Diabetes gestacional. España*. <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/diabetes%20gestacional.pdf>
- Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos CAOG. (2019). *La atención prenatal, el trabajo de parto y el parto, y la atención de posparto*. Obtenido de <https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Usted-y-su-bebe?IsMobileSet=false>
- Dulay, A. (2017). *Desprendimiento de placenta. Nueva York - Estados Unidos de Norteamérica*. <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/desprendimiento-de-placenta-abruptio-placentae>.
- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES. (2017). Mortalidad infantil y en la Niñez.

Fetal Medicine Barcelona (2020) *Protocolo de Amenaza de Parto Pre término. Barcelona - España.* file:///C:/Users/HP/Downloads/amenaza%20parto%20pretermino.pdf

Fetal Medicine Barcelona. (2019). *Protocolo: Rotura prematura de membranas a término y pre término. Barcelona – España.*

<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/rotura%20prematura%20de%20membranas%20hcp-hsjd.pdf>

Flores, J. E. (2018). *Índice de masa corporal pregestacional alterado como factor de riesgo para parto pretérmino. hospital Regional Docente Trujillo, 2010 - 2015.* [Tesis para optar grado de médico cirujano. Universidad Privada Antenor Orrego].

[https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/3886/1/REP\\_MED.HUMA\\_JULISSA.FLORES\\_%C3%8DNNDICE.MASA.CORPORAL.PREGESTACIONAL.ALTERADO.FACTOR.RIESGO.PARTO.PRET%C3%89RMINO.HOSPITAL.REGIONAL.DOCENTE.TRUJILLO.2010.2015.pdf](https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/3886/1/REP_MED.HUMA_JULISSA.FLORES_%C3%8DNNDICE.MASA.CORPORAL.PREGESTACIONAL.ALTERADO.FACTOR.RIESGO.PARTO.PRET%C3%89RMINO.HOSPITAL.REGIONAL.DOCENTE.TRUJILLO.2010.2015.pdf)

Franco, K. M. (2019). *Factores de riesgo asociados a preeclampsia en mujeres de edad fértil en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo de Enero-Diciembre del año 2017.* [Tesis para optar el título de médico cirujano. Universidad Ricardo Palma]. Obtenido de

<https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1771/KFRANCO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Frías-Ordoñez, J. S., Pérez-Gualdrón, C. E., & Saavedra-Ortega, D. R. (2016). Diabetes mellitus gestacional: una aproximación a los conceptos actuales sobre estrategias diagnósticas. *Universidad Nacional de Colombia. Rev. Fac. Med. 2016 Vol. 64 No. 4: 769-75.* Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v64n4/0120-0011-rfmun-64-04-00769.pdf>

- Gallardo, E. E. (2017). Metodología de la Investigación: Manual Autoformativo Interactivo. 1ª edición Huancayo, julio de 2017. Universidad Continental.  
[https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/4278/1/DO\\_UC\\_EG\\_MAI\\_UC0584\\_2018.pdf](https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/4278/1/DO_UC_EG_MAI_UC0584_2018.pdf)
- Garay, D. F. (2020). *Complicaciones Obstétricas en Gestantes Adolescentes del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano De Huánuco 2018*. [Tesis de pregrado. Universidad de Huánuco]. Obtenido de <http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2684/Garay%20Palomino%20C%20Dayer%20Feliberto.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- García- Balguera, C. (2017). Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. *Universidad Cooperativa de Colombia. Rev. Fac. Med. 2017 Vol. 65 No. 2: 305-10*. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.59704>.
- García, M., Demestrea, X., Calvo, M. J., Ginovarta, G., Jiménez, A., Hurtado, & Antonio, J. (2018). Prematuro tardío en España: Experiencia del grupo neonatal 34 y 36 semanas. 05 de mayo de 2018. España. . *Revista Anales de Pediatría - Asociación española de Pediatría Vol. 88. Num.5, 246-252 (Mayo - 2018)*. doi:DOI: 10.1016/j.anpedi.2017.05.006
- Gonzales, C. y Arango, P. (2019). *Resultados perinatales de la anemia en la gestación. Perú*. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322019000400016&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322019000400016&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Gonzales, F. S., & Saavedra, W. A. (2018). *Número de controles prenatales y su asociación con el bajo peso al nacer en mujeres de 15 a 49 años según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES-2016*. [Tesis de pregrado. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas]. Obtenido de

[https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/624895/gonzales\\_%20hf.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/624895/gonzales_%20hf.pdf?sequence=4&isAllowed=y)

González, J., & Vivas, M. G. (2020). *Factores de riesgo asociados a complicaciones maternas y fetales en pacientes con síndrome*. [Tesis para optar de médico cirujano. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua]. Obtenido de <https://repositorio.unan.edu.ni/14212/1/14212.pdf>

Gregorio, D. S. (2016). *Adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas frente al cuidado del recién nacido en una comunidad rural de Huánuco*. [Tesis de pregrado. Universidad de Huánuco]. <http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/201/ADOPCION%20DEL%20ROL%20MATERNO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Guevara, S. (2018). *Factores de riesgos sociodemográficos y obstétricos y la amenaza de parto pretérmino Hospital José Hernán Soto Cadenillas-Chota, 2018*. [Tesis de pregrado. Universidad Nacional de Cajamarca] . Obtenido de [https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/2275/T016\\_46659970\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/2275/T016_46659970_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Gutiérrez, M. (2018). *Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. Lima – Perú*. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322018000300014&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300014&lng=es&nrm=iso)

Gutierrez, A. E. (2019). *Efecto del no pinzamiento del cordón umbilical sobre la duración de la tercera etapa del trabajo de parto y sangrado materno servicio de obstetricia del hospital regional Honorio Delgado de Arequipa 2019*. [Tesis Posgrado. Universidad Nacional San Agustín de Arequipa]. Obtenido de

<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/9913/UPgutiee.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista-Lucio, P. (2014). Selección de la muestra. En *Metodología de la Investigación* (6ª ed., pp. 170-191). México: McGraw-Hill.

[http://euaem1.uaem.mx/bitstream/handle/123456789/2776/506\\_6.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://euaem1.uaem.mx/bitstream/handle/123456789/2776/506_6.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Hospital Regional Docente de Cajamarca. (2017). *Análisis de Situación de Salud 2017.pdf*.

Obtenido de

<http://portal.hrc.gob.pe/sites/default/files/convenios/belga/ASIS%20HRDC%20A%C3%91O%202018%20Parte%20I.pdf>

Huaraca Escobar, M., & Peñares Ccama, N. (2019). *Complicaciones maternas en gestantes con infección del tracto urinario atendidas en el hospital regional Docente Materno Infantil "El Carmen" Huancayo, junio 2018*. [Tesis de Pregrado. Universidad privada de Huancayo. "Franklin Roosevelt"]. Obtenido de

<https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/bitstream/handle/ROOSEVELT/160/INFORME%20DE%20TESIS%20FINAL-ITU-VISADO%20JURADO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Huertas, E. (2018). Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Rev. peru. ginecol. obstet. vol.64 no.3 Lima jul./set. 2018*.

doi:<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2104>

Incecllopedia Jurídica. (2020). *Estado Civil*. Obtenido de <http://www.encyclopedia-juridica.com/d/estado-civil/estado-civil.htm>

Lacunza, R. O., & Avalos, J. (2020). Anti-angiogenesis en la fisiopatología de la preeclampsia. ¿la piedra angular? *Revista Peruana de Investigación Materno*

- Perinatal. Vol. 10 Núm. 1 (2021)*. Obtenido de <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/anti-angiogenesis-fisiopatologia-preclam>
- Lapidus, A., Lopez, N., Malamud, J., Nnores Fierro, J., & Papa, S. I. (2017). "Estados hipertensivos y embarazo". *Consenso de Obstetricia FASGO 2017*. Obtenido de [http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso\\_Fasgo\\_2017\\_Hipertension\\_y\\_embarazo.pdf](http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Fasgo_2017_Hipertension_y_embarazo.pdf)
- López-García, B., Ávalos-Antonio, N. & Díaz-Gómez, N. B. (2018). Incidencia de prematuros en el Hospital General Naval de Alta Especialidad 2015-2017. *Revista de sanidad militar, Rev. sanid. mil. vol.72 no.1 Ciudad de México ene./feb. 2018 Epub 20-Ago-2019*. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0301-696X2018000100019&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0301-696X2018000100019&lng=es&tlng=es).
- López-López, A., Castillo-Rienda, A., López-Peña, C., González-Andrades, E., Espinosa-Barta, P., & Santiago-Suárez, I. (2019). Incidencia de la infección del trato urinario en embarazadas y sus complicaciones. *Revista Actualidad Médica. Actual. Med. 2019; 104: (806): 8-11 DOI: 10.15568/am.2019.806.or01*. Obtenido de [https://actualidadmedica.es/articulo/806\\_or01/](https://actualidadmedica.es/articulo/806_or01/)
- López; P. & Fachelli, S. (2015). Metodología de la investigación social cuantitativa. Barcelona Dipòsit Digital de Documents Universitat Autònoma de Barcelona. [https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2017/185163/metinvsocua\\_cap2-4a2017.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2017/185163/metinvsocua_cap2-4a2017.pdf)
- Lozada Arellano, H. A. (2018). *Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, 2017*. [Tesis de médico cirujano] Universidad Nacional de Piura. Obtenido de <http://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1187/CIE-LOZ-ARE-18.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Lozada, H. A. (2018). *Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Paita - 2017*. [Tesis para obtener título de médico cirujano. Universidad Nacional de Piura]. Obtenido de <https://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1187/CIE-LOZ-ARE-18.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Malvino, E. (2018). *Preeclampsia Grave y Eclampsia*. Obtenido de [http://www.obstetriciacritica.com/doc/Preeclampsia\\_Eclampsia.pdf](http://www.obstetriciacritica.com/doc/Preeclampsia_Eclampsia.pdf)
- Martínez, G. A., Díaz, J. C., & Romero, A. (2018). Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes. *Revista de Salud en Tabasco*, vol. 23, núm. 1-2, enero-agosto, 2017, pp. 13-18, 13-18. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/487/48754566003.pdf>
- Martos, M., Martínez, M., Campos, S. et al. (2018). *Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta por mutación heterocigótica en el gen de la protrombina. Madrid – España*. [https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n3/09%20PC\\_Desprendimiento%20prematuro%20de%20placenta%20normoinsertada%20por%20mutaci%C3%B3n%20heterocigota%20en%20el%20gen%20de%20la%20protrombina.pdf](https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n3/09%20PC_Desprendimiento%20prematuro%20de%20placenta%20normoinsertada%20por%20mutaci%C3%B3n%20heterocigota%20en%20el%20gen%20de%20la%20protrombina.pdf)
- Mayta, N. E. (2017) *Infección urinaria materna y su relación con la prematuridad, el bajo peso al nacer y anomalías congénitas, Hospital Edgardo Rebagliati Martins, marzo 2015 a febrero 2016*. [Tesis para optar médico cirujano. Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. <https://library.co/document/ye8mrpey-infeccion-urinaria-relacion-prematuridad-anomalias-congenitas-hospital-rebagliati.html>
- Méndez, M. (2018). *La influencia familiar en la construcción de la identidad personal. Fundamentos y métodos para la formación permanente de los maestros de Educación*

*Infantil. Análisis y prospectiva en la CAM.* [Tesis de posgrado. Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/49421/1/T40303.pdf>

Mendoza, L. A., Claros, D. I., Mendoza Tazcon, L. I., Arias, M. D., & Peñaranda, C. B. (2016). Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. *Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia. Rev. chil. obstet. ginecol. vol.81 no.4 Santiago ago. 2016.* doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000400012>

Mendoza, L. A., Claros, D. I., Mendoza, L. I., Arias, M. D., & Peñaranda, C. B. (2016). Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. *Revista chilena de obstetricia y ginecología, 81(4), 330-342.* doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000400012>

Mezzabotta, L., Comas, J. P., Meller, C., Micone, P., & Susacasa, S. V. (2018). *Consenso prevención parto prematuro SOGIBA.* Obtenido de [http://www.sogiba.org.ar/images/CONSENSO\\_PPP\\_FINAL\\_2018.pdf](http://www.sogiba.org.ar/images/CONSENSO_PPP_FINAL_2018.pdf)

Mezzabotta, L., Votta, R., Nores Fierro, J., & Santiago, O. (2018). *Rotura prematura de membranas consenso FASGO XXXIII Córdoba, 5 al 7 de septiembre del 2018.* Obtenido de [http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso\\_FASGO\\_2018\\_Rotura\\_prematura\\_de\\_membranas.pdf](http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_FASGO_2018_Rotura_prematura_de_membranas.pdf)

Ministerio de Salud (MINSA. (15 de Noviembre de 2018). *Más de 100 mil bebés prematuros nacen al año en el Perú.* Obtenido de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/22672-mas-de-100-mil-bebes-prematuros-nacen-al-ano-en-el-peru>

Ministerio de Salud Gobierno de Chile [MINSAL]. (2015). *Ministerio de Salud. Norma General Técnica N° 00179 para la Atención Integral en el Puerperio. Santiago*

MINSAL 2015. Obtenido de [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/NORMA-TECNICA-PARA-LA-ATENCION-INTEGRAL-EN-EL-PUERPERIO\\_web.-08.10.2015-R.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/NORMA-TECNICA-PARA-LA-ATENCION-INTEGRAL-EN-EL-PUERPERIO_web.-08.10.2015-R.pdf)

Moncayo, S. B. R. (2016). *Pautas de crianza: el sentido para las madres comunitarias del corregimiento de Mocondino-Nariño-Colombia*. [Tesis de posgrado. Universidad Mariana].  
[http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/59260/Documento\\_completo.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/59260/Documento_completo.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

Montero-Aguilera, A., Ferrer-Montoya, R., Paz-Delfin, D., Pérez-Dajaruch, M., & Díaz-Fonseca, Y. (2019). Riesgos maternos asociados a la prematuridad. *Revista Multimed. Multimed vol.23 no.5 Granma sept.-oct. 2019*. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-48182019000501155&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000501155&lng=es&tlng=es).

Morales, E. (2018). *Embarazo adolescente y controles prenatales insuficientes como factores de riesgo para bajo peso al nacer en el Hospital San José de Enero a Diciembre del 2016*. [Tesis para obtener título de médico cirujano. Universidad Ricardo Palma]. Obtenido de <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/1147/TESIS%20-%20Kelly%20Flores%20Roman.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

OMS. (2015). *Intervenciones para mejorar los resultados del Parto prematuro*. Obtenido de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204623/WHO\\_RHR\\_15.22\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204623/WHO_RHR_15.22_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

OMS. (2018). *Nacimientos prematuros*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/preterm-birth>

Orbegoso, Z. N. (2016). *Infección del tracto urinario como factor de riesgo asociado al desarrollo de amenaza de parto pretermino en gestantes que acuden al hospital*

*nacional Hipólito Unanue, entre julio y setiembre del 2015.* [Tesis para optar médico cirujano; Universidad Ricardo Palma]. Obtenido de

[http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/570/Orbegoso\\_z.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/570/Orbegoso_z.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). *Factores de riesgo*. Obtenido de

[https://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](https://www.who.int/topics/risk_factors/es/)

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Factores de riesgo*. Obtenido de

[https://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](https://www.who.int/topics/risk_factors/es/)

Ortega, P.; Plancarte, P.; Garrido, A., Reyes, A. & Torres, L. (2018). Una visión de alumnos

universitarios sobre la relación de sus padres como pareja. *Acta. Colomb. psicol.* 21

(2): 88-98, 2018. [http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v21n2/0123-9155-acp-21-02-](http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v21n2/0123-9155-acp-21-02-88.pdf)

88.pdf

Ortiz, N. F. (2015). *Parto Pretermino: Detección y Prevención de Factores de Riesgo*. [Tesis de Pregrado para Optar médico cirujano. Universidad de Ciencias Aplicadas y

Ambientales]. Obtenido de

<https://repository.udca.edu.co/bitstream/handle/11158/437/PARTO%20PRETERMINO%20DETECCION%20Y%20PREVENCION%20DE%20FACTORES%20DE%20RIESGO.pdf;jsessionid=1AB6CDE8AA149AF05578CE4D7E0DB665?sequence=1>

Pino Torre, A., & Yaranga Rodríguez, M. (2018). *Factores de riesgo asociados y parto*

*pretérmino en gestantes atendidas en el hospital regional Zacarías Correa Valdivia*

*Huancavelica, 2018.* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Huancavelica].

Obtenido de [https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/2139/12-](https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/2139/12-.T051_71979298.PDF.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

[.T051\\_71979298.PDF.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/2139/12-.T051_71979298.PDF.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Quispe, M. (2018) Complicaciones maternas perinatales asociadas a infecciones del tracto

urinario en gestantes atendidas en la Micro Red “José Antonio Encinas”. Perú.

<http://repositorio.uancv.edu.pe/bitstream/handle/UANCV/2029/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Ramos, P. L. (2019). *Factores de riesgo asociados al parto pretérmino, Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero – Julio 2018. Lima – Perú*. [Tesis de pregrado. Universidad Nacional Federico Villarreal]. Obtenido de

[http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3039/UNFV\\_RAMOS\\_GONZALEZ\\_PAMELA\\_LIZ\\_TITULO\\_PROFESIONAL\\_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3039/UNFV_RAMOS_GONZALEZ_PAMELA_LIZ_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Retureta, S. E., Roja, L. M., & Retureta Milán, M. E. (2015). Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. *Revista Electrónica MediSur. MediSur, vol. 13, núm. 4, julio-agosto, 2015, pp. 517-525*. Obtenido de

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180041204008>

Rodas Torres, W. P., Mawyin Juez, A., Gómez González, J. L., Rodríguez Barzola, C. V., Serrano Vélez, D. G., Rodríguez Torres, D. A., & Montes Nájera, R. D. (2018).

Diabetes gestacional: fisiopatología, diagnóstico, tratamiento y nuevas perspectivas.

*AVFT Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. Volumen 37, número 3, 2018*. Obtenido de

[https://www.revistaavft.com/images/revistas/2018/avft\\_3\\_2018/8\\_diabetes\\_gestacional.pdf](https://www.revistaavft.com/images/revistas/2018/avft_3_2018/8_diabetes_gestacional.pdf)

Rodríguez, M. Mendivelso, F. (2018) *Diseño de investigación de corte transversal. Revista Médica Sanitas*.

[http://www.unisanitas.edu.co/Revista/68/07Rev%20Medica%20Sanitas%2021-3\\_MRodriguez\\_et\\_al.pdf](http://www.unisanitas.edu.co/Revista/68/07Rev%20Medica%20Sanitas%2021-3_MRodriguez_et_al.pdf).

- Rodríguez, M., Miranda, O., & Reséndiz, A. (2018). *Tratamiento de la ruptura prematura de membranas pretérmino (24 – 33.6 semanas): evidencia científica reciente. México.*  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2018/gom185f.pdf>
- Rodríguez, Y. H. (2020). *Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el hospital nacional Hipólito Unanue, El Agustino 2018.* [Tesis pregrado. Universidad San Martín de Porres]. Obtenido de  
[https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/6089/Rodriguez\\_CY.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/6089/Rodriguez_CY.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Rovira, M. G., Jawerbaum, A., Glatstein, L., Sucani, S., Bertona, C., Argerich, I., . . . Kojdamanian, V. (2017). Recomendaciones para el manejo de las pacientes con diabetes pregestacional. *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes. Vol 51, No 4 (2017).* Obtenido de <https://www.revistasad.com/index.php/diabetes/article/view/43>
- Stavis, R. L. (2019). *Recién nacidos prematuros.* (M. M. profesionales, Productor) Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/reci%C3%A9n-nacidos-prematuros>
- Taípe, A. (2018 ). *Tesis Factores de Riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho Enero – Junio 2018. Perú.* [Tesis de médico cirujano. Universidad Nacional del Altiplano]. Obtenido de  
[http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/8997/Taípe\\_Huaman\\_Alex.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/8997/Taípe_Huaman_Alex.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Tamayo, M. (2017). *El proceso de investigación científico.* México 5° Edición
- Thomazini, I. F., Wysocki, A. D., da Cunha, M. C., da Silva, S. R., & Ruiz, M. T. (2016). Factores de riesgo relacionados con el Trabajo de Parto Prematuro en adolescentes embarazadas: revisión integradora de la literatura. *Enfermería Global: Enferm. glob.*

*vol.15 no.44 Murcia oct. 2016, Enferm. glob. vol.15 no.44 Murcia oct. 2016.*

Obtenido de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412016000400017](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000400017)

Uñapillco, F. K. (2019). *Factores Maternos Asociados a Parto Pretérmino en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2018*. [Tesis de pregrado de médico cirujano. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco]. Repositorio.unsaac.

<http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/3980/253T20190177.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Zerna-Bravo, C., Fonseca-Tumbaco, R., Viteri-Rojas, A. M., & Zerna-Gavilanes, C. (2018).

Identificación de factores de riesgo de partopretérmino. Caso Hospital Enrique C.

Sotomayor. *Revista Ciencia UNEMI. Vol. 11, N° 26, Enero-Abril 2018, pp. 134 - 142.*

*ISSN 2528-7737 Electrónico.*

<http://ojs.unemi.edu.ec/index.php/cienciaunemi/article/view/678/537>

## **Apéndice**

## Apéndice A: Instrumento de recolección de datos

### Ficha de recolección de datos

Instrucciones: Estimada madre, a continuación, se le presenta el siguiente cuestionario, se le solicita responder con sinceridad a la entrevista del profesional para consolidar los objetivos que acompañen este estudio. Agradecemos anticipadamente el tiempo que nos brinde, así como su valiosa información, que será tratada en forma anónima y confidencial. Gracias.

#### Cuestionario: “Factores de riesgo y partos prematuros en puérperas”

#### A: DATOS GENERALES:

1. Ficha N° : .....
2. Historia clínica N° : .....
3. Peso antes de la gestación: .....
4. Talla : .....

#### B: DATOS ESPECÍFICOS:

<b>DIMENSIÓN: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS</b>			
N°	FACTOR	ITEM	Respuesta
1	EDAD	a) Menor a 18 años	
		b) Entre 18 a 35 años	
		c) Mayor a 35 años	
2	ÍNDICE DE MASA CORPORAL ANTERIOR A LA GESTACIÓN	a) Delgadez (Menor a 18.5)	
		b) Normal ( $\geq 18.5$ a $< 25.0$ )	
		c) Sobrepeso (25 a $< 30.0$ )	
		d) Obesidad (mayor o igual a 30.0 IMC)	
3	GRADO DE INSTRUCCIÓN	a) Sin estudios	
		b) Primaria	
		c) Secundaria	
		d) Superior	
4	ESTADO CIVIL	a) Soltera	
		b) Casada	
		c) Conviviente	
		d) Separada	

<b>DIMENSIÓN: FACTORES MATERNOS</b>			
Nº	FACTOR	ÍTEM	Respuesta
5	PARIDAD  (Número de PARTOS)	a) Parto Nº 1 (P:1)	
		b) Parto Nº 2 (P:2)	
		c) Parto Nº 3 (P:3)	
		d) Parto Nº 4 (P:4)	
		e) Parto Nº 5 (P:5)	
		f) Parto Mayor a 5 (P:>5)	
6	Número de GESTACIONES	a) Gestación Nº 1 (G:1)	
		b) Gestación Nº 2 (G:2)	
		c) Gestación Nº 3 (G:3)	
		d) Gestación Nº 4 (G:4)	
		e) Gestación Nº 5 (G:5)	
		f) Gestación Mayor a 5 veces (G:>5)	
7	EMBARZOS MÚLTIPLES ANTERIORES a la Fecha del PARTO	a) Una Vez (E:1)	
		b) Dos veces (E:2)	
		c) Tres veces (E:3)	
		d) Cuatro veces a Más (E: ≥ 4)	
8	Número de CONTROLES PRENATALES a la Fecha del PARTO	a) Una a Dos veces (CP: 1-2)	
		b) 3 a 4 veces (CP: 3-4)	
		c) 5 a 6 veces (CP: 5-6)	
		d) Mayor a 6 veces (CP: >6)	

<b>DIMENSIÓN: ANTECEDENTES PATOLÓGICOS MATERNOS EN EL PRESENTE EMBARAZO (Verificado en la Historia Clínica)</b>			
Nº	FACTORES	ÍTEMS	Respuesta
9	INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO	a) SÍ	
		b) NO	

10	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO	a) SÍ	
		b) NO	
11	DIABETES GESTACIONAL	a) SÍ	
		b) NO	
12	AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO	a) SÍ	
		b) NO	
13	DESPRENTIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	a) Sí	
		b) NO	
14	ANEMIA durante el Embarazo	a) Sí	
		b) NO	
15	ROPTURA PREMATURA DE MEMBRANA	a) SÍ	
		b) NO	

### Variable 2

#### DIMENSIÓN: DATOS SOBRE PARTO PREMATURO

Nº	DIMENSIÓN	ÍTEMS	Respuesta
01	PARTO PREMATURO	a) Parto Menor a 28 semanas de gestación (P:< 28ss)	
		b) Parto Entre 28 a 31 semanas de gestación (P:28ss -31ss)	
		c) Parto Entre 32 a 36 semanas de gestación (P:32ss – 36ss)	

Fuente: Cuestionario utilizado en un estudio por la Lic. Obst. Ramos Gonzales, Pamela Liz

**¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!**

## Apéndice B: Validez de los instrumentos

### 1. ESTADISTICO DE PRUEBA PARA VALIDEZ DE CONTENIDO

#### Prueba de Aiken

#### 2. REGLA DE DECISION:

A= Acepta: si el valor del coeficiente V Aiken es  $> a 0,8$  u 80 %

R= Rechaza: si el valor del coeficiente VAiken es  $< a 0,8$  u 80 %

**Formula:**  $V = S / (n(c - 1))$  ó

$$V = \frac{S}{(n (c-1))}$$

**Donde:**

**S:** Sumatoria de las respuestas o (valores asignados por los expertos o jueces) por cada ítem.

**n:** Número de jueces

**c:** Número de valores en la escala de valoración (en el presente caso es 2).

#### Tabla 4

*Consolidado Valoración Opinión Jueces Validez del Instrumento: Factores de Riesgo.*

Nº	Ítems	Factor de riesgo										S	N	C-1	V de Aiken
		Opinión de Jueces					Valoración final								
		J1	J2	J3	J4	J5	J1	J2	J3	J4	J5				
1	Forma de aplicación y estructura	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1.00
2	Orden de las preguntas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1.00
3	Dificultad para entender las preguntas	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	4	5	1	0.80
4	Palabras difíciles de entender en los ítems	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	4	5	1	0.80
5	Opciones de respuesta pertinentes	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1.00
6	Correspondencia con la dimensión o constructo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1.00
<b>V de Aiken Total</b>															<b>0.933</b>

**Interpretación:** en la Tabla 5, se puede observar que el índice de coeficiente V. de Aiken, de la Variable Factor de riesgo del parto pretérmino es de 0,933 de coeficiente, por lo tanto indica que por estar dentro del rango de aceptabilidad, en el presente caso el índice tiene una validez de nivel aceptable.

**Tabla 5**

*Consolidado Valoración de Opinión de Jueces Validez del Instrumento: Parto Prematuro.*

N°	Ítems	Parto prematuro										S	N	C-1	V de Aiken
		Opinión de Jueces					Valoración final								
		J1	J2	J3	J4	J5	J1	J2	J3	J4	J5				
1	Forma de aplicación y estructura	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1.00
2	Orden de las preguntas	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	4	5	1	0.80
3	Dificultad para entender las preguntas	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	4	5	1	0.80
4	Opciones de respuesta pertinentes	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1.00
5	Correspondencia con la dimensión o constructo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1.00
<b>V de Aiken Total</b>															<b>0.920</b>

**Interpretación:** en la Tabla 6, se puede observar que el índice de coeficiente V. de Aiken, de la Variable Parto prematuro es de 0,920 de coeficiente, por lo tanto, indica que, por estar dentro del rango de aceptabilidad, en el presente caso el índice tiene una validez de nivel aceptable.

**Tabla 6**

*Consolidado de Criterios Validez de Contenido del Instrumento por Juicio de Expertos.*

Resumen de Criterios para la Validez de Contenido del Instrumento por los Expertos												
N°	Dimensiones/Ítems	Experto1		Experto2		Experto3		Experto4		Experto5		
		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
1	Está de acuerdo con las características, forma de aplicación y estructura del INSTRUMENTO?	Si		Si		Si		Si		Si		
2	A su parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?	Si		Si		Si		Si		Si		
3	Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?		No		No		No		No		Si	
4	Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?		No		No		No		No		Si	
5	Las opciones de respuesta están suficientemente graduados y pertinentes para cada ítem o reactivo del INSTRUMENTO?	Si		Si		Si		Si		Si		
6	Los ítems o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?	Si		Si		Si		Si		Si		
TOTAL		6		6		6		6		6		

## Apéndice C: Confiabilidad de los instrumentos (incluir matriz de datos)

**Tabla 7**

### *Resumen de Procesamiento de Casos de la Prueba Piloto*

Casos	N	%
Válido	21	100,0
Excluido <sup>a</sup>	0	0,0
Total	21	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento

**Fuente:** Elaboración hecha por la investigadora Jessica L. Canto M

**Tabla 8**

### *Estadística de Confiabilidad Alfa de Cronbach de la Prueba Piloto*

#### **Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,730	21

Fuente: Elaboración hecha por la investigadora Jessica L. Canto M

En la tabla 9, se puede observar los estadísticos de fiabilidad con un Alfa de Cronbach igual a 0.730. Se considera como índice moderado.

**Tabla 9***Estadísticas de Total de Elemento*

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación	
			total de	Alfa de Cronbach
			elementos corregida	si el elemento se ha suprimido
IMC pre gestacional	20,71	15,014	0,412	0,718
Paridad (Número de partos)	21,29	13,914	0,814	0,628
Gestaciones (Número de embarazos)	21,14	13,129	0,752	0,633
Controles prenatales	19,67	14,533	0,583	0,673
Infección del tracto unitario (en el último embarazo)	21,86	22,029	-0,280	0,769
Enfermedad hipertensiva en el último embarazo	21,57	19,457	0,374	0,718
Diabetes durante el último embarazo	21,43	21,057	-0,078	0,742
Amenaza de parto pre término en su último embarazo	21,81	17,962	0,635	0,691
Desprendimiento prematuro de placenta en su último embarazo	21,57	19,657	0,316	0,722
Ruptura prematura de membranas durante su último embarazo	21,90	19,890	0,174	0,732
Semana en la que se dio el parto	20,86	18,929	0,263	0,725

Fuente: Elaboración hecha por la investigadora Jessica L. Canto M

Se puede observar en la tabla 10 los estadísticos del total de elementos, siendo que la prueba es suficientemente satisfactoria.

Base datos de la prueba piloto

	ENC	EDAD	G INST	INC PRE GES	T MAT	E CIV	PAR	GES	EMB N	CON PRE	INF TR UR	ENF HP E	DI A GES	APP	OPP	ANE	RPM	SEM PAR
1	1	> a 35 añ.	Secund.	Obesidad (Mayor)	De 1.45m a	Convivie.	P3 (tres pa.	G3 (tres gesta.	Ning.	Mas de 6.	Presenta	No prese	No pres.	No pre.	No pre.	Pres.	No pres.	De 32 a 36 se.
2	2	de 18 a 3.	Secund.	Delgadez (Menor)	De 1.45m a	Casada	P2 (dos pa.	G2 (dos gesta.	Ning.	de 3 a 4.	No pres.	No prese	No pres.	Pres.	Pres.	No p.	Presenta	De 32 a 36 se.
3	3	de 18 a 3.	Secund.	Delgadez (Menor)	De 1.45m a	Casada	P2 (dos pa.	G2 (dos gesta.	Ning.	de 3 a 4.	No pres.	No prese	No pres.	Pres.	Pres.	No p.	Presenta	De 32 a 36 se.
4	4	< a 18 añ.	Primaria	Normal (De 18.5	Hasta 1.45 m	Convivie.	P2 (dos pa.	G2 (dos gesta.	Ning.	Mas de 6.	No pres.	No prese	No pres.	No pre.	No pre.	Pres.	No pres.	De 32 a 36 se.
5	5	de 18 a 3.	Secund.	Obesidad (Mayor)	De 1.45m a	Convivie.	P5 (mas d.	G5 (mas de ci.	Ning.	De 5 a 6.	No pres.	No prese	No pres.	No pre.	No pre.	Pres.	Presenta	De 28 a 31 se.
6	6	de 18 a 3.	Secund.	Obesidad (Mayor)	Mas de 1.60.	Convivie.	P2 (dos pa.	G2 (dos gesta.	Ning.	De 5 a 6.	No pres.	No prese	No pres.	Pres.	No pre.	No p.	Presenta	De 28 a 31 se.
7	7	de 18 a 3.	Primaria	Normal (De 18.5	De 1.45m a	Casada	P2 (dos pa.	G3 (tres gesta.	Ning.	Mas de 6.	No pres.	No prese	No pres.	No pre.	No pre.	Pres.	Presenta	De 32 a 36 se.
8	8	de 18 a 3.	Primaria	Sobro peso (De 2.	De 1.45m a	Convivie.	P2 (dos pa.	G2 (dos gesta.	Ning.	de 3 a 4.	No pres.	Presenta	No pres.	No pre.	No pre.	No p.	No pres.	De 32 a 36 se.
9	9	> a 35 añ.	Secund.	Obesidad (Mayor)	De 1.45m a	Convivie.	P3 (tres pa.	G3 (tres gesta.	Ning.	Mas de 6.	Presenta	No prese	No pres.	No pre.	No pre.	Pres.	No pres.	De 32 a 36 se.
10	10	> a 35 añ.	Secund.	Obesidad (Mayor)	De 1.45m a	Convivie.	P3 (tres pa.	G2 (dos gesta.	Ning.	Mas de 6.	Presenta	No prese	No pres.	No pre.	No pre.	Pres.	No pres.	De 32 a 36 se.
11	11	de 18 a 3.	Secund.	Sobro peso (De 2.	De 1.45m a	Convivie.	P3 (tres pa.	G3 (tres gesta.	Ning.	Mas de 6.	Presenta	No prese	No pres.	No pre.	No pre.	Pres.	Presenta	De 28 a 31 se.
12	12	de 18 a 3.	Superior	Delgadez (Menor)	Mas de 1.60.	Soltara	P1 (un parto)	G1 (una gesta.	Ning.	de 3 a 4.	Presenta	Presenta	No pres.	No pre.	No pre.	No p.	No pres.	Menor a 28 se.
13	13	de 18 a 3.	Primaria	Obesidad (Mayor)	De 1.45m a	Convivie.	P1 (un parto)	G1 (una gesta.	Ning.	de 3 a 4.	Presenta	No prese	No pres.	Pres.	Pres.	No p.	Presenta	De 28 a 31 se.
14	14	de 18 a 3.	Superior	Obesidad (Mayor)	Mas de 1.60.	Convivie.	P1 (un parto)	G1 (una gesta.	Ning.	Hasta 2 a.	Presenta	Presenta	No pres.	Pres.	No pre.	No p.	Presenta	De 28 a 31 se.
15	15	de 18 a 3.	Secund.	Delgadez (Menor)	De 1.45m a	Convivie.	P1 (un parto)	G1 (una gesta.	Ning.	Hasta 2 a.	No pres.	Presenta	No pres.	Pres.	No pre.	Pres.	No pres.	De 32 a 36 se.
16	16	> a 35 añ.	Secund.	Obesidad (Mayor)	De 1.45m a	Convivie.	P3 (tres pa.	G3 (tres gesta.	Ning.	Mas de 6.	Presenta	No prese	No pres.	No pre.	No pre.	Pres.	No pres.	De 32 a 36 se.
17	17	> a 35 añ.	Secund.	Normal (De 18.5	De 1.45m a	Convivie.	P1 (un parto)	G1 (una gesta.	Ning.	Mas de 6.	No pres.	No prese	No pres.	No pre.	No pre.	Pres.	Presenta	De 28 a 31 se.
18	18	> a 35 añ.	Secund.	Delgadez (Menor)	De 1.45m a	Convivie.	P1 (un parto)	G1 (una gesta.	Ning.	de 3 a 4.	No pres.	No prese	No pres.	Pres.	No pre.	Pres.	Presenta	Menor a 28 se.
19	19	de 18 a 3.	Superior	Normal (De 18.5	De 1.45m a	Convivie.	P2 (dos pa.	G2 (dos gesta.	Ning.	de 3 a 4.	Presenta	No prese	No pres.	Pres.	No pre.	No p.	No pres.	De 32 a 36 se.
20	20	de 18 a 3.	Secund.	Delgadez (Menor)	De 1.45m a	Casada	P2 (dos pa.	G2 (dos gesta.	Ning.	de 3 a 4.	No pres.	No prese	No pres.	Pres.	Pres.	No p.	Presenta	De 32 a 36 se.
21	21	> a 35 añ.	Secund.	Obesidad (Mayor)	De 1.45m a	Convivie.	P2 (dos pa.	G3 (tres gesta.	Mas	Hasta 2 a.	Presenta	No prese	Presenta	No pre.	No pre.	No p.	No pres.	De 32 a 36 se.
22																		

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
1	ENC	EDAD	G INST	INC PRE GES	T MAT	E CIV	PAR	GES	EMB NUL	CON PRE NAT	INF TR UR	ENF HP E	EMB DIA	APP	OPP	ANE	RPM	SEM PAR
2	1	2	3	4	2	3	5	6	1	4	2	2	1	2	2	1	1	2
3	2	2	3	4	3	3	2	2	1	4	2	2	1	1	2	2	1	3
4	3	2	2	2	2	2	2	3	1	5	2	1	2	1	2	1	1	3
5	4	2	2	3	2	3	2	2	1	3	2	1	2	2	2	2	2	3
6	5	2	3	4	2	3	4	4	1	3	2	1	1	1	2	1	2	3
7	6	2	1	4	1	1	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	2
8	7	2	3	3	2	3	3	3	1	5	1	1	2	1	2	1	1	3
9	8	3	3	4	2	3	3	3	1	5	1	2	1	1	2	1	1	3
10	9	1	3	1	2	3	1	1	1	5	2	1	2	2	2	1	2	3
11	10	3	3	2	2	3	1	1	1	5	2	2	2	1	2	2	2	3
12	11	1	3	2	2	3	1	1	1	5	2	2	2	1	2	2	2	3
13	12	1	3	1	2	3	1	1	2	4	2	1	2	2	2	1	2	3
14	13	1	2	2	1	3	2	2	1	5	2	2	2	2	2	1	2	3
15	14	3	3	1	2	3	1	1	1	3	2	2	2	1	2	1	2	3
16	15	2	4	1	3	1	1	1	1	3	1	1	2	1	2	2	1	3
17	16	2	2	4	2	3	1	1	1	3	2	2	1	1	1	2	1	2
18	17	2	4	4	3	3	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2
19	18	2	3	1	2	3	1	1	1	2	2	1	2	1	2	1	2	3
20	19	2	4	2	2	3	2	2	1	3	1	2	2	1	2	2	2	3
21	20	2	3	1	2	2	2	2	1	3	2	2	2	1	1	2	1	3
22	21	3	3	4	2	3	2	3	4	2	1	2	1	2	2	2	2	3

## **Apéndice D: Consentimiento informado**

### **Consentimiento informado breve**

Tema de investigación: “Factores de riesgo y partos prematuros en puérperas atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia de un Hospital General de Cajamarca, 2021 ”

Hola, mi nombre es Jessica Lorena Canto Mercado, estudiante del programa de Especialidad en Enfermería en Gineco Obstetricia, en la Universidad Peruana Unión. Este cuestionario tiene como propósito es identificar los factores de riesgo que influyen en partos prematuros. Dicha información será importante para identificar los factores de riesgo que conllevan a los partos prematuros con la finalidad de fortalecer los programas preventivos promocionales previos a la concepción. Su participación es totalmente voluntaria, anónima y no será obligatoria responder el formulario si es que no lo desea. En caso de ser menor de edad se necesitará el permiso y la presencia de la madre, padre o tutor. Si decide participar en este estudio, por favor responda el cuestionario, así mismo puede dejar de llenar el cuestionario en cualquier momento, si así lo requiere.

Cualquier duda o consulta que usted tenga posteriormente puede escribirme a [jessicasteffano77@gmail.com](mailto:jessicasteffano77@gmail.com) o llamar a RCP: **958068400**.

***He leído los párrafos anteriores y reconozco que al llenar y entregar este cuestionario estoy dando mi consentimiento para participar en este estudio.***

***Firma:*** \_\_\_\_\_

***DNI: 26729451***

### Apéndice E: Matriz de consistencia

**Tabla 10.**

*Matriz de consistencia*

**Título:** “Factores de Riesgo y Parto Prematuro en Gestantes Atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia de un Hospital Público de Cajamarca, 2021”

<b>Problema</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Hipótesis</b>	<b>Variables</b>	<b>Metodología</b>
<p><b>Problema general:</b> ¿Cuál es la relación entre los factores de riesgo asociado y parto prematuro en gestantes, atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital público de Cajamarca, 2021?</p> <p><b>Problemas específicos:</b> ¿Cuál es la relación entre los factores de riesgo en su dimensión socio demográfico y parto prematuro en gestantes, atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital público nacional de Cajamarca? ¿Cuál es la relación entre los factores de riesgo en su dimensión materna y parto prematuro en gestantes, atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia de un</p>	<p><b>Objetivo general:</b> Determinar la relación entre los factores de riesgo asociado y parto prematuro en gestantes, atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital público de Cajamarca, 2021.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b> -Identificar la relación entre los factores de riesgo asociado en su dimensión socio demográficos y parto prematuro en gestantes, atendidas en El Servicio de Gineco Obstetricia De un hospital público de Cajamarca. -Identificar la relación entre los factores de riesgo asociados en su dimensión materna y parto prematuro en gestantes, atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital público de Cajamarca.</p>	<p><b>Hipótesis general:</b></p> <p><b>H<sub>0</sub>:</b> No existe relación entre los factores de riesgo asociado y parto prematuro en gestantes, atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital público de Cajamarca, 2021.</p> <p><b>H<sub>a</sub>:</b> Existe relación entre los factores de riesgo asociado y parto prematuro en gestantes,</p>	<p><b>Variable 1:</b> Factores de riesgo</p> <p><b>Dimensiones:</b> -Factores de riesgo sociodemográficos. -Factores de riesgo maternos: Antecedentes obstétricos. -Factores de riesgo maternos: patológicos.</p> <p><b>Variable2:</b> Parto prematuro</p>	<p><b>Tipo de investigación:</b> Será una investigación con enfoque cuantitativo y tipo de nivel Correlacional,</p> <p><b>Diseño de investigación:</b> El diseño es no experimental y de corte transversal.</p> <p><b>Población, muestra y muestreo:</b> La población de estudio estará conformada por todas las madres puérperas con partos prematuros equivalentes al total trimestral de enero a marzo del 2021, en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital público, que ascienden a un total de 114 Partos prematuros. La muestra estará constituida por 88 madres puérperas, según el resultado por los cálculos por la aplicación de la fórmula matemática para poblaciones finitas. Se utilizará el muestreo probabilístico de aleatorio simple.</p> <p><b>Técnicas e instrumentos:</b> Será le Entrevista y como instrumento una Ficha de recolección de datos.</p>

<b>Problema</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Hipótesis</b>	<b>Variables</b>	<b>Metodología</b>
hospital público de Cajamarca? ¿Cuál es la relación entre los factores de riesgo en su dimensión patológica y parto prematuro en gestantes, atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del hospital público de Cajamarca?	-Identificar la relación entre los factores de riesgo asociado en su dimensión patológica y parto prematuro en gestantes, atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital público de Cajamarca.	atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital público de Cajamarca, 2021.	Dimensión: Parto prematuro	<b>Técnica de procesamiento y análisis de datos:</b> los datos serán procesados y tabulados por medio del programa estadístico SPSS Statistics versión 23; usado para realizar la captura y análisis de datos para crear tablas y gráficos con datos completos, el programa Microsoft Excel y para la edición textual Microsoft Word. Para determinar la relación entre las dos variables, se analizará mediante el uso del chi cuadrado.

**Apéndice F: Permiso Institucional para aplicación de la prueba piloto**

**"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"**

**ASUNTO: SOLICITO PERMISO PARA LA  
APLICACIÓN DE LA PRUEBA PILOTO PARA MI  
PROYECTO DE TESIS**

**Señor,**

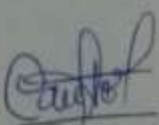
**Doris Elizabeth Zelada Chávarry**  
**Directora del Hospital Regional Docente de Cajamarca**

**PRESENTE.-**

Yo, **Jessica Lorena Canto Mercado**, identificada con DNI N° 26729451, domiciliada en Av. San Martín de Porres N° 329, enfermera asistencial del servicio de Gineco Obstetricia. Solicito vuestro permiso para la aplicación de mi prueba piloto en mi proyecto de tesis titulado "Factores de riesgo y partos prematuros en gestantes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional de Cajamarca, 2020".

Agradecida de la atención que preste a este documento.

Cajamarca, 16 de Junio del 2020

  
**Jessica Lorena Canto Mercado**  
**Licenciada en Enfermería**  
**CEP. 33621**

**GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA**  
**HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA**  
**OFICINA TRÁMITE DOCUMENTARIO**  
**RECIBIDO**

18 JUN 2020

FECH: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_

HORA: 05:26 TRABA: \_\_\_\_\_

"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

**ASUNTO:** SOLICITO PERMISO PARA LA  
APLICACIÓN DE LA PRUEBA PILOTO PARA MI  
PROYECTO DE TESIS

Señor.

**MARIA AMPARO FERNANDEZ LEIVA**  
Jefa del Servicio de Gineco Obstetricia del HRDC

PRESENTE.-

Yo, **Jessica Lorena Canto Mercado**, identificada con DNI N° 26729451, domiciliada en Av. San Martín de Porres N° 329, enfermera asistencial del servicio de Gineco Obstetricia. Solicito vuestro permiso para la aplicación de mi prueba piloto en mi proyecto de tesis titulado "Factores de riesgo y partos prematuros en gestantes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional de Cajamarca, 2020".

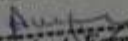
Agradecida de la atención que preste a este documento.

Cajamarca, 16 de Junio del 2020



**Jessica Lorena Canto Mercado**  
Licenciada en Enfermería  
CEP. 33621

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA  
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA

  
My. **Maria A. Fernández Leiva**  
Jefe Servicio Gineco Obstetricia  
CEP 13265 RNM 03° PNE 5580

**Apéndice G: Carta de presentación del Docente- Asesor****AUTORIA DEL TRABAJO ACADÉMICO**

Yo, Dra. **LUZ VICTORIA CASTILLO ZAMORA**, adscrito a la Unidad de Posgrado de Ciencias de la salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente material de investigación titulado “Factores de riesgo y partos prematuros en puérperas atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia de un Hospital Público de Cajamarca, 2021”. Constituye la memoria que presenta, la licenciada Jessica Lorena Canto Mercado, para aspirar al título de especialista en enfermería gineco obstetricia, ha sido realizado en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo de investigación es responsabilidad del autor, y no compromete a la institución.

Firmo la presenta declaración, estando de acuerdo en Lima.



.....  
Dra. Luz Victoria Castillo Zamora

## Apéndice H: Documentos juicio de expertos

**INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO  
(JUICIO DE EXPERTOS)**

El presente instrumento tiene como finalidad evaluar el manejo de habilidades sociales, el mismo será aplicado a Puerperas de parto prematuro atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, quienes constituyen la muestra en estudio de la validación una ficha de recolección de datos, el cual será posteriormente utilizado como instrumento de investigación.

**Instrucciones**


La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: **relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, adecuación contextual y dominio del contenido**. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrece un espacio para las observaciones hubiera.

Juez N°: 01 Fecha actual: 03. Noviembre del 2019

Nombres y Apellidos del Juez: Carmen Bardales Correa

Institución donde labora: Hospital Regional Docente de Cajamarca

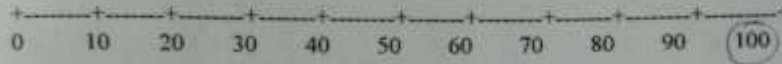
Años de experiencia profesional o científica: 11 años de experiencia en el área de ginecología obstétrica

  
LIC EN PSICOLOGÍA  
Firma del Juez.

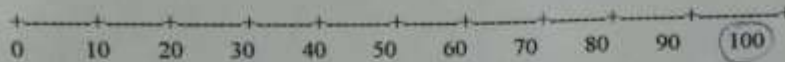
### VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES: Sirvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

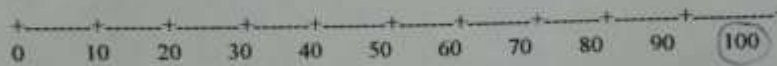
¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?



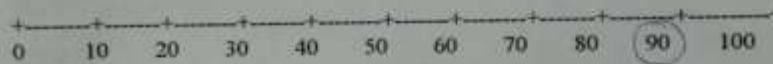
¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?



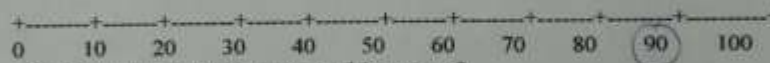
¿Estima Ud. que la cantidad de items que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?



¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?



¿Estima Ud. que los items propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?



¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

---



---

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

---



---

Fecha: 02 - Noviembre del 2019.

Valido por: Carmen Beirdale, Cereza Beirdale

**CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO  
DICTAMINADO POR EL JUEZ**

1) ¿Está de acuerdo con las características, forma de aplicación (instrucciones para el examinado) y estructura del INSTRUMENTO?

SI (X)

NO ( )

Observaciones: de acuerdo, porque es la manera adecuada que les va a servir para operacionalizar los sujetos de investigación.

Sugerencias: que los datos a recoger sean precisos ya que les va a servir como evidencia y luego para hacer su respectivo análisis.

2) ¿A su parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?

SI (X)

NO ( )

Observaciones: Es la manera adecuada y positiva que les servirá para una buena organización y mejor entendimiento para la recolección de datos.

Sugerencias:

3) ¿Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

SI ( )

NO (X)

Observaciones: No hay dificultad ya que en el instrumento se han incluido las preguntas relacionadas con los factores de riesgo que más se asocian al parto prematuro.

Sugerencias:

4) ¿Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

SI ( )

NO (X)

Observaciones: A mi parecer las palabras son adecuadas para todo tipo de

Sugerencias:

5) ¿Los ítems del instrumento tienen correspondencia con la dimensión a la que pertenecen en el constructo?

SI (X)

NO ( )

Observaciones: Los ítems se guardan relación con las dimensiones a las que pertenecen además sí se corresponden con a dar lugar para determinar datos precisos.

Sugerencias:

*[Firma]*

Firma del Juez

INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO  
(JUICIO DE EXPERTOS)

El presente instrumento tiene como finalidad evaluar el manejo de habilidades sociales, el mismo será aplicado a Puerperas de parto prematuro atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, quienes constituyen la muestra en estudio de la validación una ficha de recolección de datos, el cual será posteriormente utilizado como instrumento de investigación.

Instrucciones

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: **relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, adecuación contextual y dominio del contenido.** Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrece un espacio para las observaciones hubiera.

Juzg N°: 02 Fecha actual: 31 de Marzo del 2020

Nombres y Apellidos del Juez: Carmen Sanchez Alvaro

Institución donde labora: Hospital Regional Docente de Cajamarca

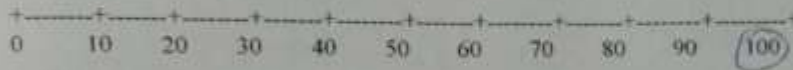
Años de experiencia profesional o científica: 08 años de experiencia en el área gineco-obstétrica

  
Firma del Juez.

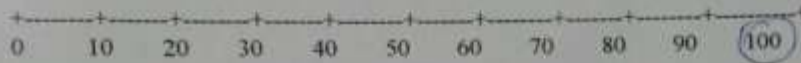
## VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES: Sirvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

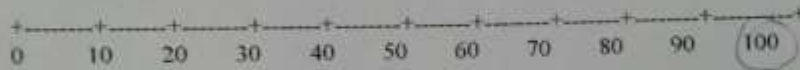
¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?



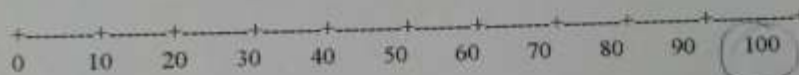
¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?



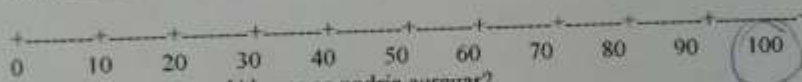
¿Estima Ud. que la cantidad de items que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?



¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?



¿Estima Ud. que los items propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?



¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

---



---



---

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

---



---



---

Fecha: 31 de Mayo del 2000

Valido por: Carmen Sanchez Alvarado

**INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO  
(JUICIO DE EXPERTOS)**

El presente instrumento tiene como finalidad medir la **Factores de riesgo y partos prematuros en puérperas en el servicio de gineco obstetricia de un hospital público.**

**Instrucciones**

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los items propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: **relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, tendenciosidad o sesgo en su formulación y dominio del contenido.** Para ello deberá asignar una valoración si el item presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario si existiera, se ofrecen espacios para las observaciones.


Juez N°: 04

Fecha actual: 23 de enero del 2020

Nombres y Apellidos de Juez: Enma Lucila Alcalde Cachi

Institución donde labora: Hospital Regional Docente de Cajamarca

Años de experiencia profesional o científica: 30 años



Enma Lucila Cachi  
E.C. INGENIERIA  
COP 7267-ECMO-ACB

---

Firma y Sello

**CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**

**DICTAMINADO POR EL JUEZ**

1) ¿Está de acuerdo con las características, forma de aplicación y estructura del INSTRUMENTO?

SI (X)

NO ( )

Observaciones: Las características del instrumento van a ser aplicadas con el apoyo del profesional evaluador, para que el paciente pueda entender la terminología médica utilizada.

Sugerencias: El apoyo que va a brindar el profesional debe ir escrito en el instrumento

2) ¿A su parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?

SI (X)

NO ( )

Observaciones:.....  
.....

Sugerencias:.....  
.....

3) Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

SI ( )

NO (X)

1→0

0→1

Observaciones:.....  
.....

Sugerencias:.....  
.....

4) Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

SI ( )

NO (X)

1→0

0→1

Observaciones:.....  
.....

Sugerencias:.....  
.....

5) Las opciones de respuesta están suficientemente graduados y pertinentes para cada ítem o reactivo del INSTRUMENTO?

SI (X)

NO ( )

Observaciones:.....  
.....

Sugerencias:.....  
.....

6) Los ítems o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI (X)

NO ( )

Observaciones:.....  
.....

Sugerencias:.....  
.....

### VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES: Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+  
 0     10    20    30    40    50    60    70    80    90    100

¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+  
 0     10    20    30    40    50    60    70    80    90    100

¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+  
 0     10    20    30    40    50    60    70    80    90    100

¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+  
 0     10    20    30    40    50    60    70    80    90    100

¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+  
 0     10    20    30    40    50    60    70    80    90    100

¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

---



---



---

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

---



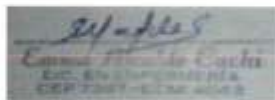
---



---

Fecha: 23 de Enero de 2020

Valido por:



**INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO  
(JUICIO DE EXPERTOS)**

El presente instrumento tiene como finalidad medir la **Factores de riesgo y partos prematuros en puérperas en el servicio de gineco obstetricia de un hospital público.**

**Instrucciones**

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: **relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, tendenciosidad o sesgo en su formulación y dominio del contenido.** Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario si existiera, se ofrecen espacios para las observaciones.

Juez N°:   03  

Fecha actual: 30 Junio 2020

Nombres y Apellidos de Juez: Lic. Esp. Susana Asca Nakamatsu

Institución donde labora: Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolome"

Años de experiencia profesional o científica: 25 años

\_\_\_\_\_**Asca Nakamatsu Susana**

**CEP 4234 RE 6959**

Firma y Sello

**CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO  
DICTAMINADO POR EL JUEZ**

1) ¿Está de acuerdo con las características, forma de aplicación y estructura del INSTRUMENTO?

SI (X)

NO ( )

Observaciones: .....

Sugerencias: .....

2) ¿A su parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?

SI (X)

NO ( )

Observaciones: .....

Sugerencias: .....

3) ¿Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

SI ( )  
1→0

NO (X)  
0→1

Observaciones: .....

Sugerencias: .....

4) ¿Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

SI ( )  
1→0

NO (X)  
0→1

Observaciones: .....

Sugerencias: .....

5) Las opciones de respuesta están suficientemente graduados y pertinentes para cada ítem o reactivo del INSTRUMENTO?

SI (X)

NO ( )

Observaciones: .....

Sugerencias: .....

6) Los ítems o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI (X)

NO ( )

Observaciones: .....

Sugerencias: .....

### VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES: Sirvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+  
 0    10    20    30    40    50    60    70    **80**    90    100

¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+  
 0    10    20    30    40    50    60    **70**    80    90    100

¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+  
 0    10    20    30    40    50    60    70    **80**    90    100

¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+  
 0    10    20    30    40    50    60    70    80    **90**    100

¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+  
 0    10    20    30    40    50    60    70    80    **90**    100

¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

---



---



---

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

---



---



---

Fecha: 30 de Junio 2020

Valido por: Lic. Esp. Susana Asca Nakamatsu  
 CEP 23234 RE 6959

**INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO  
(JUICIO DE EXPERTOS)**

El presente instrumento tiene como finalidad medir la **Factores de riesgo y partos prematuros en puérperas en el servicio de gineco obstetricia de un hospital público.**

**Instrucciones**

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los items propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a: **relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, adecuación contextual y dominio del contenido.** Para ello deberá asignar una valoración si el item presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrece un espacio para las observaciones hubiera.

Juez N°: 05 Fecha actual: 16 Enero 2020

Nombres y Apellidos del Juez: Maria Amparo Fernández Leiva

Institución donde labora: Hospital Regional Docente de Cajamarca

Años de experiencia profesional o científica: 20 años de experiencia

Enf. MARIA AMPARO FERNENDEZ LEIVA  
CEP: 13265  
RUM: 031 RNE: 5588

-----  
Firma del Juez.

**CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**

**DICTAMINADO POR EL JUEZ**

1) ¿Está de acuerdo con las características, forma de aplicación (instrucciones para el examinado) y estructura del INSTRUMENTO?

SI ( )

NO (X)

Observaciones: realizar algunos cambios en el encabezado del instrumento

Sugerencias: Elaborarlo un poco más claro.

2) ¿A su parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?

SI (X)

NO ( )

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

3) ¿Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

SI (X)

NO ( )

1→0

0→1

Observaciones: si el formulario lo va a resolver la paciente sin el apoyo del profesional, no lo va a entender por la terminología médica utilizada.

Sugerencias: Que sea explicado por el profesional.

4) ¿Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

SI (X)

NO ( )

1→0

0→1

Observaciones:.....

Sugerencias: apoyo del profesional para la aplicación del instrumento

5) Las opciones de respuesta están suficientemente graduados y pertinentes para cada ítem o reactivo del INSTRUMENTO?

SI (X)

NO ( )

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

5) ¿Los ítems del instrumento tienen correspondencia con la dimensión a la que pertenecen en el constructo?

SI (X)

NO ( )

Observaciones:.....

Sugerencias:.....

Enf. MARIA AMPARO FERNÁNDEZ LEIVA

CEP: 13265

RUM: 031 RNE: 5588

Firma del Juez

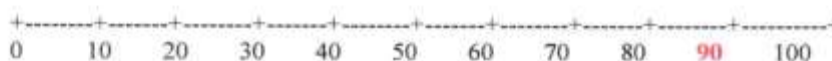
### VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES: Sirvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

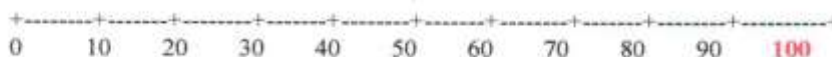
¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?



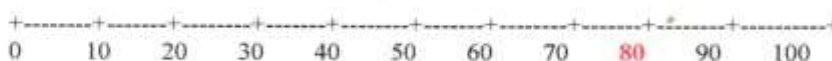
¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?



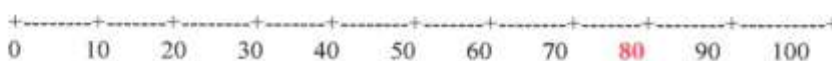
¿Estima Ud. que la cantidad de items que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?



¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?



¿Estima Ud. que los items propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?



¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

---



---



---

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

---



---

Fecha: 16 de Enero 2020

Valido por: Enf. Maria Amparo Fernández Leiva

RUM: 031 RNE: 5588

