

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



UNS
UNIVERSIDAD
NACIONAL DEL SANTA

**Parto pretérmino y periodo intergenésico inadecuado en el
Hospital “La Caleta” de Chimbote, en el 2023**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTORES

Bach. Cano Horna, Cristhian Marvin

Bach. Velásquez Ruiz, Váleriy Guisell

ASESOR

Mc. Ms. Sánchez Reyna, Luis Fernando

ORCID: 0000-0002-3609-7233

NUEVO CHIMBOTE – PERÚ

2025

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



UNS
UNIVERSIDAD
NACIONAL DEL SANTA

REVISADO Y V° B° DE:

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'RS', is positioned above a horizontal line.

Mc. Ms. Sánchez Reyna Luis
ASESOR
DNI: 32868529
ORCID: 0000-0002-3609-7233

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



UNS
UNIVERSIDAD
NACIONAL DEL SANTA

REVISADO Y V° B° DE:

Mc. Mg. Arestegui Ramos, Carlos
PRESIDENTE
DNI: 21470139
ORCID: 0000-0002-4292-8363

Mc. Mg. More Valladares, Armando Deivi
ACCESITARIO
DNI: 40665865
ORCID: 0000-0002-5708-1660

Mc. Ms. Sánchez Reyna, Luis Fernando
INTEGRANTE(ASESOR)
DNI: 32868529
ORCID: 0000-0002-3609-7233

ACTA DE CALIFICACIÓN DE LA SUTENTACIÓN DE LA TESIS

En el Distrito de Nuevo Chimbote, en la Universidad Nacional de Santa, en el aula magna 02 de la EPMH, siendo las 15:30 horas del día 10 de Enero del 2025, dando cumplimiento a la Resolución N° 004-2025-UNS-FC, se reunió el Jurado Evaluador presidido por Carlos Arastegui Ramos, teniendo como miembros a Armando Delvi More Valladares (secretario) (a), y Luis Fernando Sanchez Reyna (integrante), para la sustentación de tesis a fin de optar el título de Médico Cirujano realizado por el, (la), (los) tesista (as)

Cano Horta Cristian Marvin Velazquez Ruiz Volery Guisell, quien (es) sustentó (aron) la tesis intitulada:

PARO PRETERMINO Y PERIODO EMERGENSICO INADECUADO EN EL HOSPITAL "LA CAJETA" DE CHIMBOTE EN EL 2023

Terminada la sustentación, el, (la), (los) tesista (as)s respondió (ieron) a las preguntas formuladas por los miembros del jurado.

El Jurado después de deliberar sobre aspectos relacionados con el trabajo, contenido y sustentación del mismo y con las sugerencias pertinentes, declara la sustentación como Bueno asignándole un calificativo de 17 puntos, según artículo 112° del Reglamento General de Grados y Títulos vigente (Resolución N° 337-2024-CU-R-UNS)

Siendo las 17:00 horas del mismo día se dio por terminado el acto de sustentación firmando los miembros del Jurado en señal de conformidad

Nombre: Carlos Arastegui Ramos

Presidente

DNI: 21410139
ORCID: 0000-0002-4242-8363

Nombre: Armando Delvi More Valladares

Secretario

DNI: 40665865
ORCID: 0000-0002-5708-1660

Nombre: Luis Fernando Sanchez Reyna

Integrante

DNI: 32868529
ORCID: 0000-0002-3609-7233

Distribución: Integrantes J.E (), tesistas () y archivo (02).





Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: **Cristhian Marvin Cano Horna**
Título del ejercicio: **Quick Submit**
Título de la entrega: **Parto pretérmino y periodo intergenésico inadecuado en el ...**
Nombre del archivo: **INFORME_TESIS_CANO-VELASQUEZ..pdf**
Tamaño del archivo: **1.73M**
Total páginas: **57**
Total de palabras: **13,078**
Total de caracteres: **72,116**
Fecha de entrega: **13-ene.-2025 01:51p. m. (UTC-0500)**
Identificador de la entre... **2563566405**



Derechos de autor 2025 Turnitin. Todos los derechos reservados.

Parto pretérmino y periodo intergenésico inadecuado en el Hospital "La Caleta" de Chimbote, en el 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

20% INDICE DE SIMILITUD	20% FUENTES DE INTERNET	5% PUBLICACIONES	8% TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	--------------------------------------

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	4%
2	repositorio.uns.edu.pe Fuente de Internet	4%
3	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	2%
5	repositorio.unan.edu.ni Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%
7	1library.co Fuente de Internet	<1%
8	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	<1%

DEDICATORIA

A mis padres y hermanos que estuvieron junto a mi apoyándome, brindándome las fuerzas que necesarias para continuar en esta carrera tan noble. Sin ellos no podría haberlo logrado culminar esta parte de mi vida de manera satisfactoria. A Dios por darme la resistencia y sabiduría para no decaer en camino.

Cristhian Marvin Cano Horna

A Dios por ser mi guía y fortaleza en cada etapa de mi vida. A mis padres, por ser mi apoyo incondicional y por ser mis mayores ejemplos de esfuerzo y perseverancia. A mi esposo, por su compañía, amor y paciencia. A mis hermanos y demás familiares por su apoyo constante y motivación a ser mejor cada día.

Válery Velásquez Ruiz

AGRADECIMIENTO

A Dios por ser nuestra inspiración y guía durante todo el recorrido en nuestra carrera profesional. A nuestros padres por su paciencia y apoyo incondicional que tuvieron con nosotros. A nuestro asesor, el Dr. Sánchez Reyna Luis, quien formó parte de nuestra formación académica y además estuvo con nosotros guiándonos y brindándonos sus conocimientos y experiencia desde el inicio de este trabajo. A cada docente de la Escuela Académica Profesional de Medicina Humana por su aporte invaluable en este camino de aprendizaje y a nuestra alma mater, la Universidad Nacional del Santa, por brindarnos la oportunidad de crecer académicamente y profesionalmente.

ÍNDICE GENERAL

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	15
1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	16
3. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS	17
4. JUSTIFICACIÓN	17
5. LIMITACIONES	18
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	19
1. ANTECEDENTES	19
2. MARCO CONCEPTUAL	20
CAPITULO III: METODOLOGÍA	27
1. MATERIALES	27
2. MÉTODOS	30
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION	37
1. RESULTADOS	37
2. DISCUSIÓN	44
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	47
1. CONCLUSIONES	47
2. RECOMENDACIONES	48
CAPITULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
CAPITULO VII: ANEXOS	57

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 01: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS DE LAS GESTANTES CON Y SIN PERIODO INTERGENÉSICO INADECUADO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL “LA CALETA”, EN EL 2023.....	37
TABLA 02: PROPORCIÓN DE GESTANTES CON Y SIN PERIODO INTERGENÉSICO INADECUADO CON LAS QUE PRESENTARON Y NO PRESENTARON PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL “LA CALETA”, EN EL 2023	38
TABLA 03: DETERMINACIÓN DE LAS VARIABLES EDAD MATERNA, LUGAR DE PROCEDENCIA, ESTADO CIVIL, NIVEL DE EDUCACIÓN, PARIDAD, CONTROL PRENATAL, TIPO DE PARTO Y COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS RELACIONADOS CON PARTO PRETÉRMINO.....	40
TABLA 04: ANÁLISIS MULTIVARIADO DEL PERIODO INTERGENÉSICO INADECUADO ASOCIADO A PARTO PRETÉRMINO, AJUSTADO POR LAS COVARIABLES SIGNIFICATIVAS EN EL BIVARIADO	42

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 01: TAMAÑO DE MUESTRA	28
FIGURA 02: DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	30
FIGURA 03: TABLA TETRACÓRICA EN ESTUDIOS DE COHORTE	30
FIGURA 04: PROPORCIÓN DE GESTANTES CON Y SIN PERIODO INTERGENÉSICO INADECUADO CON LAS QUE PRESENTARON Y NO PRESENTARON PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL “LA CALETA”, EN EL 2023.....	39

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: CÁLCULO DE MUESTRA	57
ANEXO 2: FICHA DE RECOLLECCIÓN DE DATOS ELABORADO POR AUTORES.....	58
ANEXO 3: BASE DE DATOS ELABORADO POR AUTORES	560
ANEXO 4: CONSTANCIA DE APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN	61
ANEXO 5: PERMISO PARA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DEL HOSPITAL “LA CALETA”	62

RESUMEN

Introducción: El parto pretérmino es un importante problema de salud pública porque eleva la tasa de morbilidad afectando no sólo al recién nacido, sino también a la madre, la familia y su entorno. A su vez, genera elevados costos económicos debido a su atención especializada. Dentro de los factores de riesgo para el parto pretérmino se evalúa el periodo intergenésico, siendo este variable para nuestro estudio. **Objetivo:** Determinar si el periodo intergenésico inadecuado está asociado al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital “La Caleta” de Chimbote, en el 2023. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional, analítico, longitudinal de cohorte histórico. Con una muestra de 450 historias clínicas se realizó un muestreo probabilístico aleatorio donde se seleccionaron 150 con periodo intergenésico inadecuado (expuestos) y 300 con periodo intergenésico adecuado (no expuestos). Se usó la prueba de Chi-cuadrado (χ^2) de Pearson para valorar la asociación entre el periodo intergenésico y el parto pretérmino; y además se realizó un análisis multivariado de las covariables mediante regresión de Poisson. **Resultados:** Se muestra que, de las gestantes con un periodo intergenésico inadecuado, el 30% fueron parto pretérmino, en comparación con las gestantes con periodo intergenésico adecuado, solo el 11,7% fueron parto pretérmino. Mostrando además que existe una asociación estadísticamente significativa entre el período intergenésico inadecuado y el parto pretérmino a través de la prueba de χ^2 de Pearson y un riesgo relativo (RR) de 2,57 (IC 95%: 1,73-3,82). También, mediante el análisis multivariado de regresión de Poisson, se confirma que los factores asociados al parto pretérmino son: Período intergenésico inadecuado (RP = 1,63, p = 0,035), control prenatal inadecuado (RP = 2,18, p = 0,001), parto por cesárea (RP = 2,07, p = 0,009) y las complicaciones obstétricas (RP = 3,53, p < 0,001). **Conclusión:** Existe una asociación estadísticamente significativa entre el período intergenésico inadecuado y el parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital “La Caleta” de Chimbote en 2023.

Palabras clave: Periodo intergenésico, parto pretérmino, control prenatal, cesárea, complicaciones obstétricas.

ABSTRACT

Introduction: Preterm birth is an important public health problem because it increases the morbidity and mortality rate that affects not only the newborn, but also the mother, the family, and her environment. In turn, it generates high economic costs due to its specialized care. The inter-birth period is evaluated as one of the risk factors for preterm birth, which is the variable for our study. **Objective:** To determine whether inadequate inter-birth period is associated with preterm birth in pregnant women treated at the "La Caleta" Hospital in Chimbote in 2023. **Materials and methods:** An observational, analytical, longitudinal historical cohort study was carried out. With a sample of 450 medical records, a random probabilistic sampling was carried out, where 150 with inadequate inter-birth period (exposed) and 300 with adequate inter-birth period (not exposed) were selected. Pearson's Chi-square (χ^2) test was used to assess the association between interbirth period and preterm birth; and a multivariate analysis of the covariates was also performed using Poisson regression. **Results:** It is shown that, of the pregnant women with an inadequate interbirth period, 30% were preterm births, compared to pregnant women with an adequate interbirth period, only 11.7% were preterm births. Also showing that there is a statistically significant association between inadequate interbirth period and preterm birth through Pearson's χ^2 test and a relative risk (RR) of 2.57 (95% CI: 1.73-3.82). Also, through multivariate Poisson regression analysis, it is confirmed that the factors associated with preterm birth are: inadequate intergenital period (PR = 1.63, p = 0.035), inadequate prenatal care (PR = 2.18, p = 0.001), cesarean delivery (PR = 2.07, p = 0.009) and obstetric complications (PR = 3.53, p < 0.001). **Conclusion:** There is a statistically significant association between inadequate intergenital period and preterm birth in pregnant women treated at the "La Caleta" Hospital in Chimbote in 2023..

Keywords: Inter-birth period, preterm birth, prenatal care, cesarean section, obstetric complications.

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El parto pretérmino es un grave problema de salud pública por la elevada tasa de morbilidad y mortalidad que ocasionan, impactando sobre el recién nacido, la madre, la familia y su entorno. Además, esto genera elevados costos económicos debido a su atención especializada. Debido a que aumenta los días de estancia hospitalaria tanto de la puérpera como del recién nacido, así como las horas de cuidado especializado por el personal de salud, entre otras consecuencias. A nivel mundial, se estima que la tasa de nacimientos prematuros es alrededor del 11%, que equivale aproximadamente 15 millones de niños nacidos antes de las 37 semanas de gestación, asimismo cada año fallecen alrededor de un millón de niños como consecuencia de complicaciones por su prematuridad. En nuestro país, la incidencia de parto prematuro fue del 21.8% en el año 2022 según ENDES, con ligera tendencia a la disminución en comparación con el año 2020, con una tasa del 23.1% (INEI, 2023; OPS, 2019).

Existen varios factores de riesgo para el parto pretérmino, dentro de los cuales encontramos la historia de parto pretérmino previo, embarazo múltiple, cirugía cervical previa, anomalía uterina congénita, hábito tabáquico, infección intraamniótica y extrauterinas, así como un periodo intergenésico inadecuado. El poder reconocer estos factores de riesgo modificables y no modificables ya sea durante la atención preconcepcional o en las primeras de gestación, nos dirigiría a tomar medidas para la prevención de futuras complicaciones (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2020).

Se hallaron reportes de que un periodo intergenésico inadecuado, corto o largo, aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas como aborto, rotura prematura de membrana, preeclampsia-eclampsia, parto pretérmino; así como incremento de complicaciones perinatales como bajo peso al nacer, anomalías congénitas, entre otras. Por tal motivo se debe tener en cuenta el tiempo óptimo para la planificación de un segundo embarazo y no tener complicaciones que lleve a riesgos o intervenciones innecesarias. (Zavala et al., 2018)

Al ser el periodo intergenésico inadecuado, un problema de salud que se presenta en nuestra población de manera significativa y con sus complicaciones ya expuestas

como es el caso del parto pretérmino no hacemos la siguiente interrogante, ¿Existe asociación entre el periodo intergenésico inadecuado y el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital “La Caleta” de Chimbote, en el 2023?

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar si el periodo intergenésico inadecuado está asociado al parto pretérmino en gestantes atendidas en el hospital “La Caleta” de Chimbote, en el 2023.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar las características sociodemográficas y características obstétricas de las gestantes con y sin periodo intergenésico inadecuado en gestantes atendidas en el Hospital “La Caleta”, en el 2023.
- Determinar la incidencia del parto pretérmino en gestantes que presentaron periodo intergenésico inadecuado atendidas en el Hospital “La Caleta”, en el 2023.
- Determinar la incidencia del parto pretérmino en gestantes que presentaron periodo intergenésico adecuado en el Hospital “La Caleta”, en el 2023.
- Comparar la proporción de gestante con y sin periodo intergenésico inadecuado con las que presentaron y no presentaron parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital “La Caleta”, en el 2023.
- Determinar si las variables edad materna, lugar de procedencia, estado civil, nivel de educación, paridad, control prenatal, tipo de parto y complicaciones obstétricas se relacionan con parto pretérmino.

3. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

Hipótesis nula (H0): El periodo intergenésico inadecuado no está asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital “La Caleta” de Chimbote, en el 2023.

Hipótesis alterna (H1): El periodo intergenésico inadecuado está asociado al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital “La Caleta” de Chimbote, en el 2023.

4. JUSTIFICACIÓN

El proceso de la gestación trae con ello una serie de complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido. En el Perú, siendo un país con niveles bajos de conocimiento en el ámbito de planificación familiar. Genera que las complicaciones se presentan con mayor frecuencia en comparación con otros países. Se sabe que estas complicaciones obstétricas tienen factores de riesgos ya establecidos, los cuales se podría diferenciar en modificables y no modificables. Nosotros como personal de salud es en los factores de riesgo modificables que debemos trabajar para así, reducir y evitar complicaciones futuras tanto en la madre como en el niño.

El presente trabajo de investigación y sus resultados nos brinda material útil para el desarrollo de investigaciones posteriores, debido a que el parto pretérmino continúa siendo una de las principales complicaciones obstétricas con alta tasa de morbimortalidad materna y neonatal. Esto es fundamental ya que como prestadores de servicios de salud nos propiciará reforzar conocimientos de esta patología, así como su relación con el periodo intergenésico, un tiempo a tener en cuenta para la planificación de un embarazo a fin de evitar complicaciones maternas. Por otra parte, este trabajo puede ser de utilidad al servicio de obstetricia o planificación familiar, para resaltar al periodo intergenésico como factor de riesgo modificable y fomentar conductas educativas en las mujeres en edad fértil y tenerla en cuenta durante la evaluación obstétrica a fin de mejorar el desenlace materno-fetal.

5. LIMITACIONES

Como en todo trabajo de investigación, un estudio de cohortes está sujeto a limitaciones, de los cuales se deben tomar en consideración porque puede existir una falta en la representación de la población objetivo, existiendo sesgo de selección si no se elige adecuadamente la muestra para el grupo expuesto y no expuesto. Así mismo puede haber un sesgo de información, ya que los datos recopilados serán de las historias clínicas y estas pueden estar llenadas de forma incorrecta o incompleta. Como fue el caso, al buscar las historias clínicas de las pacientes en el cuaderno de registro de partos del servicio de Gineco Obstetricia, debido a la ilegibilidad o a la falta del llenado del número de las historias clínicas.

Por último, ante la presencia de variables no consideradas o no medidas puede llevar a un sesgo de confusión, generando una asociación incorrecta o exagerada entre las variables. (Salazar F. et al., 2019)

Dentro de las acciones que realizaremos para minimizar posibles sesgos se aplicará de forma adecuada y rigurosa los criterios de inclusión y exclusión para los grupos expuesto y no expuesto, además los factores de confusión conocidos pueden controlarse con el diseño del estudio.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

1. ANTECEDENTES

En Etiopía occidental, en el 2021, se realizó un estudio de casos y controles que tuvo como objetivo identificar predictores de parto prematuro. Con una muestra de 358 gestantes, de estos, 72 casos y 286 controles. Se concluyó que un parto pretérmino tuvieron 4,41 más probabilidades de tener un periodo intergenésico corto que las que dieron un parto a término [AOR = 4,41,95% IC 2,05–9,47] (Regasa et al., 2021).

En África Subsahariana, 2022, se realizó una revisión sistemática que tuvo como objetivo obtener una mejor comprensión de la carga actual del parto prematuro, los factores de riesgo maternos e infantiles asociados y los resultados del parto prematuro. Para la revisión se incluyeron 181 estudios que cumplieron sus criterios de inclusión y exclusión. Se concluyó que el periodo intergenésico influye significativamente en el parto prematuro. Diez estudios muestran riesgo significativo con un periodo intergenésico corto para parto pretérmino y un estudio muestra un riesgo significativo con un periodo intergenésico largo para parto pretérmino (Mabrouk et al., 2022)

En Estados Unidos, 2018, se realizó una revisión sistemática que tuvo como objetivo asumir la asociación entre el intervalo corto entre embarazos y los resultados maternos adversos en entornos de altos recursos para informar el desarrollo de recomendaciones. Para la revisión se incluyeron 7 estudios que cumplieron sus criterios de inclusión y exclusión. Se concluyó que las probabilidades de parto precipitado fueron mayores para las mujeres con un intervalo inadecuado en comparación de uno adecuado (aOR <6 meses = 1,30; IC 95%, 1,11-1,51; ORa 6-12 meses = 1,19; IC 95%, 1,04-1,36; ORa 12-18 meses = 1,25; IC 95%, 1,10-1,41) (Hutcheon et al., 2019).

En Argentina en el año 2020, se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal con el objetivo de encontrar relación entre el periodo intergenésico corto (PIC) con respecto al factores como retraso en el crecimiento intrauterino, bajo peso y prematuridad. La muestra estuvo constituida por 1452 gestantes. Donde se observó que las mujeres con PI corto no mostraron diferencias significativas en relación con parto prematuro (OR=0.92 IC95% [0.76-1.12]) (Gonzales et al., 2019)

En nuestro país, se realizó una investigación de tipo cohortes, retrospectivo con el objetivo de determinar si el período intergenésico prolongado (PIP) es factor de riesgo

para parto pretérmino en un Hospital de Trujillo, la muestra estuvo constituida por 192 gestantes. Los resultados informaron que la incidencia del parto pretérmino en gestantes con PIP fue del 32.8%; mientras que en las gestantes con periodo intergenésico adecuado fue del 9.4%, además las gestantes con un periodo intergenésico prolongado tuvieron 3.5 veces más probabilidades de tener un parto pretérmino. (RR: 3.50, IC 95%: 1.84 - 6.66, $p = 0,005$) (Amaya, 2019).

En Huánuco, 2022, se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal y analítico que tuvo como objetivo determinar la asociación entre “intervalo intergenésico corto” y “complicaciones maternas perinatales”. Con una muestra de 254 gestantes. Se concluyó que al aplicar la prueba de chi cuadrado ($X^2 22,826$; $P 0,000$) se evidencio que existe una significancia estadística de asociación entre periodo intergenésico corto y parto pretérmino. (Flores, 2023)

En Lima, 2022, se realizó un estudio observacional, cohorte y retrospectivo que tuvo como objetivo Determinar la asociación entre el periodo intergenésico corto y resultados maternos y perinatales en gestantes cesareadas. Con una muestra de 450 gestantes. Se concluyó que un periodo intergenésico corto presenta un RR 4,12 para presentar un parto pretérmino (IC 95%: 2,35 – 7.25). (Rodriguez, 2022)

2. BASES TEÓRICAS

El periodo intergenésico (PI): según la OMS es el periodo que abarca desde la fecha del último evento obstétrico (pudiendo ser un aborto, parto vaginal o cesárea) y el comienzo de la nueva gestación (considerándose fecha de ultima regla) (World Health Organization, 2007). Se clasifica a este periodo en adecuado e inadecuado. Este último comprende una clasificación: 1) Periodo intergenésico corto (PIC) que comprende desde el evento obstétrico al comienzo de la nueva gestación en tiempo menor a 24 meses. 2)Periodo intergenésico largo (PIL) que comprende desde el último evento obstétrico al comienzo de la nueva gestación en tiempo mayor a 60 meses (Bedregal, 2018; Gonzales et al., 2019)

Dependiendo del periodo intergenésico transcurrido se pueden presentar distintas complicaciones, por ejemplo, un PIC menor de 18 meses se ha visto relacionado a la prematuridad, ruptura uterina, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino y óbito; mientras que aborto, ruptura prematura de membranas, anemia gestacional y endometritis puerperal se relacionan a PIC menor de 6 meses. También es importante mencionar que un PIC menor a 6 meses aumenta el riesgo de parto

pretérmino en un 40%, 60% para bajo peso neonatal y 14% para malformaciones congénitas. (Zavala et al., 2018).

Existen diversas teorías con respecto a los mecanismos que podrían contribuir a los efectos obstétricos adversos por tener un periodo intergenésico inadecuado. Como es la hipótesis de depleción materna, esta consiste en la falta de restauración de reserva de micronutrientes después de un embarazo previo. Principalmente se ven implicadas las reservas de folato y hierro, dado que durante la gestación existe una movilización de estas reservas de la madre hacia el feto, estas concentraciones maternas de folato empiezan a reducirse a partir de la semana 20 de gestación hasta las primeras semanas post parto. Este consumo de ácido fólico se debe al aumento de la masa eritrocitaria, aumento del tamaño uterino, crecimiento placentario y fetal. La restauración a niveles óptimos de hierro y folato pueden tardar al menos 6 meses, posterior a un parto (Zavala et al., 2018)

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2022 se observó que un 50% de las concepciones tienen un periodo un periodo intergenésico de más 60 meses. Y cerca del 25% de los nacimientos se dieron con un periodo intergenésico menor a los 36 meses luego del nacimiento anterior, dejando en evidencia que más del 70% de madres tuvieron un periodo intergenésico inadecuado (INEI, 2023a).

El parto pretérmino se define como la culminación de la gestación después de las semanas 22 y antes de la semana 37. Contando los días a partir del 1er día de última menstruación normal y siendo una fecha confiable. Está a su vez se puede clasificar: De acuerdo a su edad gestacional en semanas: < 28ss: prematuros extremos, 28-31: muy prematuros, 32-33: prematuros moderados, 34-36: prematuros tardíos. (Instituto Nacional Materno Perinatal, 2023)

De acuerdo al peso a nacer: <1000 gr: peso extremadamente bajo al nacer, <1500 gr: muy bajo al nacer, <2500 gr: bajo peso al nacer.

Se estima que, a nivel mundial, cada año nacen alrededor de 15 millones de niños antes de tiempo. En el Perú nacen cerca de 30 000 niños antes de cumplir las 37 semanas. Según registros de la ENDES 2020, el parto prematuro, se produjo en el 23.1% de los casos; siendo mayor la tasa en el área urbana (25.5%) en comparación al área rural (14.9%), encontrándose una tendencia a la disminución si se compara

con el último Informe Preliminar Perú ENDES 2023, con una tasa de 21.7% de nacidos con edad gestacional menor de 37 semanas. (INEI, 2023b)

A nivel mundial, el parto pretérmino es una de las principales causas de muerte neonatal, así como la causa del 50% de las discapacidades perinatales. Es evidente las desigualdades en las tasas de supervivencia a nivel mundial. En los países de bajo ingreso, la mitad de los niños nacidos antes de las 32 semanas fallecen por la falta de medidas de atención viables y costoeficaces, como Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), uso técnicas de monitoreo no invasivo, así como agentes farmacológicos para manejar las principales complicaciones de la prematuridad a corto y largo plazo como son los problemas respiratorios, enfermedades infecciosas y trastornos del neurodesarrollo (Toro et al., 2021). Por otro lado, en los países de alto ingreso, la mayoría de estos niños sobreviven. Así pues, el uso subóptimo de la tecnología en países de ingreso mediado está generando una mayor carga de discapacidad entre los prematuros que sobreviven al periodo neonatal. (OMS, 2023) El diagnóstico clínico se basa en la presencia de dinámica uterina que produce un borramiento de cervix mayor del 50% y una dilatación de 2 cm o más se producirá el trabajo de parto pretérmino. (Instituto Nacional Materno Perinatal, 2023).

Entre las causas del parto pretérmino; un tercio de estos, son partos pretérmino iatrogénico, es decir, se da por indicación médica debido a alguna complicación o patología que pone en riesgo la salud de la madre y/o del feto, por ejemplo: Preeclampsia/eclampsia, RCIU con alteraciones Doppler, Rotura prematura de membranas (RPM), placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta, entre otros. La fracción restante, que representa la causa más frecuente, se da por parto pretérmino espontáneo, donde el 15% tiene antecedente de parto pretérmino y el 85% son primigestas. (Huertas, 2018)

Los factores de riesgo para un parto pretérmino son diversos, entre las cuales resaltan las infecciones intraamnióticas (como, corioamnionitis), infecciones extrauterinas (por ejemplo: vaginitis, pielonefritis), sobredistensión uterina (por ejemplo: polihidramnios), RPM, Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y las alteraciones vasculares (por ejemplo: trastornos hipertensivos del embarazo). De manera que, el personal de salud que presta servicios de atención prenatal debe identificar estos factores y derivar a las gestantes al médico para un manejo oportuno y de esta manera tratar de reducir la frecuencia de parto pretérmino (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2020).

Las complicaciones obstétricas se pueden presentar durante el embarazo, el parto y puerperio, asociadas con una alta tasa de morbimortalidad neonatal y materna.(Valverde & Tenorio, 2020) Estas complicaciones médicas relacionadas con el embarazo se asocian con un riesgo de parto prematuro de 2 a 5 veces mayor. (Scime et al., 2020). Un estudio de casos y controles realizado en el continente Africano, evaluó los determinantes obstétricos asociados al parto prematuro, su muestra estuvo constituido por 390 gestantes con una distribución 1:2, encontrando que la rotura prematura de membranas (aOR: 2,3; IC 95%: 1,0–5,5) y preeclampsia/eclampsia (aOR: 3,4; IC 95%: 1,0–11,9) eran factores de riesgo asociados con el parto prematuro (Aseidu et al., 2019). En otro estudio, en Etiopía, se observó que el parto prematuro es un riesgo significativamente mayor entre las madres con diabetes mellitus gestacional (ARR= 2,03; IC 95%: 1,17- 3,53). (Muche et al., 2020)

Por otra lado, un estudio realizado en nuestro país, con un diseño de tipo casos y controles retrospectivo, distribución 1:2, determinó que la preeclampsia (OR: 3,714; IC 95%=1,122 - 12,301; p= 0,032), y la infección de las vías urinarias (OR: 3,863; IC 95%= 1,508 - 9,896; p= 0,005) se asociaron con un mayor riesgo de parto pretérmino, a diferencia de la ruptura prematura de membranas (OR: 1,267; IC 95%= 0,609 - 2,633; p= 0,526) y la infección vaginal (OR: 2,111; IC 95%= 0,651 - 6,850; p= 0,205) las cuales no se hallaron estadísticamente asociación con parto prematuro. (Murguía et al., 2022)

Entre los factores de riesgo sociodemográficos asociados a parto pretérmino, se encuentra la edad materna, definido como la edad biológica que presenta la gestante antes del parto. Según la norma técnica de Salud del 2013, la edad materna debe estar consignada en la historia clínica de cada gestante y debe estar descrita en años cumplidos. Se categoriza de la siguiente forma: Adolescente (<15 años), joven-adulta (15 – 35 años) y edad materna avanzada (>35 años).

La edad extrema de la gestante como adolescente y edad materna avanzada son catalogados como factores de riesgos durante la gestación, según La Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna (MINSA, 2013). Un estudio observacional, realizado en el año 2017 encontró una relación significativa entre los extremos de las edades y el parto pretérmino (OR=1,85; p=0.027) (López, 2018). Otro estudio tipo cohorte, prospectivo en el año 2018, donde se evaluó a 1586 mujeres, se reportó que solo el 10% las pacientes con edad mayor 35 años terminaron

con parto pretérmino, y que no hubo variación significativa con respecto a su grupo control (Macías et al., 2018)

El lugar de procedencia se define como la residencia habitual de la madre hasta el momento del parto (Instituto Nacional de Estadística, 2009). Esta se clasifica en áreas: 1) área rural: no presenta más de 100 viviendas agrupadas contiguamente ni es capital de distrito o que presenta más de 100 viviendas dispersa si lograr formar núcleos. 2) área urbana: presenta como mínimo 100 viviendas agrupadas contiguamente (INEI, 2017). En el año 2019 la ENDES registró que, del total de los partos, el 22.3% fueron partos prematuros siendo mayor la frecuencia en el área urbana (25,1%) en comparación al área rural (14,2%). Para el ENDES 2022, del 21.8% de partos pretérminos, la mayor tasa se dio en el área urbana con 24.2% en comparación con el área rural con 14.6% (INEI, 2023a). En el año 2018 se realizó un estudio descriptivo, transversal que tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo que desencadenan el parto pre término y evaluar el lugar de procedencia de estas gestantes, los resultados fueron que un 54% de población era de origen rural y un 46% era de origen urbano (Lima, 2018).

Por otro lado, el estado civil es la situación de las personas por las diversas formas de unión conyugal determinado por sus relaciones de parentesco y convivencia. El estado civil o conyugal se puede clasificar como: soltero, casado, conviviente, divorciado/ separado o viudo (INEI, 2019). Según el estudio realizado en Lima en el 2020, el 70% de las mujeres con parto pretérmino eran convivientes, sólo un 7% eran casadas y el 23% eran solteras. (Tapia, 2020).

El nivel de educación alcanzados es otro factor sociodemográfico asociado a parto pretérmino, es un indicador del conocimiento y aprendizaje logrado por la población, asociado a las etapas educativas registrados en el sistema, correspondiente a las diversas fases del desarrollo personal de los educandos (INEI, 2018). Según el INEI se puede clasificar en 1) Ningún nivel/Inicial: sin ningún grado de estudio 2)Primaria: Segundo tramo educativo 3)Secundaria: Tercer tramo educativo 4)Superior no universitario: nivel técnico, tecnológico o sus equivalentes 5)Superior universitario: Último tramo educativo, se divide en pregrado y posgrado (INEI, 2022).

Un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo en el 2018, tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo que influyen en el parto pretérmino, según las características sociodemográficas de las mujeres con parto pretérmino, el 66%

contaban con primaria, 32% solo secundaria y solo 2% grado superior. Donde se infirió que al presentar una falta en su formación académica puede generar una falta de prevención y cuidados para minimizar los partos pretérminos (Zerna et al., 2018)

Con respecto a la paridad, el Instituto Nacional Materno Perinatal considera como gran múltipara a las mujeres que hayan tenido mayor o igual a 4 partos previos al actual. Un estudio realizado en Países Bajos, tuvo como objetivo determinar la asociación entre la paridad y el parto prematuro espontáneo menor de 37 semanas, menor de 32 semanas y menor de 28 semanas, para ello usaron los datos de su Registro Perinatal tomando en cuenta los partos con ≥ 22 semanas de gestación y peso al nacer ≥ 500 gramos; mediante su modelo de regresión logística identificaron un mayor riesgo de parto prematuro menor 37 semanas en mujeres nulíparas (OR 1,95, IC 95 % 1,89–2,00) y mujeres en su quinto embarazo (OR 1,26, IC 95 % 1,13–1,41) (Koullali et al., 2020).

En cuanto al control prenatal, de acuerdo al MINSA, la gestante debe recibir el paquete básico de intervenciones idealmente antes de las catorce semanas de gestación (MINSA, 2017). Los controles, se debe iniciar lo más temprano posible, de manera periódica, integral y continua; de tal manera, que para poder considerar a la gestante como controlada, debe recibir como mínimo seis controles prenatales distribuidos de la siguiente manera: control mensual hasta las 32 semanas de gestación, control quincenal durante las 32 a 36 semanas y control semanal desde las 37 semanas en adelante. (Instituto Nacional Materno Perinatal, 2023).

Un estudio tipo caso-control retrospectivo realizado en un hospital público de Trujillo con una muestra de 2000 nacidos vivos, encontró que el número de controles prenatales menor a cuatro se encuentra asociada de forma significativa al parto pretérmino (OR 2,65; IC95%: 2,21-3,18) (Toro et al., 2021). De la misma manera, en otro estudio de cohorte retrospectivo realizado en una provincia de Canadá, a través de su análisis de regresión logística multivariable, demostró que la atención prenatal inadecuada se asocia con una mayor probabilidad de partos prematuros (ORa 1,15; IC95%: 1,04-1,27) (Heaman et al., 2019). Si bien una atención prenatal deficiente es un factor importante asociado a parto pretérmino, un estudio de casos y controles llevado a cabo en el continente Africano determinó que un número de controles mayor o igual a cuatro podría actuar como factor protector (ORa: 0,2; IC del 95 %: 0,1 a 0,4) (Aseidu et al., 2019)

El tipo de parto, según el Instituto Materno Perinatal lo define como la vía de expulsión del producto y sus anexos fuera del útero. La Organización Mundial de la Salud, declaró que la tasa nacional ideal de cesáreas debe oscilar entre el 10%-15% (OMS, 2015). Sin embargo, en nuestro país, según en el Informe Preliminar del INEI-2023 publicó que la tasa de nacimientos por cesárea fue del 37.1% (INEI, 2023b). Tal como se refleja en el estudio descriptivo realizado en Lima, con una muestra de 21 689 nacidos vivos, se obtuvo una tasa de cesárea de 50.5 por cada 100 recién nacidos vivos, donde solo el 14% de cesáreas fueron parto pretérmino, el 80% fueron parto a término y el 6% parto a término tardío (Barrena et al., 2020). Otro estudio menciona que la decisión de cuál es el mejor tipo de parto para las gestaciones menores de 37 semanas depende del criterio médico y entorno hospitalario puesto que, aunque se planifique un parto vaginal, las complicaciones que surgen durante el trabajo de parto pueden hacer necesario culminar la gestación en un parto por cesárea (Alfirevic et al., 2013).

En cuanto a la relación entre el periodo intergenésico inadecuado (PII) y parto pretérmino, algunos investigadores concluyen que puede ser un factor de riesgo para que este último se desencadene, pero otros concluyen en no encontrar una relación significativa como mostramos en los antecedentes. Esta disparidad motiva a poder investigar y concluir si hay una relación entre ambas variables, debido que a el periodo intergenésico inadecuado es una variable que puede ser modificable y así reducir las posibles complicaciones tanto a la madre como al producto.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

1. MATERIALES

1.1. Tipo de investigación

Es un tipo de estudio observacional, analítico, longitudinal de cohorte histórico

1.2. Universo

Conformado por el total de historias clínicas de gestantes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital “La Caleta” de Chimbote.

1.3. Población

Conformado por el total de historias clínicas de gestantes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital “La Caleta” de Chimbote durante el 2023.

1.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis estará constituida por cada historia clínica de las gestantes que fueron atendidas por el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital “La Caleta” de Chimbote durante el 2023 que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión para cada grupo de estudio.

1.5. Muestreo

Se empleará un muestreo probabilístico aleatorio simple donde se seleccionarán aleatoriamente los grupos expuestos y no expuestos hasta completar nuestro tamaño de muestra definido, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión para los pacientes con periodo intergenésico adecuado e inadecuado.

1.5.1. Muestra

Tamaño de muestra para estudios de cohorte (Machin D, 1997)

$$n_1 = \frac{\left(z_{1-\alpha/2} \sqrt{(1+\varphi)\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{\varphi P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right)^2}{\varphi(P_1 - P_2)^2}; n_2 = \varphi n_1$$

Donde:

- P_i es la proporción esperada en la población i , $i= 1,2$
- φ es la razón entre los dos tamaños muestrales,
- $\bar{p} = \frac{P_1 + \varphi P_2}{1 + \varphi}$
- $Z(1-\alpha/2) = 1,96$ coeficiente de confiabilidad al 95% de confianza
- $Z1-\beta = 0,8416$ coeficiente asociado a la potencia de prueba del 80%

Cálculo: Se usó el programa EPIDAT 4.2. Se usó como base los datos del trabajo realizado por Rodríguez en su estudio Titulado “Asociación entre periodo intergenésico corto y resultados maternos y perinatales en gestantes cesareadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2019”. (Anexo N°01) (Rodríguez A., 2022)

Datos:

$P_1 = 10,7\%$ (Porcentaje de parto pretérmino en pacientes con periodo intergenésico inadecuado)

$P_2 = 3,7\%$ (Porcentaje de parto pretérmino en pacientes con periodo intergenésico adecuado)

$\varphi = 300/150 = 2$ (Número de cohorte no expuesta con respecto a la cohorte expuesta)

FIGURA 01: Tamaño de muestra

Datos:

Riesgo en expuestos:	10,700%
Riesgo en no expuestos:	3,700%
Riesgo relativo a detectar:	2,892
Razón no expuestos/expuestos:	2,00
Nivel de confianza:	95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Expuestos	No expuestos	Total
80,0	150	300	450

Se incluyó a 150 pacientes con periodo intergenésico inadecuado y 300 con periodo intergenésico adecuado de gestantes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital “La Caleta” de Chimbote durante el 2023 que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

1.6. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión del grupo expuestos

- HC de gestantes que cursaron más de una gestación.
- HC de gestantes con antecedente de parto vaginal previo a la última gestación.
- HC de gestante con periodo intergenésico inadecuado

Criterios de inclusión del grupo no expuestos

- HC de gestantes que cursaron más de una gestación.
- HC de gestantes con antecedente de parto vaginal previo a la última gestación.
- HC de gestante con periodo intergenésico adecuado

Criterios de exclusión del grupo expuestos y no expuestos

- HC de gestante con patologías clínicas crónicas y trastornos mentales.
- HC de gestante que presentaron embarazo múltiple o una gestación producto del uso de técnicas de reproducción asistida.
- HC de gestantes que tengan información incompleta e ilegible.

2. MÉTODOS

2.1. Diseño de investigación

El diseño de la presente investigación es de tipo observacional, analítico, de cohorte histórico. Es observacional porque no hay intervención alguna por parte del investigador, es decir, no hay manipulación de las variables a estudiar. Es analítico porque busca determinar una posible relación causal entre el factor y el desenlace. Es cohorte histórico porque se empleará dos grupos para el estudio, un grupo expuesto y otro no expuesto extraído de historias clínicas que ya ocurrieron en el pasado.

2.1.1. Esquema del diseño de la investigación

FIGURA 02: Diseño de investigación

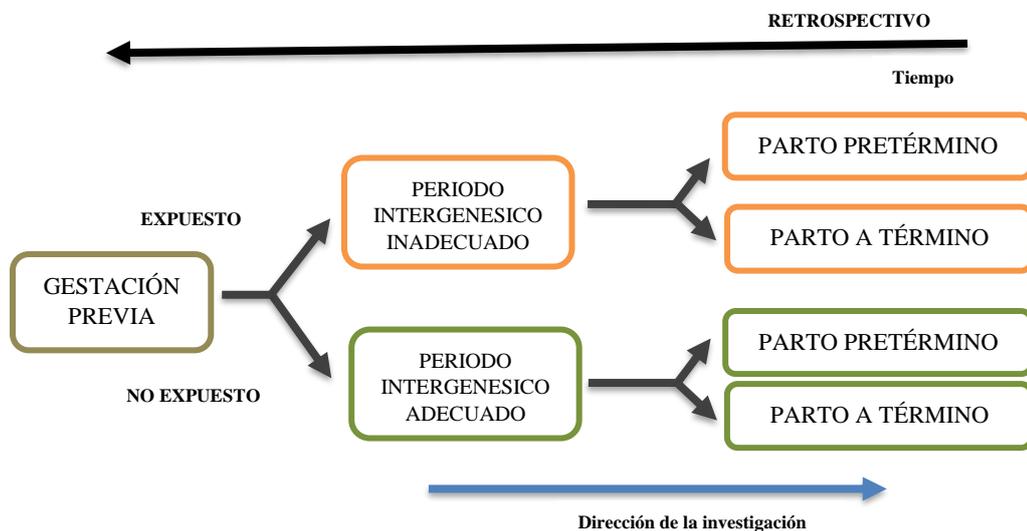


FIGURA 03: Tabla tetracórica en estudios de cohorte

PERIODO INTERGENÉSICO	PARTO		TOTAL
	PRETÉRMINO	A TÉRMINO	
INADECUADO	A	B	F1 (A+B)
ADECUADO	C	D	F2 (C+D)
TOTAL	C1 (A+C)	C2 (B+D)	N

RR: $(A/A+B) / (C/C+D)$

2.2. Definición y operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Período intergenésico inadecuado	Intervalo comprendido desde la finalización del último embarazo (parto, aborto o cesárea) y el inicio del siguiente, menor de 24 meses o mayor de 60 meses (World Health Organization, 2007)	Periodo de tiempo entre dos gestaciones continuas obtenido por historia clínica: < 24 meses y > 60 meses	Cualitativa	Nominal dicotómico	Si No
Parto pretérmino	Culminación de la gestación después de las semanas 22 y antes de la semana 37. (Instituto Nacional Materno Perinatal, 2023)	Culminación de la gestación: > semanas 22, semana 37 <.	Cualitativa	Nominal dicotómico	Si No

COVARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Edad materna	Edad biológica que presenta la gestante antes del parto, que se expresa en años (MINSA, 2013) .	Años de vida de la gestante hasta el día del parto. *Adolescente (<15 años), *Joven-adulta (15 – 35 años) *Edad materna avanzada (>35 años).	Cualitativa	Ordinal Politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adolescente 2. Joven-adulta 3. Avanzada
Lugar de procedencia	Lugar de residencia habitual de la madre en el momento de referencia. (INEI, 2009)	Lugar de residencia de la madre previo al parto, obtenido en la historia clínica	Cualitativa	Nominal Dicotómica	<p>Urbano</p> <p>Rural</p>
Estado civil	Situación de las personas por las diversas formas de unión conyugal determinado por sus relaciones de parentesco y convivencia. (INEI, 2019)	Diversas formas de unión conyugal registrado en la historia clínica.	Cualitativa	Nominal Politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1.Soltera 2. Casada 3. Viuda 4. Divorciada 5.Conviviente
Nivel de educación	Son las etapas educativas del sistema, correspondiente a las diversas fases del desarrollo personal de los educandos (INEI, 2014)	Los niveles educativos son cuatro: Sin nivel/inicial, primaria, secundaria y superior	Cualitativa	Ordinal politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin nivel /inicial 2.Primaria 3.Secundaria 4. Superior no Universitario 5.Superior Universitario

COVARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Paridad	Número de partos previos con un producto mayor de 20 semanas de gestación o con un peso mayor de 500 gramos. (Instituto Nacional Materno Perinatal, 2023)	Número de partos previos a la última gestación. 1: Primípara 2 a 3 partos: Multípara ≥ 4 partos: Gran multípara	Cualitativa	Ordinal politómica	1. Primípara 2. Multípara 3. Gran multípara
Control prenatal	Vigilancia y evaluación integral de la madre y el feto, que permita identificar oportunamente los signos de alarma y factores de riesgo, idealmente antes de las catorce semanas de gestación. (MINSA, 2017)	Se considerará el número de controles prenatales < 6 controles: Inadecuado ≥ 6 controles : Adecuada	Cualitativa	Nominal dicotómica	Inadecuado Adecuado
Tipo de parto	Vía seleccionada para la finalización de la gestación después de las 22 semanas y que culmina con la expulsión del producto y sus anexos fuera del útero. (Instituto Nacional Materno Perinatal, 2023)	El tipo de parto puede ser por cesárea o vaginal.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Cesárea Vaginal
Complicaciones obstétricas	Patologías que aparecen en cualquier momento de la gestación, ya sea durante el embarazo, parto o puerperio las cuales pueden afectar la salud de la madre y/o feto como Ruptura prematura de membranas, Infección intraamniótica y extrauterinas, Trastornos hipertensivos del embarazo, etc. (Valverde & Tenorio, 2020)	Presencia o no de situaciones adversas relacionadas a la última gestación.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Sí No

2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se utilizó una ficha de recolección de datos, constituido por datos sociodemográficos y características obstétricas elaborado por los investigadores presentado en el Anexo N°02. Esta ficha contiene aspectos sociodemográficos básicos de los participantes, como su número de historia clínica, edad materna, lugar de procedencia, estado civil, nivel de educación; y además las características obstétricas como, por ejemplo, la paridad, periodo intergenésico inadecuado, término de gestación (en semanas), tipo de parto, control prenatal, complicaciones obstétricas actuales.

2.4. Procedimientos para la recolección de datos

El presente trabajo de investigación fue revisado por el comité de ética de la Escuela Profesional de Medicina Humana (EPMH) de la Universidad Nacional del Santa (UNS), una vez aprobado, la Dirección de EPMH eligió al jurado evaluador; para posteriormente ser evaluado por las respectivas autoridades del Consejo de la Facultad de la UNS y luego ser emitido a la Dirección de EPMH, donde el jurado evaluador hizo las respectivas observaciones y una vez hecha las correcciones se remitió al Consejo de Facultad, hasta que se emitió la resolución de aprobación del proyecto de trabajo de investigación.

Posteriormente se solicitó información al área de Docencia e Investigación del Hospital “La Caleta” de Chimbote, donde nos dirigieron hacia la Dirección del Hospital en mención, lugar en el cual se presentaron las solicitudes respectivas para poder acceder a las historias clínicas del hospital. Una vez aprobado nuestra solicitud, acudimos al servicio de Ginecología y Obstetricia a recolectar la información deseada del cuaderno de registro de partos, donde se recolectó el número de historias clínicas comprendidas en el tiempo requerido de nuestro estudio (año 2023). Se tabularon todas las historias clínicas en el programa Excel versión 21.08 para luego realizar la aleatorización sistemática a través de una función del mismo programa. Las historias clínicas seleccionadas fueron traspasadas en otra hoja de Excel, para posteriormente ser buscadas en cada archivador del Hospital en mención.

De cada historia clínica se recolectó los datos considerados en el Anexo N°02, como la edad materna, lugar de procedencia, paridad, edad gestacional, control

prenatal, tipo de parto, periodo intergenésico (corroborado con el Carnet Perinatal) y complicaciones obstétricas; teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión correspondientes a nuestro estudio.

Por último, se tabuló la información recolectada en el programa de Excel (Anexo N°03) agrupándose de acuerdo a su periodo intergenésico en grupo expuesto y no expuesto hasta completar con el tamaño total de la muestra solicitada.

2.5. Técnica de procesamiento, análisis e interpretación de datos

Los datos recolectados fueron procesados en el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 29, el cual contribuyó para la elaboración de tablas estadísticas de acuerdo a los objetivos planteados.

Para la estadística descriptiva, los resultados se presentaron en tablas cruzadas, para las variables cualitativas se usaron frecuencias absolutas y porcentuales con su respectivo gráfico de barras comparativo.

Para la estadística analítica, conformado por nuestras variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson (X^2) con un nivel de significancia del 5% ($p \leq 0,05$).

Posteriormente, por el tipo de estudio se halló el riesgo relativo (RR) para encontrar la asociación entre el periodo intergenésico inadecuado y el parto pretérmino; se realizó el cálculo del intervalo de confianza al 95% del estadígrafo ya mencionado.

Por último, se realizó un análisis de regresión logística multivariada para obtener resultados más confiables y controlar posibles sesgos de confusión con otras covariables. Este análisis multivariado se realizó a través de la regresión de Poisson, el cual nos permitió identificar las asociaciones ajustadas entre las covariables significativas y el parto pretérmino.

2.6. Ética de la investigación

El presente trabajo de investigación se realizó teniendo en consideración las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de la Ciencias Médicas en cooperación con la Organización Mundial de Salud (CIOMS), estas pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud y seres humanos sirve como complemento y expansión de los principios éticos de la declaración de Helsinki, a un nivel internacional.

Para la realización de este trabajo tomamos en cuenta la pauta 8, que hace énfasis en que la investigación a realizarse debe someterse a una revisión ética y científica a manera de ejercer responsabilidad por parte de las autoridades; bajo este contexto mencionamos que nuestro trabajo fue evaluado por el Comité de ética de Investigación de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Santa quien dio la aprobación para continuar con nuestra investigación.

Asimismo, respetamos la pauta 12, en donde menciona que cuando se recolecta y almacenan datos para fines de investigación se debe obtener el consentimiento informado de la persona de quien se obtiene estos datos, sin embargo también detalla que cuando los investigadores deseen usar estos datos ya almacenados para usos clínicos u otros propósitos pasados sin haber obtenido el consentimiento informado para su uso en un futuro en una investigación, el comité de ética puede omitir el requisito de este consentimiento siempre y cuando la investigación a realizar tenga un valor social importante y no genere riesgos o estos riesgos sean mínimos para el paciente.

Para finalizar, resulta importante resaltar que este trabajo también se consolida con los tres principios básicos de la ética: el respeto por las personas, la beneficencia y la justicia consignado en el Informe Belmont.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1. RESULTADOS

Tabla 1: Características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes con y sin periodo intergenésico inadecuado en gestantes atendidas en el Hospital “La Caleta”, en el 2023.

Características sociodemográficas y obstétricas		Período intergenésico			
		Inadecuado		Adecuado	
		N	%	N	%
Edad materna	Adulta joven	103	68.7%	243	81.0%
	Avanzada	47	31.3%	57	19.0%
Lugar de procedencia	Urbano	109	72.7%	206	68.7%
	Rural	41	27.3%	94	31.3%
Estado civil	Soltera	20	13.3%	36	12.0%
	Casada	19	12.7%	37	12.3%
	Conviviente	111	74.0%	227	75.7%
Nivel de educación	Sin nivel	1	0.7%	5	1.7%
	Primaria	15	10.0%	39	13.0%
	Secundaria	98	65.3%	205	68.3%
	Superior no universitaria	10	6.7%	14	4.7%
	Superior universitaria	26	17.3%	37	12.3%
Paridad	Primípara	93	62.0%	159	53.0%
	Múltipara	49	32.7%	120	40.0%
	Gran múltipara	8	5.3%	21	7.0%
Control prenatal	Inadecuado	35	23.3%	56	18.7%
	Adecuado	115	76.7%	244	81.3%
Tipo de parto	Cesárea	100	66.7%	131	43.7%
	Vaginal	50	33.3%	169	56.3%
Complicaciones obstétricas	Si	50	33.3%	46	15.3%
	No	100	66.7%	254	84.7%
Total		150	100.0%	300	100.0%

Fuente: Historias clínicas del Hospital “La Caleta” de Chimbote, en el 2023.

En tabla 1, se observa que las gestantes que presentaron un periodo intergenésico inadecuado con respecto a su edad, 68.7% eran adultas jóvenes y 31.3% era de edad avanzada. Asimismo, el mayor porcentaje de gestantes provenían de una zona urbana con un 72.7% y un 27.3% de la zona rural. Con respecto a su estado civil el 74% de las gestantes con un periodo intergenésico inadecuado eran convivientes, y solo un 12.7% eran casadas, un 13.3% eran solteras. Asimismo, un 65.3% tenían secundaria como nivel de educación, el 17.3% tenía el grado de superior universitaria, 10% primaria, y el 0.7% eran analfabetas.

En cuanto a la paridad previa a la última gestación, un 62% eran primípara, es decir han tenido sólo un parto previo, 32.7% múltipara y 5.3% gran múltipara. En cuanto a sus controles prenatales un 18.7% de gestantes contaban con menos de 6 controles durante toda la gestación, siendo la mayoría de gestantes con un 76.7% llevar un control prenatal adecuado. El tipo de parto, un 66.7% fueron cesárea, y un 33.3% fueron vaginal. Con respecto a las complicaciones obstétricas que presentaron las pacientes, un 33.3% si presentaron complicación y un 66.7% no presentaron.

Tabla 2: Proporción de gestantes con y sin periodo intergenésico inadecuado con las que presentaron y no presentaron parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital “La Caleta”, en el 2023.

Período intergenésico	Parto pretérmino				Total
	Si		No		
	N	%	N	%	
Inadecuado	45	30.0%	105	70.0%	150
Adecuado	35	11.7%	265	88.3%	300

Fuente: Historias clínicas del Hospital “La Caleta” de Chimbote, en el 2023.

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

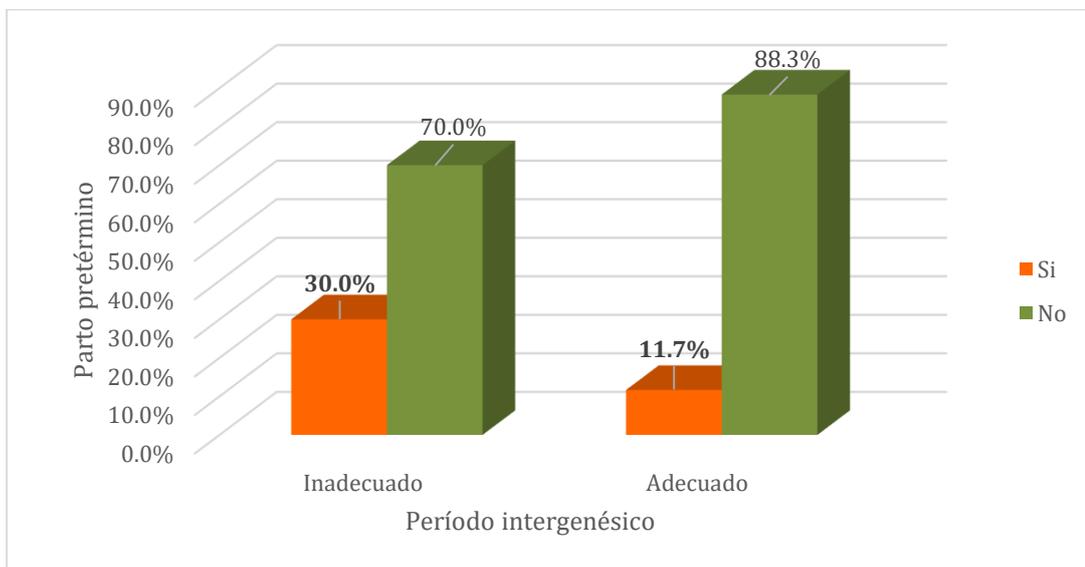
Período intergenésico	Chi-cuadrado	Parto pretérmino
		22.99
	gl	1
	Sig.	,000*

Fuente: IBM SPSS v. 29

<i>Estimación de riesgo</i>			
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Para cohorte Parto pretérmino = Si	2.57	1.73	3.82
N de casos válidos	450		

Fuente: IBM SPSS v. 29

Figura 4: Proporción de gestantes con y sin periodo intergenésico inadecuado con las que presentaron y no presentaron parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital “La Caleta”, en el 2023.



En la tabla 2 y figura 4 se observa que, de las gestantes con un período intergenésico inadecuado, el 30% tuvieron un parto pretérmino, sin embargo, de las gestantes con un periodo intergenésico adecuado, sólo el 11,7% tuvieron parto pretérmino.

La prueba de χ^2 de Pearson muestra un valor de 22,99 con un $p < 0,001$, lo que indica que la asociación entre el período intergenésico y el parto pretérmino es estadísticamente significativa. El riesgo relativo (RR) es 2,57 (IC 95%: 1,73 - 3,82). Esto significa que las gestantes con un período intergenésico inadecuado tienen 2,57 veces más riesgo de presentar parto pretérmino en comparación con aquellas con un período intergenésico adecuado. Dado que el intervalo de confianza (IC 95%) no incluye el valor 1, el resultado es estadísticamente significativo.

Tabla 3: Determinación de las variables edad materna, lugar de procedencia, estado civil, nivel de educación, paridad, control prenatal, tipo de parto y complicaciones obstétricas relacionados con parto pretérmino.

Covariables		Parto pretérmino				p
		Si		No		
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Edad materna	Adulta joven	53	15.3%	293	84.7%	0.013
	Avanzada	27	26.0%	77	74.0%	
Lugar de procedencia	Urbano	58	18.4%	257	81.6%	0.590
	Rural	22	16.3%	113	83.7%	
Estado civil	Soltera	14	25.0%	42	75.0%	0.014
	Casada	16	28.6%	40	71.4%	
	Conviviente	50	14.8%	288	85.2%	
Nivel de educación	Sin nivel	1	16.7%	5	83.3%	0.670
	Primaria	10	18.5%	44	81.5%	
	Secundaria	53	17.5%	250	82.5%	
	Superior no universitaria	2	8.3%	22	91.7%	
	Superior universitaria	14	22.2%	49	77.8%	
Paridad	Primípara	49	19.4%	203	80.6%	0.564
	Múltipara	26	15.4%	143	84.6%	
	Gran múltipara	5	17.2%	24	82.8%	
Control prenatal	Inadecuado	32	35.2%	59	64.8%	< 0,001
	Adecuado	48	13.4%	311	86.6%	
Tipo de parto	Cesarea	62	26.8%	169	73.2%	< 0,001
	Vaginal	18	8.2%	201	91.8%	
Complicaciones obstétricas	Si	47	49.0%	49	51.0%	< 0,001
	No	33	9.3%	321	90.7%	
Total		80	17.8%	370	82.2%	

Fuente: Historias clínicas del Hospital “La Caleta” de Chimbote, en el 2023.

El análisis de las covariables asociadas al parto pretérmino permite identificar las características y factores significativos en las gestantes evaluadas. Como la edad materna; las gestantes con edad avanzada presentan una mayor proporción de partos pretérminos (26,0%) en comparación con las adultas jóvenes (15,3%). La diferencia es estadísticamente significativa ($p = 0,013$).

Diferente con el lugar de procedencia; en donde no hay diferencias significativas entre las gestantes procedentes de zonas urbanas (18,4%) y rurales (16,3%) en relación al parto pretérmino ($p = 0,590$). Por el contrario, las gestantes solteras (25,0%) y casadas (28,6%) tienen mayor frecuencia de partos pretérminos en comparación con las convivientes (14,8%). La diferencia es estadísticamente significativa ($p = 0,014$).

Por otro lado, en el nivel de educación; no se observan diferencias significativas entre los niveles educativos ($p = 0,670$). Sin embargo, las gestantes con educación superior no universitaria presentan el menor porcentaje de partos pretérmino (8,3%). Así como en la paridad; no hay una asociación significativa entre la paridad y el parto pretérmino ($p = 0,564$). La proporción de partos pretérminos es similar en primíparas, multíparas y gran multíparas.

Con respecto a los CPN la diferencia es altamente significativa ($p < 0,001$). Las gestantes con controles prenatales inadecuados tienen una mayor proporción de partos pretérminos (35,2%) en comparación con aquellas con controles adecuados (13,4%). De la misma manera se encuentra diferencia altamente significativa ($p < 0,001$) en el tipo de parto, las gestantes que tuvieron parto por cesárea presentan una mayor frecuencia de partos pretérminos (26,8%) en comparación con las que tuvieron parto vaginal (8,2%). La diferencia es altamente significativa ($p < 0,001$).

Las complicaciones obstétricas; las complicaciones obstétricas están fuertemente asociadas al parto pretérmino. El 49,0% de las gestantes con complicaciones obstétricas tuvieron parto pretérmino, en contraste con el 9,3% en aquellas sin complicaciones. La diferencia es altamente significativa ($p < 0,001$).

Tabla 4-A: Análisis multivariado del periodo intergenésico inadecuado asociado a parto pretérmino, ajustado por las covariables significativas en el bivariado.

Parámetro	B	Error estándar	95% de intervalo de confianza de Wald		Contraste de hipótesis			Exp(B)	95% de intervalo de confianza de Wald para Exp(B)	
			Inferior	Superior	Chi-cuadrado de Wald	gl	p		Inferior	Superior
(Intersección)	-3.044	0.3317	-3.694	-2.394	84.216	1	0.000	0.048	0.025	0.091
[Período intergenésico inadecuado]	0.446	0.2341	-0.013	0.904	3.625	1	0.057	1.562	0.987	2.471
[Edad materna adulto joven]	-0.403	0.2414	-0.876	0.070	2.785	1	0.095	0.668	0.416	1.073
[Estado civil soltera]	0.436	0.3040	-0.159	1.032	2.061	1	0.151	1.547	0.853	2.807
[Estado civil casada]	0.647	0.2906	0.077	1.216	4.954	1	0.026	1.909	1.080	3.374
[Control prenatal inadecuado]	0.874	0.2354	0.412	1.335	13.773	1	0.000	2.396	1.510	3.801
[Tipo de parto cesárea]	0.764	0.2793	0.217	1.311	7.483	1	0.006	2.147	1.242	3.712
[Complicaciones obstétricas]	1.223	0.2434	0.746	1.700	25.257	1	0.000	3.398	2.109	5.475

Fuente: Historias clínicas del Hospital “La Caleta” de Chimbote, en el 2023.

El análisis multivariado realizado mediante regresión de Poisson permite identificar las asociaciones ajustadas entre las covariables significativas y el parto pretérmino.

En la tabla 4-A, El período intergenésico inadecuado muestra una tendencia a estar asociado con el parto pretérmino, pero no alcanza significancia estadística. Su razón de prevalencia (RP) indica un 56,2% más de probabilidad de parto pretérmino en gestantes con período inadecuado, aunque el intervalo de confianza incluye el valor nulo (1).

La edad joven parece tener un efecto protector frente al parto pretérmino, con una reducción del 33,2% en la probabilidad. Sin embargo, no es estadísticamente significativo ($p > 0,05$). Ser soltera aumenta la probabilidad de parto pretérmino en un 54,7%, pero esta asociación no es significativa. Ser casada se asocia significativamente con un aumento del 90,9% en la probabilidad de parto pretérmino. Un control prenatal inadecuado se asocia significativamente con una probabilidad 2,4 veces mayor de parto pretérmino. El parto por cesárea se asocia significativamente con un incremento de 2,1 veces en la probabilidad de parto pretérmino. La presencia de complicaciones

obstétricas es el factor con la asociación más fuerte, triplicando la probabilidad de parto pretérmino (RP = 3,398).

Las gestantes con complicaciones obstétricas, controles prenatales inadecuados y aquellas que tuvieron parto por cesárea presentan un riesgo significativamente mayor de parto pretérmino. Aunque el período intergenésico inadecuado mostró una tendencia positiva hacia el parto pretérmino, no fue estadísticamente significativo tras el ajuste. Por lo que se vuelve a realizar un análisis multivariado manteniendo el periodo intergenésico inadecuado y retirando las otras covariables que no fueron significativas.

Tabla 4-B: Análisis multivariado del periodo intergenésico inadecuado asociado a parto pretérmino, ajustado por las covariables significativas en el bivariado

Parámetro	B	Error estándar	95% de intervalo de confianza de Wald		Contraste de hipótesis			Exp(B)	95% de intervalo de confianza de Wald para Exp(B)	
			Inferior	Superior	Chi-cuadrado de Wald	gl	p		Inferior	Superior
(Intersección)	-3.139	0.2720	-3.672	-2.606	133.205	1	0.000	0.043	0.025	0.074
[Período intergenésico inadecuado]	0.490	0.2324	0.034	0.945	4.437	1	0.035	1.632	1.035	2.573
[Control prenatal inadecuado]	0.782	0.2309	0.329	1.234	11.456	1	0.001	2.185	1.390	3.436
[Tipo de parto cesarea]	0.729	0.2799	0.180	1.277	6.781	1	0.009	2.073	1.198	3.587
[Complicaciones obstétricas]	1.263	0.2423	0.788	1.737	27.160	1	0.000	3.534	2.198	5.682

Fuente: Historias clínicas del Hospital “La Caleta” de Chimbote, en el 2023.

En la tabla 4-B se muestra el análisis final mediante regresión de Poisson ajustada donde muestra asociaciones significativas entre el periodo intergenésico inadecuado y otros factores relacionados con el parto pretermo. Un período intergenésico inadecuado aumenta significativamente la probabilidad de parto pretérmino en un 63,2%. La asociación es estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Las gestantes con control prenatal inadecuado tienen una probabilidad significativamente 2,18 veces mayor de presentar parto pretérmino. Las gestantes que tuvieron parto por cesárea tienen una probabilidad significativamente 2,07 veces mayor de presentar parto pretérmino. Las complicaciones obstétricas son el factor con mayor impacto, triplicando la probabilidad de parto pretérmino (RP = 3,53) ($p < 0,001$).

2. DISCUSIÓN

Al ser el parto pretérmino un problema de salud pública por su elevada morbimortalidad que afecta el bienestar materno-neonatal y el periodo intergenésico un factor de riesgo modificable del parto pretérmino, este trabajo tiene una relevancia para poder trabajar en medidas preventivas como la planificación familiar para reducir la tasa de partos pretérminos y sus complicaciones.

Al analizar la tabla 1 que describe las características sociodemográficas de la población, se puede evidenciar que un 68.7% de las pacientes que presentaron un periodo intergenésico inadecuado fueron mujeres edad adulta jóvenes (rango de edad 15- 35 años) y 31.3% era de edad avanzada (> 35 años). Esto mismo se puede evidenciar en el estudio de Gonzales (2019), donde se encontró que el mayor porcentaje de gestantes con periodo intergenésico inadecuado tenían entre 20 a 35 años, siendo solo el 20% las pacientes > 35 años (Gonzales et al., 2019)

De las gestantes con un periodo intergenésico inadecuado, la cesárea representó el mayor porcentaje en relación al tipo de parto con un 66.7%. A diferencia del estudio de Bonafón (2021) el tipo de parto vía cesarí que tuvieron un periodo intergenésico inadecuado represento solo el 20.6% de su total (Bonafón, 2021). Con respecto a las gestantes con un periodo intergenésico inadecuado que presentaron alguna complicación obstétrica represento el 33.3% la cual mostro una asociación significativa. Tablas (2016) encontró que el 59.28% del total de su muestra de pacientes con periodo intergenésico inadecuado presentaron complicaciones obstétricas (Tablas & Ríos, 2016)

En el análisis de la segunda tabla, podemos observar que las gestantes con un periodo intergenésico inadecuado (periodo comprendido <24 meses y >60 meses), el 30% terminaron en parto pretérmino, sin embargo, de las gestantes con un periodo intergenésico adecuado (24-60 meses), solo el 11,7% tuvieron como desenlace un parto pretérmino. Esto concuerda con el trabajo realizado por Regasa (2021), en su estudio de casos y controles, mostró como resultado que las gestantes con un periodo intergenésico inadecuado el 27% terminaron en parto pretérmino, teniendo en cuenta una diferencia en la definición de periodo intergenésico inadecuado (<18 meses). Este hallazgo resalta la importancia de promover períodos intergenésicos adecuados como una estrategia de salud pública para reducir la incidencia de partos pretérmino.(Regasa et al., 2021).

En la revisión sistemática presentada por Mabrouk (2022), en uno de sus estudios revisados más próximos al rango del periodo intergenésico utilizado en nuestro estudio demuestra que el periodo intergenésico inadecuado, <24 meses y > 60 meses, es un factor de riesgo asociado al parto prematuro con un OR de 1,5 (IC 95% 1,3–1,7) y 1,1 (IC 95% 1,02-1,2) respectivamente; este resultado lo comparamos con nuestro estudio donde se evidenció a través de la prueba χ^2 de Pearson para un valor de 22,99 con un $p < 0,001$, que hay una asociación estadísticamente significativa entre el periodo intergenésico inadecuado y el parto pretérmino. Observándose además que el riesgo relativo al parto pretérmino, respecto al periodo intergenésico es de 2,57 con un intervalo de confianza al 95% (1,73 – 3,82) (Mabrouk et al., 2022)

Sin embargo, estos resultados se pueden diferenciar con un estudio hecho por Gonzales (2019), el cual demostró que el periodo intergenésico inadecuado (<24 meses) no aumenta el riesgo del parto pretérmino de una manera significativa con un valor de OR de 0.92 (IC 95% 0,76-1,12) (Gonzales et al., 2019). Resultado que difiere con el nuestro, estas diferencias podrían deberse a las características sociodemográficas de cada población, diferencia de métodos, además de que los estudios revisados no delimitan el periodo intergenésico exactamente como nuestro estudio. Por otro lado, es necesario comparar nuestros resultados con algún estudio realizado a nivel nacional. Es entonces que se puede citar el trabajo realizado por Flores (2023) donde demuestra que existe una asociación estadísticamente significativa entre el periodo intergenésico inadecuado (<18 meses) y el parto pretérmino con un valor de $p < 0,001$ (χ^2 22,826) (Flores, 2023).

Al realizar el análisis multivariado se muestra asociaciones significativas entre el periodo intergenésico inadecuado y otros factores relacionados con el parto pretérmino, estas asociaciones resaltan la importancia de fomentar períodos intergenésicos adecuados, dado su impacto en los resultados obstétricos y de salud materna.

Un período intergenésico inadecuado aumenta significativamente la probabilidad de parto pretérmino en un 63,2% (IC 95 %: 1.035–2.573, $p < 0,035$). En el estudio realizado por Rodriguez (2022) se encontró que el parto pretérmino tuvo 3,34 veces más el riesgo en gestantes con periodo intergenésico inadecuado comparado con el grupo no expuesto. (Rodriguez, 2022) A su vez, Tablas (2016) concluye que las gestantes con periodo intergenésico inadecuado corren el riesgo de presentarlo 3 veces más un parto pretérmino

(RR=3.13) (Tablas & Ríos, 2016)

Otro factor asociado es el control prenatal inadecuado, las gestantes de este grupo tienen una probabilidad significativamente 2,18 veces mayor de presentar parto pretérmino. (IC 95 %: 1390–3436, $p < 0,001$). Similar al estudio realizado por Heaman (2019), quien demostró que una atención prenatal inadecuada se asocia con una mayor probabilidad de partos pretérminos (ORa 1,15; IC95%: 1,04-1,27) (Heaman et al., 2019). Las gestantes que tuvieron parto por cesárea tienen una probabilidad significativamente 2,07 veces mayor de presentar parto pretérmino. (IC 95 %: 1198–3587, $p < 0,001$). A diferencia del estudio de Bonafon (2021) que encontró un Ods ratio es de 0.45, demostrando que no es un factor de riesgo asociado (IC 95 % 0.190 -1.090) (Bonafón, 2021).

Las complicaciones obstétricas son el factor con mayor impacto, triplicando la probabilidad de parto pretérmino (RP = 3,53). La asociación es altamente significativa (IC 95 %: 2.198–5.682, $p < 0,001$). Como el estudio realizado por Murguía (2022) quien resalta la asociación de las complicaciones obstétricas como preeclampsia y la infección de las vías urinarias con mayor riesgo de parto pretérmino con un OR: 3,714; IC 95%=1,122 - 12,301; $p= 0,032$) y (OR: 3,863; IC 95%= 1,508 - 9,896; $p= 0,005$), respectivamente. (Murguía et al., 2022)

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

2.1. CONCLUSIONES

- El mayor porcentaje de gestantes con periodo intergenésico inadecuado comprendían las edades de 15 a 35 años (68.7%) y el porcentaje restante eran gestantes mayores de 35 años. Más del 70% provenían de la zona urbana y tenían como estado civil conviviente. Con respecto a su nivel de educación el 65.3% tenían secundaria y menos del 1% eran gestantes sin nivel de estudios. En cuanto a la paridad el 62% habían tenido solo un parto previo y cerca del 5% habían tenido más de 4 partos. Cerca del 80% de las gestantes contaban con un control prenatal adecuado. El 66.7% de los partos terminaron en cesárea y solo el 33.3% presentaron complicaciones obstétricas.
- Se determinó que las gestantes con un período intergenésico inadecuado, el 30% tuvieron un parto pretérmino.
- Se determinó que las gestantes con un periodo intergenésico adecuado, sólo el 11,7% tuvieron parto pretérmino.
- La prueba de χ^2 de Pearson muestra un valor de 22,99 con un $p < 0.001$, lo que indica que la asociación entre el período intergenésico y el parto pretérmino es estadísticamente significativa. Y a su vez las gestantes con un periodo intergenésico inadecuado tienen 2,57 veces más riesgo de presentar parto pretérmino en comparación con aquellas con un periodo intergenésico adecuado.
- Al realizar el análisis multivariado mediante regresión de Poisson se confirma que los factores significativos asociados al parto pretérmino son: Período intergenésico inadecuado (RP = 1,63, $p = 0,035$). Control prenatal inadecuado (RP = 2,18, $p = 0,001$). Parto por cesárea (RP = 2,07, $p = 0,009$). Y las complicaciones obstétricas (RP = 3,53, $p < 0,001$).
- Ante nuestra hipótesis podemos concluir que si existe una asociación estadísticamente significativa entre el período intergenésico inadecuado y el parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital “La Caleta” de Chimbote en 2023.

2.2. RECOMENDACIONES

- El personal de salud debe proporcionar información de manera clara y concisa acerca del periodo intergenésico, aprovechando la estancia hospitalaria de las puérperas como momento ideal para promover el espaciamiento adecuado entre embarazos y así ellas puedan planificar su paridad teniendo en cuenta el intervalo de menor riesgo de presentar complicaciones maternas y neonatales.
- Mejorar la calidad del control prenatal podría reducir sustancialmente la incidencia de partos pretérminos. Para ello es fundamental que el equipo de salud tenga una estrecha relación con la comunidad de gestantes y así monitorear de cerca a las gestantes con mayor riesgo identificado.
- Se recomienda mayores trabajos de investigación que tomen en cuenta la definición de la OMS con respecto al periodo intergenésico inadecuado, puesto que la mayoría de investigaciones toman en cuenta un intervalo más corto <18 meses.

CAPITULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfirevic, Z., Milan, S., & Livio, S. (2013). Caesarean section versus vaginal delivery for preterm birth in singletons. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000078.pub3>
- Amaya, M. S. (2019). Periodo intergenésico prolongado como factor de riesgo para parto pretérmino, Hospital Belén de Trujillo, 2014—2018. *Universidad Privada Antenor Orrego*. <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/5660>
- Aseidu, E., Bando, D. A., Ameme, D. K., Nortey, P., Akweongo, P., Sackey, S. O., Afari, E., Nyarko, K. M., & Kenu, E. (2019). Obstetric determinants of preterm delivery in a regional hospital, Accra, Ghana 2016. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 248. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2404-6>
- Barrena, M., Quispe saravia Ildefonso, P., Flores Noriega, M., León Rabanal, C., Barrena Neyra, M., Quispe saravia Ildefonso, P., Flores Noriega, M., & León Rabanal, C. (2020). Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 66(2). <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2246>
- Bedregal, T. R. (2018). *Asociación entre intervalo intergenésico y complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno en el año 2018*.
- Bonafón, J. L. (2021). Factores de riesgo asociados a un periodo intergenésico corto en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2020. *Universidad Nacional Federico Villarreal*. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/5065>
- Cabrera, J. A., & Troncoso, C. (2017). *Manual Obstetricia y Ginecología. Octava Edición. 2017*.

- Flores, S. G. (2023). Periodo intergenésico corto asociado a complicaciones materno-perinatales en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco en el 2021. *Universidad de Huánuco*. <http://localhost:8080/xmlui/handle/20.500.14257/4168>
- Gonzales, M., Gonzales, M. P., Pisano, C., & Casale, R. (2019). *El Período Intergenésico Breve ¿Es un Factor de Riesgo?. Un Estudio Transversal Analítico*. FASGO. <https://www.fasgo.org.ar/index.php/escuela-fasgo/consensos/101-revista-fasgo/n-1-2019/1717-el-periodo-intergenesico-breve-es-un-factor-de-riesgo-un-estudio-transversal-analitico>
- Guevara, E. (2023). *La prematuridad: Un problema de salud pública | Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*. 12(1), 7-8.
- Heaman, M., Martens, P., Brownell, M. D., Chartier, M. J., Derksen, S. A., & Helewa, M. E. (2019). The Association of Inadequate and Intensive Prenatal Care With Maternal, Fetal, and Infant Outcomes: A Population-Based Study in Manitoba, Canada. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 41(7), 947-959. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.09.006>
- Huertas, E. (2018). Parto pretérmino: Causas y medidas de prevención. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3), 399-404. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2104>
- Hutcheon, J. A., Nelson, H. D., Stidd, R., Moskosky, S., & Ahrens, K. A. (2019). Short interpregnancy intervals and adverse maternal outcomes in high-resource settings: An updated systematic review. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 33(1), O48-O59. <https://doi.org/10.1111/ppe.12518>
- INEI. (2017). *Censos Nacionales 2017 – XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas*. <https://censo2017.inei.gob.pe/>

- INEI. (2018). *Compendio Estadístico 2018. Glosario de términos*.
https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1635/glosario1.pdf
- INEI. (2022). *Perú: Nacidos Vivos de Madres Adolescentes, 2019-2021*.
<https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/3586312-peru-nacidos-vivos-de-madres-adolescentes-2019-2021>
- INEI. (2023a). *Desarrollo Infantil Temprano en niñas y niños menores de 6 años de edad—Endes 2022*.
<https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/4233644-desarrollo-infantil-temprano-en-ninas-y-ninos-menores-de-6-anos-de-edad-endes-2022>
- INEI. (2023b). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, Primer Semestre 2023*.
https://proyectos.inei.gov.pe/endes/2023/ppr/Indicadores_de_Resultados_de_los_Programas_Presupuestales_%20ENDES_Primer_Semestre_2023_FT.pdf
- Instituto Nacional de Estadística. (2009). *Glosario de Conceptos*.
<https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4486&op=30279&p=1&n=20>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2019). *INEI.: Perú: Tipos y Ciclos de Vida de los Hogares, 2017*.
https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1711/
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2023). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2022*.
<https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/4233597-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2022>

- Instituto Nacional Materno Perinatal. (2023). *Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología 2023*.
<https://www.gob.pe/institucion/inmp/informes-publicaciones/4624238-guias-de-practica-clinica-y-de-procedimientos-en-obstetricia-y-perinatologia-2023>
- Koullali, B., Van Zijl, M. D., Kazemier, B. M., Oudijk, M. A., Mol, B. W. J., Pajkrt, E., & Ravelli, A. C. J. (2020). The association between parity and spontaneous preterm birth: A population based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 233.
<https://doi.org/10.1186/s12884-020-02940-w>
- Lima, N. (2018). *Factores de riesgo desencadenantes del parto pretermino en gestantes del Hospital Hugo Pesce Pescetto Andahuaylas 2016*.
<http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/1701>
- López, M. (2018). Edad materna extrema como factor de riesgo para parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2017. *Universidad Nacional Mayor de San Marcos*.
<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/9382>
- Mabrouk, A., Abubakar, A., Too, E. K., Chongwo, E., & Adetifa, I. M. (2022). A Scoping Review of Preterm Births in Sub-Saharan Africa: Burden, Risk Factors and Outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10537. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710537>
- Macías, H., Moguel Hernández, A., Iglesias Leboreiro, J., Bernárdez Zapata, I., Braverman Bronstein, A., Macías Villa, H. L. G., Moguel Hernández, A., Iglesias Leboreiro, J., Bernárdez Zapata, I., & Braverman Bronstein, A. (2018). Edad materna avanzada como factor de riesgo perinatal y del recién nacido. *Acta médica Grupo Ángeles*, 16(2), 125-132.

- MINSA. (2013). *NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MATERNA*. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf
- MINSA. (2017). *Norma técnica – Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/280854-norma-tecnica-manejo-terapeutico-y-preventivo-de-la-anemia-en-ninos-adolescentes-mujeres-gestantes-y-puerperas>
- Muche, A., Olayemi, O. O., & Gete, Y. K. (2020). Gestational diabetes mellitus increased the risk of adverse neonatal outcomes: A prospective cohort study in Northwest Ethiopia. *Midwifery*, 87, 102713. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102713>
- Murguía, F., Indacochea, S., Roque, J.C., & De La Cruz, J. (2022). *Factores de riesgo maternos asociados a parto prematuro en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo año 2018 al 2019, Lima—Perú | Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*. <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/226>
- OMS. (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
- OMS. (2023). *Nacimientos prematuros*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2019). *Manual de recomendaciones en el embarazo y parto prematuro*. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53940>

- Oyarzun, E. (2018). A PROPOSITO DE INTERVALO INTERGENESICO. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 83(1), 4-5. <https://doi.org/10.4067/s0717-752620180001000004>
- Regasa, M. T., Hinkosa, L., Besho, M., Bekele, T., Bekuma, T. T., Tsegaye, R., Hirko, G. F., Markos, J., & Wakgari, A. (2021). Predictors of preterm birth in Western Ethiopia: A case control study. *PLoS ONE*, 16(4), e0247927. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247927>
- Rodriguez, A. O. (2022). Asociación entre periodo intergenésico corto y resultados maternos y perinatales en gestantes cesareadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2019. *Universidad Ricardo Palma*. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/5278>
- Salazar F., P., Manterola D., C., Quiroz S., G., García M., N., Otzen H., T., Mora V., M., Duque P., G., Salazar F., P., Manterola D., C., Quiroz S., G., García M., N., Otzen H., T., Mora V., M., & Duque P., G. (2019). Estudios de cohortes. 1ª parte. Descripción, metodología y aplicaciones. *Revista de cirugía*, 71(5), 482-493. <https://doi.org/10.35687/s2452-45492019005431>
- Scime, N., Chaput, K. H., Faris, P. D., Quan, H., Tough, S. C., & Metcalfe, A. (2020). Pregnancy complications and risk of preterm birth according to maternal age: A population-based study of delivery hospitalizations in Alberta. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 99(4), 459-468. <https://doi.org/10.1111/aogs.13769>
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2020). Parto pretérmino. *Progresos de obstetricia y ginecología: revista oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, 63(5), 283-321.

- Tablas, M., & Ríos, V. (2016). *Período intergenésico corto: Factor de riesgo para complicaciones obstétricas*. USAC,. <https://catalogosiidca.csuca.org/Record/USAC.606500>
- Tapia, A. (2020). Factores de riesgo asociado al parto pretérmino en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Arzobispo Loayza de enero a diciembre del año 2019”. *Universidad Nacional Federico Villarreal*. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/4225>
- Toro, C. J., Barboza, J. J., Pinedo-Castillo, L., Barros-Sevillano, S., Gronerth-Silva, J. K., Galvez-Díaz, N. del C., Caballero-Alvarado, J., Toro-Huamanchumo, C. J., Barboza, J. J., Pinedo-Castillo, L., Barros-Sevillano, S., Gronerth-Silva, J. K., Galvez-Díaz, N. del C., & Caballero-Alvarado, J. (2021). Factores maternos asociados a prematuridad en gestantes de un hospital público de Trujillo, Perú. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 14(3), 287-290. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.143.1246>
- Valverde, L., & Tenorio, L. (2020). *COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MADRES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LOS LICENCIADOS, AYACUCHO 2018*. <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/3285>
- Vogel, J. P., Chawanpaiboon, S., Moller, A.-B., Watananirun, K., Bonet, M., & Lumbiganon, P. (2018). The global epidemiology of preterm birth. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 52, 3-12. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.04.003>
- World Health Organization. (2007). *Report of a WHO technical consultation on birth spacing: Geneva, Switzerland 13-15 June 2005* (No. WHO/RHR/07.1). Article WHO/RHR/07.1. <https://iris.who.int/handle/10665/69855>

- Zavala, A., Ortiz-Reyes, H., Salomon-Kuri, J., Padilla-Amigo, C., Preciado Ruiz, R., & Raymundo Preciado Ruiz. (2018). Periodo intergenésico: Revisión de la literature. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 83(1), 52-61. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262018000100052>
- Zerna, C., Fonseca-Tumbaco, R., Viteri-Rojas, A. M., & Zerna-Gavilanes, C. (2018). Identificación de factores de riesgo de parto pretérmino. Caso Hospital Enrique C. Sotomayor. *Revista Ciencia Unemi*, 11(26), 134-142.

CAPITULO VII: ANEXOS

ANEXO 1: CÁLCULO DE MUESTRA

Tabla 1. Características generales de la población estudiada según longitud de periodo intergenésico, en gestantes cesareadas anteriores del Hospital María Auxiliadora, 2019.

	Periodo Intergenésico Corto N=150	Periodo Intergenésico Normal N=300	Total N=450
Número de Partos Pretérmino			
0	134 (89,3%)	289 (96,3%)	423 (94,0%)
1	14 (9,3%)	11 (3,7%)	25 (5,6%)
2	2 (1,3%)	0 (0,0%)	2 (0,4%)

$$P1 = 16/150 = 10,7\%$$

$$P2 = 11/300 = 3,7\%$$

$$\Phi = 300/150 = 2$$

ANEXO 3: BASE DE DATOS ELABORADO POR AUTORES

# De Ficha	Edad materna	Lugar de procedencia	Nivel de educación	Estado civil	Paridad	Término de gestación (en semanas)	Tipo de parto	Control prenatal	Periodo intergenésico	Complicaciones obstétricas

ANEXO 4: CONSTANCIA DE APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
SECRETARÍA FACULTAD CIENCIAS
CONSEJO FACULTAD DE CIENCIAS
Av. Universitaria S/N - Urb. Bellamar - Nvo. Chimbote
Teléf. 31-0443 Anexo 1028

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Transcripción de Resolución N° 228-2024-UNS-CFC
Nuevo Chimbote, 28 de junio de 2024

N° EXP: 09/07/24
10:00

Visto el Oficio N° 327-2024-UNS-FC-EPHM, de fecha 19.06.2024, de la Escuela Profesional de Medicina Humana, y el acuerdo 17 de la sesión ordinaria presencial N° 08-24, de Consejo Facultad de Ciencias, de fecha 20.06.2024, y Expediente de tesis N° 1016-2024;

CONSIDERANDO:
Que, por Resolución Decanatural N° 077-2024-UNS-FC, de fecha 28.02.2024, se nombró al **MC. MG. LUIS FERNANDO SANCHEZ REYNA**, docente adscrito al DATMH - Facultad de Ciencias, como **Asesor (a)** del Proyecto de Tesis intitulado: **"PARTO PRETÉRMINO Y PERÍODO INTERGENÉSICO INADECUADO EN EL HOSPITAL "LA CALETA" DE CHIMBOTE, 2023"**, de los señores **CRISTHIAN MARVIN CANO HORNA** (Cód. 0201524025), y **VALERY GUISELL VELASQUEZ RUIZ** (Cód. 0201724039), de la Escuela Profesional de Medicina Humana; Que, con Resolución N° 208-2024-UNS-CFC, de fecha 14.06.2024, se nombró el Jurado Evaluador efectuada por la Comisión Permanente de Tesis EPMH, para el Proyecto de Tesis intitulado: **"PARTO PRETÉRMINO Y PERÍODO INTERGENÉSICO INADECUADO EN EL HOSPITAL "LA CALETA" DE CHIMBOTE, 2023"**, de los señores **CRISTHIAN MARVIN CANO HORNA** (Cód. 0201524025), y **VALERY GUISELL VELASQUEZ RUIZ** (Cód. 0201724039); integrado por los siguientes: MC. Esp. Carlos Aréstegui Ramos - Presidente (a), MC. Esp. Luis Paz Luna - Integrante - Secretario, MC. Mg. Luis Fernando Sánchez Reyna - Integrante, y MC. Esp. Armando Delvi More Valladares - Accesitario (a);
Que, mediante Informe s/n-PJE/CAR, de fecha 18.06.2024, la (e) Presidenta (e) del Jurado Evaluador, comunicó que los alumnos responsables cumplieron con subsanar las observaciones efectuadas al Proyecto de tesis intitulado: **"PARTO PRETÉRMINO Y PERÍODO INTERGENÉSICO INADECUADO EN EL HOSPITAL "LA CALETA" DE CHIMBOTE, 2023"**; por lo que el Jurado en Pleno **APROBÓ** el Proyecto de Tesis antes señalado;
Que, mediante Oficio N° 327-2024-UNS-FC-EPHM, de fecha 19.06.2024, el Director (e) de la Escuela Profesional de Medicina Humana, alcanzó las actas respectivas, y comunicó la aprobación del proyecto de tesis antes indicado, y solicitó al señor Decano de la Facultad de Ciencias la oficialización mediante la Resolución correspondiente;

Que, el Consejo Facultad de Ciencias, en su sesión ordinaria presencial N° 08-24, de fecha 20.06.2024, y de conformidad al Art. 60° Reglamento General de Grados y Títulos (Resolución N° 337-2024-CU-R-UNS, de fecha 12.04.2024), **ACORDÓ: APROBAR**, el proyecto de Tesis intitulado: **"PARTO PRETÉRMINO Y PERÍODO INTERGENÉSICO INADECUADO EN EL HOSPITAL "LA CALETA" DE CHIMBOTE, 2023"**, de los señores **CRISTHIAN MARVIN CANO HORNA** (Cód. 0201524025), y **VALERY GUISELL VELASQUEZ RUIZ** (Cód. 0201724039);

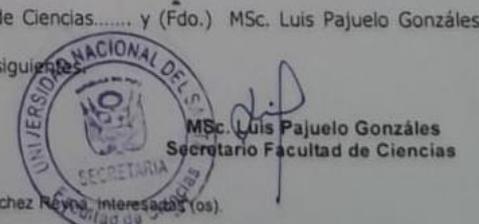
Estando a las consideraciones establecidas, a lo solicitado, a lo acordado por el Consejo Facultad de Ciencias, y en uso de las atribuciones que le concede la Ley Universitaria 30220, el Estatuto UNS, y normas conexas;

SE RESUELVE:

1° APROBAR, el Proyecto de Trabajo de Investigación intitulado: **"PARTO PRETÉRMINO Y PERÍODO INTERGENÉSICO INADECUADO EN EL HOSPITAL "LA CALETA" DE CHIMBOTE, 2023"**, de los señores **CRISTHIAN MARVIN CANO HORNA** (Cód. 0201524025), y **VALERY GUISELL VELASQUEZ RUIZ** (Cód. 0201724039), de la Escuela Profesional de Medicina Humana (Art. 60° Reglamento General Grados y Títulos - Resolución N° 337-2024-CU-R-UNS, de fecha 12.04.2024).

2° ESTABLECER, que el tiempo de ejecución del proyecto tiene una vigencia de dos (2) años y se computa a partir del **18.06.2024**, fecha estipulada en el acta de aprobación (Art. 62° Reglamento General de Grados y Títulos - Resolución N° 337-2024-CU-R-UNS, de fecha 12.04.2024).

Regístrese, comuníquese, cúmplase, y archívese.
(Fdo.) Dr. Herón Morales Marchena, Decano Facultad de Ciencias..... y (Fdo.) MSc. Luis Pajuelo Gonzáles, Secretario Facultad de Ciencias.
Lo que transcribo a usted para conocimiento y fines consiguientes.


MSc. Luis Pajuelo Gonzáles
Secretario Facultad de Ciencias

Distribución:
VRAC, DINI, EPMH, Integrantes JE, Asesor (a), MC. Mg. Luis Sánchez Reyna, interesados (os).

**ANEXO 5: PERMISO PARA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DEL HOSPITAL
“LA CALETA”**

**UNS**
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

CARGO

FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

CARTA DE PRESENTACIÓN N° 032 /2024 -EPMH

Nuevo Chimbote, 16 de julio de 2024

Señor:
DR. ANTONIOSOLORZANO PEREZ
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL LA CALETA
NUEVO CHIMBOTE

**ASUNTO: SOLICITO BRINDAR INFORMACION A ESTUDIANTE DE EPMH-
UNS - ACCESO A HISTORIAS CLINICAS**

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo, y al mismo tiempo solicito que a través de su despacho se les brinde acceso mediante el software de estadística e informática para obtener información a historias clínicas a los estudiantes de la Escuela de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Santa; información que servirá para el desarrollo de su proyecto de tesis denominado: **"PARTO PRETÉRMINO Y PERÍODO INTERGENÉSICO INADECUADO EN EL HOSPITAL "LA CALETA" DE CHIMBOTE, 2023"** cuyos autores son:

CANO HORNA CRISTHIAN MARVIN código: N° 0201524025
DNI N° 7408945.

VELASQUEZ RUIZ VALERY GUISELL código: N° 0201724039
DNI N° 7281320.

Motivo por el cual, pido a usted les brinde las facilidades necesarias para el desarrollo y ejecución del trabajo de investigación quienes cuentan con la asesoría del MC. Mg. **LUIS FERNANDO SANCHEZ REYNA**.

Con la seguridad de su apoyo y comprensión, le reitero mi consideración y estima personal

Atentamente


MC. Mg. Jorge Luis Solar Rossel
Director de la EPMH



Escuela Profesional de Medicina Humana: Av. Central S/N° - Urb. Buenos Aires (Campus II)
Teléfonos: 310445 - 1127 - emph@uns.edu.pe

Juris a Viano
2:00 u 6:00 pm