



Universidad
Norbert Wiener

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA**

Tesis

Estado nutricional y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital

Lima Este Vitarte año 2024

**Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Obstetricia**

Presentado por:

Autora: Raymundo Torres, Katia Maily

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-8895-1741>

Asesor: Dr. Bobadilla Minaya, David Elías

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8283-3721>

Lima – Perú

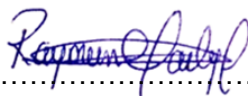
2025

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, Katia Maily, Raymundo Torres egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Obstetricia** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación "Estado nutricional y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Lima Este-Vitarte año 2024" Asesorado por el docente: Bobadilla Minaya, David Elias DNI 08367748 tiene un índice de similitud de (20) (veinte) % con código OID 14912:480239159 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
Firma de autor 1

Nombres y apellidos: Katia Maily, Raymundo Torres.

DNI: 72555037



.....
Firma

Nombres y apellidos del Asesor: Bobadilla Minaya, David Elias

DNI: 08367748

Lima, 13 de agosto de 2025

DEDICATORIA:

A dios, ya que gracias a él eh logrado concluir mi carrera. Esta tesis está dedicada a mis padres por permanecer siempre a mi lado apoyándome, brindándome su apoyo y sus consejos para hacer de mí una mejor persona, también por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, este logro se lo debo a ustedes.

Gracias papá por enseñarme a no rendirme nunca de mis sueños y que no debo renunciar nunca por más obstáculos que se me presenten.

A mi madre a quien le debo mi vida y amo infinitamente.

A mi pareja Aimar por apoyarme siempre, por confiar en mí, por motivarme constantemente para alcanzar mis metas y por todo su amor. A mi hijo Derek por ser mi fuente de inspiración y motivación para lograr cada meta y llegar a ser un ejemplo para él.

AGRADECIMIENTO:

A Dios por iluminar mi camino y siempre acompañarme en cada logro que me propongo.

A mi asesor Dr. David Bobadilla Minaya por haberme guiado en este proceso de forma permanente en mi tesis, por su apoyo y paciencia brindada hacia mi persona.

Al Hospital Lima Este -Vitarte y el área de Docencia e investigación por permitirme el desarrollo de mi estudio .

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA.....	2
1.1. Planteamiento de problema	2
1.2. Formulación del problema.....	4
1.2.1. Problema general	4
1.2.2. Problemas específicos	4
1.3. Objetivos de la investigación	4
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación de la investigación	5
1.4.1. Teórica.....	5
1.4.2. Metodológico.....	6
1.4.3. Práctica.....	7
1.5. Limitaciones de la investigación.....	8
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	9
2.1. Antecedentes de la investigación	9
2.2. Bases teóricas	14
2.2.1. Estado nutricional durante la preconcepción.....	14
2.2.2. Estado nutricional durante la gestación.....	14
2.2.3. Valoración nutricional de la gestante	14
2.2.4. Necesidades de energía y nutrientes	15
2.2.5. Clasificación del estado nutricional según índice de masa corporal pregestacional	16
2.2.6. Ganancia de peso gestacional.....	16
2.2.7. Macronutrientes en el embarazo	17
2.2.8. Micronutrientes en el embarazo	19
2.2.9. Parto Pretérmino.....	23
2.2.10. CLASIFICACIÓN.....	24
2.2.11.1. Factores sociodemográficos	25
2.2.11.2. Factores Maternos.....	26
2.2.11.3. Factores neonatales	29
2.2.11.4. PUERBAS DIAGNOSTICAS	31
2.2.11.5 Manejo del Parto Pretérmino.....	31
2.3. Formulación de hipótesis	33

2.3.1. Hipótesis general.....	33
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	34
3.1. Método de la investigación.....	34
3.2. Enfoque de la investigación	34
3.3. Tipo de investigación	34
3.4. Diseño de investigación	34
3.5. Población, muestra y muestreo.....	35
3.5.1. Población.....	35
3.5.2. Muestra	36
3.5.3. Muestreo	36
3.6. Variable y operacionalización.....	37
3.7. Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	39
3.7.1. Técnica	39
3.7.2. Descripción de instrumentos.....	39
3.7.3. Validación	39
3.7.4. Confiabilidad.....	39
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos.....	40
3.9. Aspectos éticos	40
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	41
4.1 Resultados	41
4.1.1 Análisis descriptivo de los resultados	41
4.2 Prueba de Hipótesis.....	47
4.3 Discusión de resultados	49
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	52
5.1 Conclusiones.....	52
5.2 Recomendaciones.....	53
Referencias.....	54
Anexos.....	67
Anexo 1: Matriz de consistencia	68
Anexo 2: Instrumento	69
Anexo 3: Validez de instrumento	71
Anexo 4: Aprobación de comité de ética	75
Anexo 5: Carta de aprobación de la institución para la recolección de datos	76
Anexo 6: Informe de Turnitin	78

Índice de tablas

Tabla 1: Evaluación antropométrica del estado nutricional de gestantes con Parto Pretérmino atendidas en el Hospital Lima Este-Vitarte 2024.	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 2: Evaluación bioquímica nutricional del estado nutricional en gestantes con parto pretérmino atendidas en el Hospital Lima Este-Vitarte 2024.	42
Tabla 3: Factores sociodemográficos asociados con parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Lima Este-Vitarte 2024.	43
Tabla 4: Factores Maternos asociados con parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Lima Este-Vitarte 2024.	45
Tabla 5: Relación entre el estado nutricional y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Lima Este-Vitarte año 2024.	47

Resumen

El presente estudio fue planteado con el objetivo de establecer la relación entre el estado nutricional y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Lima Este-Vitarte 2024. Material y métodos: Se realizó un estudio cuantitativo, investigación básica, diseño observacional, descriptivo, correlacional, retrospectivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 140 gestantes para el estudio. La técnica que se utilizó fue la revisión de historias clínicas y el instrumento una ficha de recolección de datos. El análisis de datos se realizó con el software SPSS empleando la prueba de chi-cuadrado para evaluar la relación entre variables. Los resultados obtenidos en la prueba estadística de análisis se obtuvieron que el IMC Pregestacional si tiene relación con el estado nutricional con un valor de $p=0,028$ ($p<0,05$). Se encontró que el 42% tiene un IMC Pregestacional normal, la ganancia de peso durante la gestación prevaleció las que tienen Sobrepeso y el 68% no presento anemia. En su mayoría eran de edad adulta, grado de instrucción con secundaria completa, son conviviente y ama de casa. Por otro lado, el 47% tienen entre 1-2 hijos, 60% controles prenatales en el primer trimestre, 32% un periodo intergenésico >4años, 97% no tiene antecedentes de parto prematuro, 63% no tiene aborto y 66% no presento ninguna enfermedad durante el embarazo. Como conclusión el estado nutricional y parto pretérmino si están asociados al IMC Pregestacional en gestantes que fueron atendidas en el Hospital Lima Este-Vitarte 2024.

Palabras clave: nutrición, parto pretérmino, gestantes.

Abstrac

This study was designed to establish the relationship between nutritional status and preterm birth in pregnant women treated at the Lima Este-Vitarte 2024 Hospital. Materials and methods: A quantitative, basic research, observational, descriptive, correlational, retrospective cross-sectional study was conducted. The sample consisted of 140 pregnant women for the study. The technique used was the review of medical records, and the instrument used was a data collection form. Data analysis was performed with SPSS software using the chi-square test to evaluate the relationship between variables. The results obtained in the statistical analysis test showed that pre-pregnancy BMI is related to nutritional status with a value of $p=0.028$ ($p<0.05$). It was found that 42% had a normal pre-pregnancy BMI, weight gain during pregnancy was prevalent among those who were overweight, and 68% did not have anemia. Most were adults, had completed secondary education, were cohabiting, and were housewives. On the other hand, 47% had between 1-2 children, 60% had prenatal checkups in the first trimester, 32% had an intergenetic period >4 years, 97% had no history of premature birth, 63% had no abortions, and 66% did not present any illness during pregnancy. In conclusion, nutritional status and preterm birth are associated with pre-pregnancy BMI in pregnant women who were treated at the Lima Este-Vitarte Hospital in 2024.

Keywords: nutrition, preterm birth, pregnant women.

INTRODUCCIÓN

El estado nutricional de la gestante es un factor determinante en el desarrollo del embarazo y en los desenlaces obstétricos. Diversos estudios han evidenciado que deficiencias o excesos nutricionales pueden influir en la aparición de complicaciones, entre ellas el parto pretérmino, que representa uno de los desafíos más significativos en la salud pública global y constituye la principal causa de mortalidad neonatal e importante contribuyente a la morbilidad a corto y largo plazo. La presente investigación tiene una estructura de 5 capítulos.

Capítulo I: Planteamiento del problema, en la que se describe la situación del estado nutricional y parto prematuro como un problema de salud pública a nivel mundial, Latinoamérica y en nuestro País, por lo que se realiza la formulación del problema, se describe la justificación del estudio y sus limitaciones, y se plantean los objetivos.

Capítulo II: Marco teórico, donde se ha realizado la recopilación de antecedentes nacionales e internacionales de investigadores realizadas y consideraciones conceptuales teóricas que sustentan la investigación, así mismo se formulan hipótesis de investigación con finalidad de explicar y dar respuesta a nuestros objetivos.

Capítulo III: Metodología, se explica el método, el enfoque, tipo y diseño de la investigación que se ha utilizado. Se describe la población y la muestra, de igual manera la técnica de recolección, procesamiento y análisis de datos. Los aspectos éticos se encuentran explicados en la investigación.

Capítulo IV: Presentación y discusión de los resultados, se evidencian a través de tablas y gráficos los resultados según los objetivos del estudio y formulación de la hipótesis.

Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones, se resumen los resultados obtenidos que permiten comprobar la hipótesis formulada y cumplir con los objetivos planteados. Así mismo se realizaron recomendaciones de acuerdo a las conclusiones.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento de problema

El estado nutricional de las mujeres durante la gestación es importante evaluar la ingesta de alimentos, ya que puede afectar al desarrollo del bebé y pueden surgir complicaciones que comprometan tanto a la madre como al feto. Desde el punto de vista nutricional durante la gestación y la lactancia materna requieren de una nutrición específica como el hierro, yodo, zinc, calcio y folato, ya que antes del embarazo se necesita una buena alimentación con el fin de acumular las reservas suficientes para la gestación (1). En cuanto a los nacimientos prematuros alrededor del mundo es la principal causa de mortalidad neonatal y de niños menores de 5 años. En el 2019, 900 000 niños fallecieron por alguna complicación que está relacionada con el parto prematuro, hasta ahora se sigue investigando cuales son las causas y los mecanismos del parto prematuro, las causas son la hipertensión arterial, las infecciones, diabetes y embarazos múltiples. Por otra parte, los partos prematuros acontecen con más frecuencia en Asia meridional y África Subsahariana. (2).

Durante los últimos años, en varias partes del mundo se ha evidenciado que las gestantes tienen un estado nutricional inadecuado, un claro ejemplo, es el país de la India y Egipto la tasa de desnutrición de mujeres embarazadas supera el 75% y 39.2%, en Estados Unidos se reportó una cifra del 12% en la Ciudad de los Ángeles y en San Francisco el 9.7% (3).

En un informe de las naciones unidas para la infancia (UNICEF) en el año 2020 se evidencio que la prevalencia de la desnutrición aguda en mujeres embarazadas y lactantes aumento de 5,5 millones a 6,9 millones, los países más afectados con esta crisis alimentaria alrededor del mundo son: Nigeria, Somalia, Sudán del Sur, Sudán, Yemen, Níger, Malí, Kenya, Chad, Afganistan, Burkina y Etiopía (4).

En América Latina en Chile se demostró que 15.2%, sufren de desnutrición en la gestación, al igual que en Venezuela con 16.9%, Bolivia 16.7% y Brasil 18.8% respectivamente (3). En los países con mayor ingreso la tasa de mortalidad es 3 muertes por cada 1000 nacimientos prematuros, en los países con menos ingresos la tasa va de 27 muertes por cada 1000 nacimientos, por ejemplo, en Nigeria se reporta 46 muertes por cada 1000 nacidos. Así mismo se evidenció que 135 000 niños nacen prematuros en Latinoamérica. El país con mayor tasa de nacimientos prematuro por cada 100 en primer lugar es Costa Rica con 13,6%, El Salvador 12,8%, Honduras 12,2 %, Bolivia 9,0%, Colombia 8,8%, Venezuela 8,1%, Paraguay 7,8%, Perú 7,3%, Chile 7,1%, Cuba 6,4%, por último, Ecuador 5,1% (5).

En el Perú según la “Guía Técnica para la valoración nutricional antropométrica de la gestante” la malnutrición es considerado de elevado riesgo por ello se debe dar asesoría nutricional para una alimentación y una vida saludable y los exámenes bioquímicos que son complementos de la valoración nutricional antropométrica (6) En el año 2011 el Ministerio de Salud reportó que el 46,8% padecían de sobrepeso y el 16.1% de obesidad (7).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud (INS) entre el año 2009 y 2019 se informó que hubo un incremento en el peso de las gestantes y su relación con la semana de gestación con el 30.4% a 44% (8).

Por tanto, se ha evidenciado que la mala alimentación durante la gestación de la madre afecta notoriamente al desarrollo placentario fetal, causando un incremento de la morbilidad perinatal, por ejemplo, neonatos con bajo peso y retardo del crecimiento intrauterino (9). El bajo consumo de alimentos saludables es uno de los problemas sociales que afectan a la costa sur de nuestro país en la mayoría de las regiones el 50% sufren de sobrepeso en la gestación, también se evidenció un índice más alto en Tacna y Moquegua con 63.2% y 58.2%. Por tanto, las gestantes que padecen de

sobrepeso u obesidad son más propensas a desarrollar alguna complicación obstétrica y morbilidad en la madre e hijo. Entre las complicaciones que se pueden presentar es la muerte fetal intrauterina, aborto espontáneo, preeclampsia, parto por cesárea, parto prematuro y macrosomía fetal (7).

Entre el año 2016 hasta el 2021 hubo 17.614 partos prematuros que se atendieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal, donde el 1% peso menos de 1000 gr, 2% pesaron 1500-1000 gr, y el 9% peso 2500-1500. Por otra parte, se estima que en el Perú existe un promedio de 30.000 nacimientos prematuros al año y 2000 defunciones, pues se reporta que en nuestro país los nacimientos prematuros van en aumento (10).

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre el estado nutricional y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Lima Este-Vitarte año 2024?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la evaluación antropométrica del estado nutricional en gestantes con parto pretérmino?
- ¿Cuál es la evaluación nutricional bioquímica del estado nutricional en gestantes con parto pretérmino atendidas en el Hospital Lima Este-Vitarte?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas en gestantes con parto pretérmino?
- ¿Cuáles son los factores maternos en gestantes con parto pretérmino?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Establecer la relación entre el estado nutricional y parto pretérmino en gestantes.

1.3.2. Objetivos específicos

- Describir la evaluación antropométrica pregestacional del estado nutricional en gestantes con parto pretérmino.
- Describir la evaluación nutricional bioquímica del estado nutricional en gestantes con parto pretérmino.
- Identificar las características sociodemográficas en gestantes con parto pretérmino.
- Examinar los factores maternos en gestantes con parto pretérmino

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

El estado de nutrición de la gestante es un conflicto de salud pública, ya que incrementa riesgos obstétricos, neonatales, de presentarse diversas enfermedades y complicaciones durante el embarazo y parto; como el parto pretérmino, debido a que desempeña un papel esencial en la adecuada formación y desarrollo del feto, en la modulación de los procesos que controlan su duración, salud reproductiva de las mujeres y en la prevención de complicaciones.

Estudios epidemiológicos y experimentales han demostrado que el estado nutricional materno deficiente, con índice de masa corporal (IMC) anormal, dietas hipoproteicas, falta de micronutrientes específicos y la malnutrición por deficiencia o exceso calórico puede alterar los mecanismos fisiológicos y fisiopatológicos del embarazo, como la integridad de la placenta y los procesos inflamatorios; los cuales están correlacionadas con mayor riesgo de parto pretérmino; por lo que es importante su detección precoz para el manejo oportuno en la etapa prenatal ya que existen evidencias que sugieren que su abordaje mejorará los resultados de la morbilidad neonatal e infantil como la suplementación con hierro, ácido

fólico y omega-3 en poblaciones vulnerables; sin embargo, aún existen brechas en el conocimiento sobre como estos factores interactúan para influir en el resultado gestacional.

Esta investigación busca aportar datos actualizados que permitirá documentar evidencia científica de este factor modificable que representa un problema social y que oriente a nuestras autoridades a entender esta relación para formular guías clínicas que mejoren la salud materno-infantil mediante estrategias de prevención nutricionales, establecer recomendaciones basada en evidencia y el manejo oportuno de las complicaciones; mediante de guías públicas que mejoren la salud materno-infantil, con énfasis en la prevención de partos pretérmino.

Además, busca incrementar el conocimiento existente que servirá de referencia para futuras investigaciones similares; y de este modo contribuir a los investigadores que utilicen los resultados de este estudio como antecedente de investigación.

1.4.2. Metodológico

Metodológicamente, el presente estudio se realizará de acuerdo con las normas de un trabajo de investigación y utilizando el método científico. Se desea confirmar que la metodología usada representa una investigación con un diseño y desarrollo aceptado que permitirá conocer la relación de la nutrición con el parto pretérmino.

El uso del instrumento de recolección de datos validado a través de juicio de expertos y su confiabilidad obtenida mediante el alfa de Cronbach favorecerá el registro y procesamiento de los datos provenientes de las historias clínicas y garantizará la precisión en la evaluación de esta relación y servirá para trabajos similares.

El empleo de técnicas estadísticas como regresión logística o modelos bivariados permitirá determinar esta relación y la representatividad de la población del Hospital de Lima Este-Vitarte, asegura que los resultados puedan ser aplicados en contextos locales y puedan ser extrapolados a nivel nacional; sin embargo, se requieren ensayos clínicos aleatorios que evalúen los beneficios de las intervenciones nutricionales previas a la concepción para confirmar los resultados de los estudios observacionales.

1.4.3. Práctica

El problema de la alimentación en la gestación es un problema que se presenta con frecuencia, por lo que conocer la relación entre el estado nutricional y el parto pretérmino permitirá a nuestras autoridades, incluir políticas y estrategias nacionales que garanticen el acceso a los alimentos y a los diversos servicios de salud. Los resultados hallados podrían integrarse en protocolos promoviendo una atención prenatal que incluya intervenciones nutricionales específicas especialmente en gestantes de grupos de riesgo que han sido identificadas con evaluación nutricional no adecuada.

Es de importancia clínica, que toda mujer que desee gestar debe formar parte fundamental del control prenatal y del monitoreo de su nutrición, la cual debe iniciarse en el periodo preconcepcional mediante el asesoramiento nutricional para planificar la ganancia de peso óptima, la alimentación y suplementación que requiera mediante la proposición de una intervención dietético-nutricional que pueda responder a las necesidades de las gestantes y de los recién nacidos en riesgo requieran, lo cual permitirá brindarles una mejor calidad de vida y disminuir el uso de recursos económicos a largo plazo.

1.5. Limitaciones de la investigación

Una de las limitaciones que se presentaron es la escasez de artículos y tesis fuera del periodo de tiempo establecido para la investigación.

Por otra parte, la demora de una respuesta por parte de Docencia del Hospital, ya que se tiene que pasar por diferentes departamentos de servicios para la aprobación de la investigación y así acceder a las Historias clínicas, también datos incompletos para la recolección de la información.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

NACIONALES

Rios (11) en su estudio realizado en el año 2022, tuvo como objetivo “determinar la relación de la evaluación nutricional y las complicaciones materno perinatales en el Hospital Militar central”. Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, correlacional, diseño no experimental de corte transversal, su población estuvo compuesta por 121 gestantes del Hospital militar central. Los resultados mostraron que las gestantes que tuvieron el IMC elevado el 37.2% tienen obesidad y sobrepeso, por otro lado, el 27.3% tuvieron una ganancia excesiva a comparación de una ganancia de peso adecuado fue el 72.7%. Con respecto a las complicaciones materno perinatales se observó que el 70.2% no presentaron ninguna complicación, mientras que el 29.8% si presentaron alguna complicación. El 32.3% presento macrosomía, seguido por infección del tracto urinario y preeclampsia con el 21%. Así mismo se halló oligoamnios con el 6.5% y 3.2% recién nacido con bajo peso. El autor evidencio que hay una significativa relación entre el estado nutricional y complicaciones materno perineales.

Minaya, et al., (12) en su estudio realizado en el año 2020-2021, el cual tuvo como objetivo “determinar la relación de la anemia y la amenaza de parto pretérmino en gestantes del Hospital Carlos Lan-Franco La Hoz”. Su estudio fue observacional, retrospectivo analítico de caso y control, la población está conformada por 240 gestantes del servicio de ginecobstetricia de los cuales hubo 120 casos de parto pretérmino y 120 partos normales fueron controles. En los resultados que se obtuvieron de esta investigación las gestantes mostraron que el 36.7% tuvo anemia. Con respecto con los casos de parto pretérmino fue de 48.3% y en los controles el 28.3%. Por otro lado, se observó que el 14.6% presentaron obesidad y el 36.7% presentaron anemia, así mismo el análisis multivariado muestra que la anemia y controles prenatales insuficientes se

encuentran asociadas significativamente con la amenaza de parto pretérmino. Los autores concluyeron que presentar anemia durante la gestación es un factor significativo para desarrollar un cuadro de amenaza de parto pretérmino, también se demostró que la falta de controles prenatales es un factor riesgo, ya que de esa manera podemos se puede evitar cualquier complicación a tiempo.

Murguía, et al., (13) estudio publicado 2021, tuvo como objetivo “determinar los factores de riesgo maternos que predisponen a parto prematuro en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo. El estudio es analítico, observacional, retrospectivo de tipo casos y controles. Los datos recolectados fueron de 180 historias clínicas de gestantes adolescentes de los cuales se dividieron en 60 caso y 120 controles. En los resultados mostraron que el 55% tuvo anemia, anemia leve 25%, anemia moderada 20%, no se hallaron gestantes con anemia severa. Por otro lado, el parto prematuro se encuentra estrechamente asociado en primer lugar con anemia, segundo lugar preeclampsia y por último infección urinaria Los autores concluyeron que las variables más asociadas a un parto prematuro es la infección urinaria, preeclampsia y anemia. Así mismo hay varios factores maternos que pueden provocar un parto prematuro, pero la principal causa es idiopática.

Rojas y Rosario (14) en su estudio realizado en el año 2021 tuvo como objetivo fue “determinar la Frecuencia de malnutrición y de las complicaciones que se asocian a esta, en gestantes atendidas en el Hospital Belén de Lambayeque, abril 2019-2020. Se realizo estudio correlacional, transversal, observacional, retrospectivo. Los datos recolectados fueron de 360 historias clínicas de pacientes gestantes. En los resultados obtenidos evidencian que 89,72% de gestantes presentan malnutrición según los parámetros evaluados entre ellos: el IMC pregestacional, ganancia de peso y nivel de hemoglobina en las mencionadas las alteraciones más recurrentes fueron anemia leve y sobrepeso pregestacional, cabe precisar que 89,5% presentaron complicaciones

obstétricas como: ITU, amenaza de aborto, RPM, desgarros perinatales, distocias funiculares. En cuanto al producto 17,55% mostró repercusiones en la edad gestacional con alteraciones del peso al nacer. Los autores concluyeron que las pacientes con malnutrición presentan complicaciones obstétricas y secuelas en el producto.

Villarreyes (15) En su estudio realizado en el año 2021, tuvo como objetivo “determinar la asociación entre el estado nutricional y las complicaciones materno-perinatales en gestantes que acuden a su control prenatal en el E.S Pachitea I-4 Piura”. Su estudio es de enfoque cuantitativo, observacional, correlacional, retrospectivo de corte transversal, la población estuvo conformada por 365 gestantes. Los resultados que se obtuvieron indican que las gestantes presentan un IMCP normal de 40.1%, el 36.4% tienen sobrepeso, 20.3% obesidad, por último, el 3.2% bajo peso. Con respecto a la ganancia de peso en la gestación el 41.2% tiene bajo peso, el 24.6% obtuvo una ganancia excesiva. Así mismo las complicaciones más frecuentes que se presentaron fue infección del tracto urinario 78.6%, anemia 21.9%, Hiperémesis gravídica 5.3%, RPM 5.9%, parto pretérmino 4.8%, por último, el 4.3% fue amenaza de parto pretérmino. Se concluye que la infección del tracto urinario se encuentra relacionado con el estado nutricional, ya que si hay alguna alteración en la nutrición puede presentarse varias veces, por otro lado, la ganancia de peso se encuentra relacionado con amenaza de parto pretérmino.

INTERNACIONALES

Panduro, et al., (16) En su estudio realizado en el año 2021, tuvo como objetivo “Determinar las complicaciones maternas y perinatales más frecuentes en mujeres embarazadas y con obesidad”. Se realizó un estudio transversal, comparativo, la población estuvo conformada por 380 gestantes. Para recopilar los datos se hizo una comparación de un grupo de pacientes con IMC mayor de 30 kg con gestación única, que sea mayor de 29 semanas de gestación contra un grupo control con IMC Normal y de la misma cantidad de embarazadas con gestación única y gestantes de 29 semanas.

Los resultados evidenciaron que las gestantes del grupo A que presentaron obesidad varia de 30.2 a 42 con una media de 35.8 kg fueron de mayor edad, mientras que el grupo B fue menor de 20.1 a 24.9 con una media de 22.3kg/m², por otro lado, las complicaciones que se presentaron fueron amenaza de aborto el grupo A 23.9% y grupo B 12.3%, trastornos hipertensivos el grupo A 17.8%, el grupo B 4.4% , partos pretérminos del grupo A se evidencio 8.1% en el grupo B 7.6%, con respecto a la ruptura prematura de membrana en grupo A 7.1% y grupo B 6.8% y desprendimiento de placenta normal inserta 2.1 % y el grupo B 0.5%. Los autores concluyeron que las mujeres con obesidad son más propensas a presentar alguna complicación materna y perinatal.

Sangucho (17) En su estudio realizado en el 2021 cuyo objetivo fue “determinar la relación del estado nutricional con complicaciones en el embarazo, parto y puerperio en las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Latacunga”. Se realizó un estudio observacional descriptivo, transversal, prospectivo, cuya población estuvo constituida por 96 gestantes que se realizó mediante fichas medicas que cumplieron todos los criterios requeridos. En los resultados obtenidos por el autor el 36.46% tienen un peso adecuado, 35.42% tienen sobrepeso, 16.67% obesidad. Con respecto a las complicaciones maternas se evidencio que el 10.68% padecieron de infección del tracto urinario, segundo lugar anemia 7.77%, tercer lugar el 5.83% tienen vaginosis, el 3.88% tuvieron amenaza de parto pretérmino y por último placenta previa el 0.97%. En conclusión, el excesivo aumento de peso se encuentra relacionado con complicaciones maternas y neonatal, por ello es importante educar a las gestantes para prevenir alguna complicación.

Giménez y Pineda (18) en su estudio realizado en el 2023, tuvo como objetivo “determinar la frecuencia de malnutrición y su relación con complicaciones en mujeres embarazadas y sus recién nacidos que acuden al Hospital distrital de Capiáta del ministerio de salud Pública y Bienestar Social”. Su estudio fue observacional descriptivo

de corte transversal retrospectivo, la población estuvo conformada por 140 que se realizó mediante fichas medicas que cumplieron todos los criterios requeridos. Los resultados que se obtuvo evidenciaron que el 45.7% tienen complicaciones por una malnutrición entre ellas anemia (29,7%) y diabetes gestacional (51. %) y el 77.1% presenta malnutrición. Asimismo, se evaluó el estado nutricional de las gestantes desde inicio y final del embarazo y se encontró que el 40% tienen Obesidad, seguido sobrepeso con 36.4%. Los autores concluyeron que hay una mayor incidencia en malnutrición, por ellos se debe concientizar y brindar una adecuada información acerca de la alimentación adecuada, ya que el déficit de nutrientes durante el embarazo puede provocar algunas complicaciones que afectan tanto al feto como la madre.

Ahumada, et al., (19) en su estudio en 2020, tuvo como objetivo “identificar los factores de riesgo para parto pretérmino en Bogotá DC. Colombia”. Se realizó un estudio de corte retrospectivo, conformada por 452 pacientes. Los resultados obtenidos con respecto a los partos prematuros tienen una incidencia de 10.4%. los factores de riesgos que presentaron son preeclampsia severa y no severa, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y anemia. El parto pretérmino general se evidencio que presentaron preeclampsia y restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) con un 7.15 (IC95%: 3.17-15.88, p=0.000) y de 4.26 (IC95%: 1.90-9.53, p=0.000) y el parto tardío presentó preeclampsia severa con un RR=26.27 (IC95%: 6.92-107.53, p=0.000). En cuanto a parto muy pretérmino se diagnosticaron con preeclampsia severa con RR=26.27 (IC95%: 6.92-107.53, p=0.000). Los autores concluyen que se deben implementar estrategias para poder detectar precozmente los factores de riesgos y poder reducir la incidencia de partos prematuros.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Estado nutricional durante la preconcepción

La ingesta de alimentos durante la etapa preconcepcional y durante la gestación tiene que ser una alimentación saludable, para que pueda cubrir las necesidades dietéticas del organismo, por ellos es importante que consuma vitaminas B6, B9,12, D, A, yodo, hierro y zinc. Antes y durante del embarazo es importante consumir folato, ya que está asociada con malformaciones congénitas como defecto del tubo neural y malformaciones cardíacas, otra manera de prevenir es consumir verduras de hojas verdes y hortaliza, así mismo el consumo de estas verduras puedes reducir el riesgo de parto prematuro (20)

Por tanto, una mala alimentación puede provocar alguna complicación materna y posibles morbilidades del feto, el tiempo de gestación y complicaciones del parto, tanto preconcepcional y durante el embarazo (21).

2.2.2. Estado nutricional durante la gestación

Durante la gestación el estado nutricional tiene un rol importante, ya que puede perjudicar en el desarrollo del feto y del neonato. Si durante la gestación no se practica una buena alimentación puede haber consecuencias como partos prematuros, bajo al nacer, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y macrosomía fetal (22).

La evaluación del estado nutricional nos permite identificar los requerimientos nutricionales y determinar la presencia de algún riesgo de salud referente a su nutrición (6).

2.2.3. Valoración nutricional de la gestante

Comprende la evaluación del estado nutricional según la evaluación antropométrica hallando el índice de masa corporal (IMC) pregestacional.

Aquellas gestantes con bajo peso deben aumentar más kilogramos para recuperar su estado nutricional, a diferencia de las que inician con exceso deben llevar un control dietético muy riguroso (23).

La valoración del estado nutricional de la gestante debe realizarse teniendo en cuenta tres indicadores. En primer lugar, índice de masa corporal previo al embarazo y su clasificación, así como la consignación del aumento de peso siguiendo la categorización antropométrica e igualmente considerar la altura uterina que presenta según edad gestacional (6).

2.2.4. Necesidades de energía y nutrientes

Una mala alimentación durante el embarazo no solo perjudica a la madre o el feto, sin embargo, puede haber complicaciones a largo plazo. En la alimentación diaria se debe incluir todos los grupos alimenticios y se debe consumir una alimentación saludable y variadas, pues, se debe consumir cereales, leguminosas, tubérculos, también carnes blancas como el pollo, pescado y cerdo. Es importante consumir las vísceras, ya que tiene hierro, a su vez se debe consumir frutas, verduras, huevos, lácteos, ya que es una fuente importante de vitaminas y minerales además que ayudan con la digestión y evitan el estreñimiento en gestantes (24). Por otro lado, el requerimiento de energía durante la gestación es 75.000 calorías durante la gestación, cabe mencionar que en el segundo trimestre debe incrementar 200 kcal al día, y durante el último trimestre los requerimientos energéticos incrementan a 300 kcal al día. Se deben realizar los ajustes calóricos individualmente en función con el IMC y a la actividad física en el inicio de la gestación, ajustando esta ingesta energética al aumento de peso materno (25).

2.2.5. Clasificación del estado nutricional según índice de masa corporal pregestacional

Para evaluar el estado nutricional se obtiene mediante el índice de masa corporal pre gestacional (IMC PG), posteriormente se estima la ganancia de peso que debe tener durante la gestación. Por lo cual, es necesario obtener el peso habitual antes de la gestación y la talla actual; variables con las cuales se calcula el IMC, para seguidamente con dicho resultado clasificarlo según corresponda (6).

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso Pregestacional (kg)}}{\text{Talla (m)}^2} \text{ PG=}$$

En el cuadro 1 se evidencia la clasificación del estado nutricional en estantes.

CUADRO 1

Clasificación del estado nutricional de la gestante según el IMC

Pregestacional

ÍNDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL(IMC PG)	CLASIFICACIÓN
<18,5	Delgadez
≥18,5 Y <25,0	Normal
25,0 y <30,0	Sobrepeso
≥30,0	obesidad

2.2.6. Ganancia de peso gestacional

Durante la gestación se manifiestan cambios fisiológicos y metabólicos, así mismo una ganancia inadecuada de peso ya sea si hay carencia o un excesivo aumento de peso, se puede relacionar con alguna complicación materna o fetal como, por ejemplo: bajo peso del recién nacido, pequeño para la edad

gestacional, parto prematuro, cesárea, diabetes y trastornos hipertensivos. Se debe considerar que la ganancia de peso es un aspecto modificable por lo que es necesario promover practicas alimentarias acordes a las necesidades particulares de cada gestante (26).

Se debe considerar el incremento de la demanda energética puesto que la organización mundial de la salud (OMS) manifiesta que el gasto energético adicional durante el segundo y tercer bimestre seria alrededor de 300kcal/día (27).

Tabla 1: demanda energética de las embarazadas.

Etapa del embarazo	Demanda energética
Primer trimestre	150kcal/día
Segundo trimestre	360kcal/día
Tercer trimestre	475kcal/día

2.2.7. Macronutrientes en el embarazo

- **Energía**

La nutrición en la gestante es vital para la ganancia de peso durante la gestación, las necesidades energéticas de la gestante varían, dependiendo de su índice de masa corporal pregestacional y su metabolismo. Se necesita energía para permitir la síntesis del tejido nuevo que es la placenta, feto y líquido amniótico, por otro lado, el tejido ya existente que es de la madre los cuales son el útero, mama y tejido adiposo. Es importante tener una adecuada ingesta de energía, porque puede haber complicaciones para la madre y el neonato (28). El requerimiento energético durante el embarazo es de 70.000 y 80.00 kcal. Sin embargo, en el segundo trimestre hay un incrementó de 300kcal/día y 475 kcal/día en el tercer trimestre de la gestación (29).

- **Proteínas**

las principales fuentes de proteína se encuentran en los alimentos de origen vegetal y se considera proteínas incompletas los encontramos en los frutos secos, legumbres, cereales. En cuanto a los alimentos de origen animal son considerados proteínas completas y se encuentra en la carne, productos lácteos, también pequeñas cantidades micro proteínas (28).

Se requiere de 12 a 15% de proteínas, ya que mientras va avanzando el embarazo las necesidades aumentan. Puesto que en el segundo trimestre y tercer trimestre aumenta de 25 a 30g (29).

- **Lípidos**

En la ingesta de lípidos diaria se debe consumir alrededor del 30% de los nutrientes ingeridos, de los ácidos grasos saturados su consumo debe ser inferior al 7%, ácidos grasos monoinsaturados debe ser 12% y de ácidos grasos polinsaturados el 10% especialmente de ácido grasos esenciales (25).

- **Ácidos grasos omega 3**

La ingesta de omega 3 y omega 6 durante la gestación es esencial, ya que ayuda al desarrollo del feto, por otro lado, los ácidos grasos omega 3 más beneficiosos son el ácido docosahexaenoico (DHA) y ácido eicosapentaenoico (EPA) y tienen propiedades vasodilatadoras, antiinflamatorias y antiagregantes. Sin embargo, durante el embarazo el rol de omega 3 es vital, ya que ayuda al desarrollo neurológico del neonato, y algunas patologías que afecta a la madre por ejemplo diabetes gestacional, preeclampsia, parto prematuro. Los requerimientos de ingesta de omega 3 es de 160mg aproximadamente, pero según la OMS manifiesta que solo se debe ingerir 200mg/día en el embarazo. Estos alimentos se encuentran

principalmente en pescados grasos, por ejemplo, jurel, sardinas, salmón, atún y mariscos (30).

2.2.8. Micronutrientes en el embarazo

Los minerales son micronutrientes que nuestro organismo necesita, su principal función es el desarrollo y mantenimiento de los músculos, cerebro, dientes y hueso. En cuanto a las vitaminas y minerales es importante consumirlo durante el embarazo, ya que es esencial para el desarrollo y crecimiento fetal. Por ello es muy importante que se encuentre presente en la alimentación para cubrir las necesidades nutricionales del organismo (31).

- **Vitamina A:**

Esta vitamina A o retinol contiene propiedades anti proliferativas, antiinflamatorias y antioxidantes que se almacenan en el tejido adiposo, además contribuye a tener visión, cabello, uñas y piel saludable tanto en la madre como bebé, sin embargo, en exceso puede ocasionar defectos congénitos. Por otro lado, estos efectos anti proliferativas y antiinflamatorios ayudan a prevenir cáncer de mama, pulmón, colon y próstata. Estos alimentos se encuentran en el hígado, leche, aceite de pescado, productos lácteos y yema de huevo (27). El déficit de vitamina A se encuentra asociado a parto prematuros y bajo peso al nacer. cabe mencionar que hay dos fuentes de vitamina llamada: vitamina A preformada, los alimentos que se encuentran son el hígado, productos lácteos, huevos y pescado, por otro lado, los carotenoides provitamina A lo podemos encontrar en verduras y frutas (32).

- **Vitamina D:**

La vitamina D durante la gestación es importante consumir, ya que ayuda en el desarrollo y crecimiento del feto, también para la formación del esmalte del

diente y ayuda a regular el calcio y la función inmune. Durante la gestación el calcio materno se moviliza y su utilización aumenta para satisfacer las necesidades de mineralización ósea del feto, y como resultado se producen adaptaciones fisiológicas, debido a que aumenta el calcitriol sérico, proteína fijadora de vitamina D (33).

Esta vitamina tiene otras funciones importantes, por ejemplo, función inmunitaria, neuromuscular, reducción de la inflamación y modulación del crecimiento celular, también el metabolismo de la glucosa. Cabe mencionar que la vitamina D ayuda a regular el sistema inmunológico de la placenta y de la inflamación durante el desarrollo placentario (34).

- **Vitamina E:**

La vitamina E es un nutriente importante para la piel, cerebro y la visión, así mismo los alimentos ricos en vitamina E se encuentra en la aceituna, aceites vegetales, almendras, nueces, semillas de girasol, semillas de sésamo, maníes y legumbres. En las mujeres en estado de gestación la dosis diaria recomendada es de 10 a 19 mg/día, también es un antioxidante que previene el estrés oxidativo y daño en las membranas celulares, tiene propiedades que fortalecen los vasos sanguíneos, además que interfiere en la síntesis de los factores de coagulación y reduce la agresión plaquetaria, así mismo regula el funcionamiento de los tejidos musculares y esqueléticos (27).

- **Ácido fólico:**

El ácido fólico, también conocido como vitamina B9 es una vitamina hidrosoluble y ayuda a prevenir malformaciones del tubo neural. Cabe mencionar que las gestantes que no consuman esta vitamina el neonato puede padecer alguna discapacidad o incluso puede llevarlo a la muerte. La OMS

refiere que las gestantes deben recibir suplementación de ácido fólico, 400 mcg al día, antes y durante el embarazo para prevenir defectos del tubo neural (24).

- **Hierro:**

El hierro es un mineral muy utilizado por el organismo y es vital, para la producción de hemoglobina y mioglobina. Durante el embarazo el hierro aumenta un 0.8 a 7.5 mg/día de ferritina absorbida, es necesario para expandir la masa eritrocitaria de la madre y pueda satisfacer las necesidades fetales del hierro, cabe mencionar que tiene funciones celulares, incluyendo el crecimiento, respiración, el transporte de oxígenos y la regulación genética. Los alimentos ricos en hierro se encuentran en el pescado, carnes y vegetales de hojas verde. Sin embargo, el suplemento de hierro nos ayuda a prevenir anemia en el embrazo y otra complicaciones maternas y fetales como parto prematuro, recién nacido con bajo peso. Se recomienda 30 a 60mg/día de hierro en las gestantes como prevención de anemia (28).

- **Vitamina B12:**

Durante la gestación esta vitamina influye en la implantación y crecimiento fetal. La deficiencia de está vitamina se encuentra asociado con restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), defecto del tubo neural, bajo peso al nacer, parto prematuro y alteraciones congénitas (34).

La dosis recomendada durante el embarazo es de 2.6mcg/ día y se halla en alimentos de origen animal como por ejemplo el pollo, hígado, carne roja, marisco, pescado, productos lácteos y huevo, también en macroalgas por ejemplo el nori (35).

- **Calcio:**

El calcio es un mineral importante para el desarrollo del crecimiento fetal, también del desarrollo óseo y muscular. Se requiere la ingesta de 1200mg de calcio, la principal fuente de calcio son la leche, yogur, queso, pescados que se pueda acompañar con espinaca, frutos secos, vegetales con hojas verdes, legumbres. Cabe mencionar que cuando hay déficit de calcio puede presentarse alteraciones óseas en la madre e hijo, también hipertensión en el embarazo (28).

- **Yodo:**

El yodo actúa en conjunto con la glándula tiroides debido a que esta glándula de la tiroides utiliza el yodo de los alimentos para producir hormonas, como la triyodotironina (T3) y tiroxina (T4). Durante el embarazo nuestro cuerpo necesita un 50% más de yodo, debido a las necesidades que requiere el feto, ya que si hay déficit de yodo puede producirse malformaciones en el feto, cretinismo neurológico, deficiencia mental y mortalidad perinatal. El yodo es esencial para el desarrollo del cerebro y sistema nervioso (33).

- **Zinc:**

Es importante para la embriogénesis y desarrollo del feto, por tanto, también participa en la formación del ARN Y ADN. Se requiere 15mg/día de zinc durante el embarazo y se encuentra en los alimentos como carne, pescado leguminosas, frutos secos ostras y germen de trigo. Cabe mencionar que el déficit de zinc se puede asociar con diabetes gestacional, preeclampsia y alteraciones inmunológicas (36).

- **Magnesio:**

El magnesio es un mineral y forma parte de la estructura ósea, también participa en la síntesis proteica, en la termorregulación, la formación de proteínas, el

metabolismo energético y en la activación de enzimas que liberan glucosa. En la gestación la dosis alcanza hasta 1000 mg/día esto va depender de las necesidades de ella. Sin embargo, en las mujeres mayores de 19 años se requiere 300mg/día y en menores de 19 años se requiere 335mg/día de magnesio. Cuando hay déficit de magnesio puede relacionar con preeclampsia, manifestaciones clínicas como debilidad y depresión (36).

2.2.9. Parto Pretérmino

Se define como el nacimiento del neonato que ocurre antes de las 37 semanas de gestación o menos de 259 días, según el colegio americano de ginecología y obstetricia lo define como parto pretérmino que ocurre entre las 20 semanas y las 36 semanas gestación. Por otro lado, se puede diagnosticar mediante criterios clínicos de contracciones uterinas regulares con dilatación de 2cm, dilatación y borramiento (37).

Cabe mencionar que es el principal problema a nivel mundial y obstétrico. En el país de África y América del norte nacen 15 millones de bebés prematuros y es la primera causa de morbilidad neonatal (38).

El parto pretérmino es una problemática actual y creciente de salud. Se ha evidenciado que hay factores de riesgos que se encuentran relacionado con el parto pretérmino. Estos factores de riesgos son , aspectos sociales como la baja economía de un país, aspectos familiares, acceso adecuado a los alimentos de primera necesidad y nutritivos, acceso a los servicios atención médica primaria eficaz, acceso a un trabajo decente que pueda solventar los gastos del hogar, políticas de educación y promoción a la salud (5).

2.2.10. CLASIFICACIÓN

Amenaza de parto pretérmino:

Se produce cuando hay presencia de contracciones uterinas regulares que dan lugar a modificaciones como borramiento y dilatación en el cuello uterino y empieza entre la semana 22 y 36 semanas y 6 días de gestación. (39).

Parto Pretérmino:

Nacimiento que se produce antes de completar las 37 semanas de gestación y se clasifican en dos:

- **Espontáneo:** Su incidencia es del 31 a 45% de partos prematuros.
- **Yatrogénico:** Se inicia por una indicación médica o alguna complicación que afecte a la madre y feto (39).

Grados de severidad de prematuridad que se establecen por las semanas de gestación:

- **Prematuro Extremo:** Neonato que nace antes de las 28 semanas de gestación.
- **Prematuro Grave:** Neonato que nace entre las 28 y 31.6 semanas de gestación
- **Prematuro Moderado:** Neonato que nace entre las 32 a 33.6 semanas de gestación.
- **Prematuro Leve:** Neonato que nace entre 34 a 36.6 semanas de gestación.
(39)

Signos y síntomas

- Los más comunes que se presentan son:
- Contracciones lumbares.
- Sangrado y cólicos en el abdomen

- Líquido que se filtra desde la vagina en chorro o gotas.
- Dolor de espalda o en las caderas.
- Molestias similares a las de la menstruación.
- Sangrado vaginal rojo y brillante
- Secreción espesa y mucosa con sangre que proviene de la vagina (40).

2.2.11. FACTORES DE RIESGO

2.2.11.1. Factores sociodemográficos

Edad materna:

Los embarazos en mujeres menores a 18 años y mayores a 35 años, es uno de los factores de riesgo que se encuentra relacionado con el parto prematuro (5). Las mujeres de 35 años que quedan embarazadas por razones personales, corren el riesgo de que se presente alguna intervención obstétrica y alguna complicación materna. Los neonatos prematuros a menudo tienen problemas sustancialmente más altos a morbilidad y mortalidad, problemas de salud y un desarrollo óptimo (41).

Estado civil:

El estado civil de la gestante, es un factor importante en los partos pretérminos, a la vez interacciona con otros factores como la edad, nivel socioeconómico, neonatos prematuros y con bajo peso al nacer se presentan con mayor frecuencia en hijos de madres solteras y que por lo general hay ausencia paterna durante la gestación (42).

Índice de masa corporal pregestacional:

El índice de masa corporal es la relación entre el peso y la talla de la persona que se maneja para identificar el peso inferior a lo normal. Así

mismo las mujeres que tengan bajo peso, sobre peso y obesidad son más susceptibles a que tenga un parto prematuro (43).

Hábitos nocivos

La exposición materna al consumo del tabaco y alcohol durante la gestación es un factor de riesgo para la muerte y discapacidad del bebé.

Fumar está estrechamente relacionado con el parto muy prematuro, que el parto prematuro moderado (43).

2.2.11.2. Factores Maternos

Infección del tracto urinario (ITU):

La infección de tracto urinario es provocada por microorganismos que afecta a la uretra, vejiga y riñón, además afectar mayormente a las mujeres durante el embarazo. Así mismo se demostró que se encuentra asociados con los partos pretérmino y bajo peso al nacer. Alrededor del mundo 150 millones de personas padecen de infección del tracto urinario, esta se caracteriza por frecuencia al miccionar, disuria y es causada por una bacteria llamada Escherichia coli que es la más común, el 72% presentan esta bacteria, siguiendo por Proteus mirabilis representando el 4.4%, entre otros. Cabe mencionar que algunas infecciones se deben a Cándida albicans y Chlamydia que son comunes en las gestantes (44).

Diabetes gestacional

Esta patología ocurre frecuentemente durante el embarazo y afecta el 16% alrededor del mundo. En el segundo trimestre de la gestación las hormonas lactógeno placentario, prolactina y citocinas, hace resistencia a la insulina, además disminuye la glucosa de la madre y se transfiere al feto por medio de la placenta como fuente de energía para su desarrollo y la madre utiliza los ácidos grasos y tejido adiposo como fuente de energía. Las gestantes

con diabetes gestacional son más propensas a tener un parto prematuro, trastorno hipertensivo y cesárea. En cuanto a las complicaciones fetales y neonatales asociadas con hiperglucemia estas se relacionan con la hipoglucemia del recién nacido, la inmadurez de sus órganos, dificultad respiratoria por falta de la maduración pulmonar y la hipertrofia del miocardio (45).

Preeclampsia

Esta patología es la más común que se presenta en el embarazo, después de las 20 semanas y se encuentra asociada con la morbilidad y mortalidad materno y neonatal. La presión arterial aumenta a $\geq 140/90$ mmHg, por otro lado, la presión arterial sistólica es ≥ 160 mmHg y la diastólica ≥ 110 mmHg, afecta algunos criterios de gravedad como trombocitopenia, aumento anormal de enzimas hepáticas, dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen, también insuficiencia renal creatinina $>$ a 1.1 mg/dl o el doble de las concentraciones séricas de creatinina, por último, edema pulmonar. En cuanto en los signos y síntomas que se presentan son visión borrosa, fotofobia, escotomas, cefalea persistente, diplopía alteraciones sensoriales y confusión (46).

Los factores de riesgos que se han identificado carecen de precisión para predecir su aparición. Por ello la preeclampsia es la principal causa de morbilidad materna y se asocia con parto pretérmino, desprendimiento de placenta, restricción del crecimiento uterino y oligohidramnios (47).

Amenaza de parto prematuro

La amenaza de parto prematuro se manifiesta con contracciones uterinas regulares, dilatación cervical ≥ 2 centímetros y modificaciones cervicales de la semana 22 hasta 36 6/7 semanas (43).

También se manifiesta con la presencia de síntomas clínicos, por ello es importante actuar inmediatamente con el tratamiento, ya que de no hacerlo esto con lleva a un parto pretérmino. Hoy en día el parto pretérmino se considera como un problema médico, es importante prevenir el parto pretérmino, así mismo los médicos deben estar capacitados para identificar los signos, síntomas y factores de riesgos (48).

Ruptura prematura de membranas (RPM)

La ruptura prematura de membranas hoy en día es un problema de salud pública, ya que se pueden presentar complicaciones que perjudiquen a la madre e hijo, y sucede después de las 22 semanas. Entre las complicaciones maternas que se presentan son sepsis ovular, corioamnionitis, desprendimiento prematuro de placenta, fiebre puerperal y endometritis. En cuanto al feto las más frecuentes son síndrome de dificultad respiratoria, sufrimiento fetal, hipoplasia pulmonar, sepsis, bajo peso al nacer, parto prematuro, hemorragia intraventricular, por último, mayor riesgo de mortalidad (49).

La ruptura prematura de membranas pretérmino, es la rotura de membranas corioamnióticas y sucede antes del trabajo de gestantes menores de 37 semanas, por tanto, el RPM se encuentra asociado con algunas complicaciones ya mencionadas que causa la morbimortalidad perinatal. Las gestantes con RPM son más propensas a las infecciones como endometritis, sepsis y corioamnionitis (50).

Desprendimiento prematuro de placenta

El desprendimiento prematuro de placenta es la separación temprana completa o parcial, del revestimiento del útero y forma un hematoma retroplacentario antes del trabajo de parto y se asocia con la morbilidad y

mortalidad en el embarazo. Uno de los factores de riesgo que conlleva a un desprendimiento prematuro de placenta es la edad avanzada de la madre, antecedentes de DPP, preeclampsia, restricción del crecimiento fetal, antecedente de cesárea, agentes infecciosos, entre otros. Cabe mencionar que el Desprendimiento prematuro de placenta tiene una incidencia de 20 a 25% de las hemorragias anteparto y se encuentra asociado con coagulopatía intravascular diseminada, insuficiencia renal, y shock materno grave, Hemorragia post parto y muerte materna. Además, se encuentra relacionado con resultados fetales adversos que son el bajo peso al nacer, Apgar bajo, asfixia al nacer, sufrimiento fetal, parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino y muerte fetal (51).

ANEMIA

La anemia se caracteriza por la deficiencia en cantidad y calidad de los glóbulos rojos o la hemoglobina (Hg), lo que significa una disminución en el aporte de oxígeno a nivel de la sangre y en los tejidos, su clasificación es de acuerdo a sus concentraciones séricas: anemia leve (Hg: 10 a 10.9 mg/dl), anemia moderada (Hg: 9.9 a 7 mg/dl) y anemia severa (Hg: menor a 7 mg/dl) (52).

2.2.11.3. Factores neonatales

La principal causa de muerte en partos prematuros son complicaciones neurológicas, hemorragia intraventricular, periventricular, leucomalasia periventricular, por último, las enfermedades de la sustancia blanca (40).

Apnea:

Esta condición ocurre antes de las 37 semanas de gestación, la apnea en los neonatos se define la ausencia de respiración de unos 20 segundos siempre y cuando este acompañado de hipotonía marcada, palidez, cianosis y

bradicardia. Cabe mencionar que esta complicación se confunde con la respiración periódicas que dura entre 10 a 15 segundos y se pausa la respiración por 3 segundos (40).

Síndrome de dificultad respiratoria en prematuros:

Es una condición grave que perjudica a los recién nacidos pretérmino y se caracteriza por la dificultad respiratoria por la disminución en la producción del surfactante pulmonar, esta sustancia es necesario para mantener la elasticidad de los pulmones y previene el colapso al final de la espiración, además es la principal causa de morbimortalidad en neonatos (53)

Conducto arterial permeable:

El ducto arterioso permeable se presenta con mayor frecuencia en neonatos pretérmino, es un defecto cardíaco congénito y afecta a 1 de cada 5.000 neonatos a término. El ductus arterioso es un problema de salud, ya que se encuentra relacionado con la morbilidad y mortalidad de los nacimientos prematuros siendo más propensos a desarrollar esta complicación teniendo en cuenta como antecedente el síndrome de dificultad respiratoria (40).

Hemorragia intraventricular:

La Hemorragia intraventricular, es la principal causa de complicaciones neurológicas y está relacionada con la edad gestacional y bajo peso al nacer <1.500 gramos. Por otro lado, la hemorragia intraventricular o hemorragia de la matriz germinal afecta a los prematuros menores de 32 semanas en un 15 al 20% y puede causar la morbilidad y mortalidad perinatal (40).

Sepsis:

La sepsis neonatal temprana es aquella infección que presenta el neonato en el primer día y tercer día de nacimiento. Esta infección es causada

mayormente por Estreptococo el grupo B y microorganismos gramnegativos causada principalmente por Escherichia Coli (54)

2.2.11.4. PUERBAS DIAGNOSTICAS

Longitud cervical (LC)

En la evaluación dactilar del cuello uterino, se puede evaluar el puntaje de Bishop, es el método para identificar los cambios cervicales que permiten diagnosticar el parto pretérmino (55).

Fibronectina fetal (FNC)

La fibronectina fetal es una glicoproteína y esta prueba sirve para diagnosticar un Parto pretérmino, y se encuentra en las membranas amnióticas, decidua y citotrofoblasto. Cabe mencionar que la glucoproteína aparece al inicio y final de la gestación. Esta prueba se puede detectar mediante las secreciones vaginales y cervicales con niveles altos de 50 ng/ml, pasando las 22 semanas de gestación se encuentra asociados al riesgo de parto pretérmino (39)

2.2.11.5 Manejo del Parto Pretérmino

Tocolíticos

Los tocolíticos regulan la actividad de la fosforilación de la cadena ligera de miosina, que a su vez es regulada por una quinasa. Por esta razón se contraen las fibras musculares del útero mediante la interacción de la actinmiosina, donde intervienen el ion calcio y el monofosfato de adenosina cíclico (56).

Los medicamentos tocolíticos que se usan hoy son los bloqueantes del canal de calcio como nifedipino, antagonista de receptor de oxitocina es atosiban, por ultimo los antiinflamatorios no esteroides como los inhibidores de las prostaglandinas (39).

Contraindicaciones para el uso de tocolisis son:

- Muerte fetal uterina
- Anomalía fetal incompatible con la vida
- Sufrimiento fetal agudo
- Corioamnionitis
- Ruptura prematura de membranas pretérmino.
- Preeclampsia severa o eclampsia
- Hemorragia materna con inestabilidad hemodinámica (38).

Corticoesteroides

La administración oportuna de corticoesteroides se recomienda a partir de las 24 semanas hasta las 34 semanas de gestación esta medida es eficaz para disminuir la mortalidad y morbilidad perinatal, asimismo el corticoesteroide ayuda a acelerar la maduración pulmonar del feto. El manejo de parto pretérmino con terapia de corticoesteroides es una de las terapias más importantes que han demostrado mejoraría en el desenlace del neonato, reduciendo su mortalidad y disminuyendo las tasas del síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), así como las tasas de muerte perinatal, necesidad de ventilación mecánica, enterocolitis necrotizante sepsis neonatal en las primeras 48 horas de vida (5).

Sulfato de Magnesio (SMG)

En la actualidad, se usa en ginecoobstetricia como tratamiento para una crisis de convulsión en gestantes que presentan preeclampsia, también para la neuro protección del recién nacido en gestantes de 24 a 31 semanas con riesgo de parto pretérmino, también la finalización electiva del embarazo en menos de 24 horas, habiendo demostrado disminuir la incidencia y gravedad de la parálisis cerebral en neonatos con parto pretérmino (57).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

- Hi: La relación entre el estado nutricional materna y el parto pretérmino es significativa en gestantes atendidas en el Hospital Lima Este-Vitarte año 2024.
- Ho: La relación entre el estado nutricional materno y el parto pretérmino no es significativa en gestantes atendidas en el Hospital Lima Este-Vitarte año 2024.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

La investigación se realizó mediante el método Hipotético-deductivo, método en el cual se propone hipótesis que intentan responder el problema planteado, para lo cual se diseñan procedimientos que permiten comprobarlo y permitir conclusiones lógicas (58 Hernández).

3.2. Enfoque de la investigación

El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, y se obtiene información teniendo en cuenta sus características medibles; es decir que se expresan mediante números para la aplicación de técnicas de análisis estadístico y se obtiene conocimiento a partir de un análisis de datos (58).

3.3. Tipo de investigación

La investigación fue de tipo básica, orientada al logro de ciertos objetivos dentro del área de estudio. Este panorama profundiza en sus principales características para proponer soluciones prácticas y relevantes (58)

3.4. Diseño de investigación

Observacional o no experimental:

Debido que no existió intervención alguna por parte del investigador, es decir los recolectados fueron el reflejo de los eventos en su estado natural (58).

Descriptivo:

La investigación fue considerada descriptiva, ya que describe las características del tema de investigación, en forma detallada y precisa sin establecer las relaciones de causa-efecto (58)

Correlacional:

La investigación fue considerada como correlacional, ya que mide el grado de relación existente entre dos variables de estudio y si existiera también analiza la dirección y la fuerza de dicha relación. No hay interferencia de otras variables (58).

Retrospectivo:

Debido a que la información fue recolectada de historias clínicas y que fueron consignados previos al estudio; es decir se indaga sobre hechos ocurridos en el pasado (58).

Corte:

La investigación fue de tipo transversal ya que los datos recolectados fueron obtenidos en un solo momento, mediante los cuales se pudieron describir las variables (58)

3.5. Población, muestra y muestreo**3.5.1. Población**

La población de este estudio estará conformada por 976 gestantes que fueron atendidas durante el año 2024 en el Hospital de Lima Este-Vitarte de acuerdo con datos de la Oficina de Estadística y Tecnologías de la Información.

Criterios de selección**Inclusión**

- Gestante con diagnóstico de parto pretérmino que fueron atendidas durante el año 2024, en el Hospital Lima Este – Vitarte.
- Gestante con diagnóstico de parto pretérmino y 4 controles prenatales.
- Historia clínica de gestantes con datos completos.

Exclusión:

- Gestantes con otros diagnósticos de parto pretérmino que fueron atendidas durante año 2024, en el Hospital Lima Este – Vitarte.
- Gestante con diagnóstico de parto pretérmino y sin controles prenatales.
- Historia clínica de gestantes con datos incompletos.

3.5.2. Muestra

Se ha considerado como tamaño de la muestra las 140 gestantes, de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

Donde:

- N = Total de la población: 976
- $Z_\alpha = 1.96$ al cuadrado (95%)
- p = proporción esperada de la población “enferma” 12%(0,12)
- q = proporción esperada de la población “sana” 88% (0.88)
- Error muestral = 5% (0,05)

Número de muestra final (n): 140

3.5.3. Muestreo

El tipo de muestreo es no probabilístico, intencional. La muestra de las historias clínicas se elegirá de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión de las gestantes con diagnóstico pretérmino atendidas en el Hospital Lima Este-Vitarte.

3.6. Variable y operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
Estado nutricional	Situación de salud en que se encuentra una persona como resultado de su nutrición, régimen alimentario y estilo de vida	Medidas antropométricas y bioquímicas registradas en las historias clínicas	Mediciones antropométricas	IMC PG (Índice de Masa Corporal Pregestacional)	Ordinal	1= Normal: 18,5- < 25.0 kg/m ² 2= Delgadez:< 18,5 kg/m ² 3 = Sobrepeso: 25.0– < 30.0 kg/m ² 4 = Obesidad: ≥ 30kg/m ²
				Ganancia de peso (Según IMC PG)	Ordinal	1= Normal: 11,5 -16,0 kg 2 = Delgadez: < 18,5 – 18,0 kg 3 = Sobrepeso:7,0 – 11,5 kg 4 = Obesidad: 5,0 – 9,0 kg
			Mediciones Bioquímicas	Hemoglobina	Ordinal	1 = Sin anemia: ≥ 11.0 g/dL 2 = Anemia leve: Hg 10 - 10.9 mg/dL 3 =Anemia moderada Hg 9.9 - 7 mg/dL 4 = Anemia severa: Hg < 7 g/dL

Parto pretérmino	Es el nacimiento que se produce después de las 22 semanas de gestación y antes de completar las 37 semanas (menos de 259 días), con independencia del peso al nacer.	Análisis documental de historias clínicas de las gestantes y registro en la ficha de recolección de datos.	Factores maternos	Paridad	Ordinal	1 = 0 2 = 1 – 2 3 = 3 – 4 4 = ≥ 5
				Inicio de control prenatal	Ordinal	1= Primer trimestre (< 13 semanas) 2 = Segundo trimestre (14 a 28 semanas) 3 = Tercer trimestre (> 29 semanas) 4 = Sin control prenatal
				Controles prenatales	Ordinal	1 = > 6 2 = 4 – 6 3 = 1 – 3 4 = 0
				Periodo intergenésico	Ordinal	1 = Primera vez 2 = < 2 años 3 = 3 – 4 años 4 = > 4 años
				Antecedente de parto pretérmino	Ordinal	1 = Ninguno 2 = 1 3 = 2 4 = > 2
				Enfermedades recurrentes	Ordinal	1 = ninguno 2 = 1 3 = 2 4 = >3

3.7. Técnica e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Se utilizó la técnica de análisis documental debido a que recopilación de la información de la ficha de recolección de datos se realizará a través de la revisión de las historias clínicas de las gestantes y teniendo en cuenta que es un estudio retrospectivo.

3.7.2. Descripción de instrumentos

Se utilizó una ficha de recolección de datos para recopilar información de los principales factores sociodemográficos y obstétricos, así mismo se obtendrán de las historias clínicas la cual tuvo como diagnóstico parto pretérmino, que están basados en una escala de preguntas cerradas con alternativas de respuesta, donde las preguntas han sido planteadas, de acuerdo con el constructor relacionado.

3.7.3. Validación

El instrumento de la recolección de datos se validó mediante el Juicio de expertos, a través de su evaluación por 03 profesionales, a los cuales se le proporcionó todos los documentos necesarios para su informe correspondiente que avale que el instrumento sea apropiado para la medición de las variables en estudio. Entre los aspectos a evaluar se consideró la pertinencia, relevancia y claridad. Para el análisis de la validez de contenido se usó el Coeficiente de Validez de Contenido (CVC) por Juicio de expertos según V de Aiken y se obtuvo 0.92 (92%), que significa que el instrumento de recolección de datos tiene validez y concordancia excelentes con un nivel de significancia $p < 0.05$.

3.7.4. Confiabilidad

No se realizó la prueba de confiabilidad por no ser un instrumento, la ficha de recolección de datos. Según Bobadilla “Los estudios basados en documentación no

cuentan con instrumento de medición, sino únicamente con una ficha de recolección de datos donde debemos transcribir o transferir la información previamente registrada” (59).

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

En el procesamiento, los datos tabulados en la Hoja de Cálculo del software Microsoft Excel, se analizó mediante el Programa SPSS, versión 27, según pruebas estadísticas determinadas. Para la estadística descriptiva se utilizarán medidas de tendencia central y medidas de dispersión; mientras que para la estadística inferencial y evaluar las variables será a través de la Prueba de Chi-cuadrado con la corrección de Yates o el test exacto de Fisher según corresponda, con un nivel de confianza del 95%. Obtenido los resultados se harán las interpretaciones respectivas.

3.9. Aspectos éticos

Este estudio fue evaluado y aprobado por el comité de la Universidad previamente a la ejecución del estudio. Los datos obtenidos se guardarán el anonimato, siendo manejados con transparencia y confidencialmente sin compartir la información con terceros no autorizados, y serán utilizados exclusivamente para fines de la investigación. Se llevará a cabo solo la recopilación y análisis de los datos de la historia clínicas de las gestantes, por lo que no se requiere el consentimiento informado. En las consideraciones legales, se cumplirá con la legislación local e internacional sobre investigación en salud.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados

4.1.1 Análisis descriptivo de los resultados

Tabla 1: Evaluación antropométrica del estado nutricional de gestantes con Parto Pretérmino atendidas en el Hospital Lima Este-Vitarte 2024.

ESTADO NUTRICIONAL		Frecuencia	Porcentaje
IMC PREGESTACIONAL	Normal	59	42%
	Delgadez	3	2%
	Sobrepeso	49	35%
	Obesidad	29	21%
	Total	140	100.0
GANANCIA DE PESO	Normal	20	14%
	Sobrepeso	77	55%
	Obesidad	43	31%
	Total	140	100.0

Fuente de elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla se evaluó el estado nutricional de las gestantes del Hospital Lima Este-Vitarte, en los que se puede apreciar los resultados el índice de masa corporal (IMC) pre gestacional el 35% de las gestantes padecen de Sobrepeso, el 42% de las gestantes tienen un peso normal, el 21% tienen obesidad y solo el 2% de las gestantes presentan Delgadez. Con respecto a la ganancia de peso el 55% de gestantes no tienen una adecuada ganancia, ya que presentaron Sobrepeso, el 31% presento una excesiva ganancia, por último, solo 14% presento una adecuada ganancia Normal.

Tabla 2: Evaluación bioquímica nutricional del estado nutricional en gestantes con parto pretérmino atendidas en el Hospital Lima Este-Vitarte 2024.

EVALUACIÓN NUTRICIONAL BIOQUÍMICA		Frecuencia	Porcentaje
HEMOGLOBINA	Anemia leve	27	19%
	Anemia moderada	18	13%
	Sin anemia	95	68%
	Total	140	100%

Fuente de elaboración propia

Interpretación: De acuerdo con los datos presentados en la tabla 2 se evidenció que el 68% de las gestantes no presentaron anemia, solo el 18% tiene anemia leve, por último, el 13% presentaron anemia moderada.

Tabla 3: Factores sociodemográficos asociados con parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Lima Este-Vitarte 2024.

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS		Frecuencia	Porcentaje
Edad	<18	17	12%
	19-34	86	62%
	>35	37	26%
	Total	140	100%
Grado de Instrucción	Primaria	8	6%
	Secundaria	113	81%
	Superior	19	14%
	Total	140	100%
Estado Civil	Soltera	33	24%
	Conviviente	92	66%
	Casada	15	11%
	Total	140	100%
Ocupación	Estudiante	11	8%
	Ama de casa	83	59%
	Trabajo dependiente	24	17%
	Trabajo independiente	22	16%
	Total	140	100%

Fuente Elaboración propia

Interpretación: Con respecto a la tabla 3, se evidenciaron los factores sociodemográficos asociados con parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Lima Este Vitarte. En relación a la edad materna se observa que el rango de edades comprendidos entre 19-34 es el grupo mayoritario representando el 61%, seguido por gestantes >35 con el 26% , por último, gestantes <18 representando el 12%.

En cuanto al grado de instrucción se evidencia con mayor frecuencia que el 81% de las gestantes son de educación secundaria, seguido por el 14% que cuenta con estudio superior, por tanto, la educación primaria es la que reporta menores porcentajes con el 6%. Con respecto al estado civil se observa que el 66% de las gestantes son convivientes, por último, el 24% son gestantes solteras. Por el contrario, la menor cantidad representaron las mujeres casadas con el 11%. Con respecto a la ocupación se evidenció que en su mayoría las gestantes se dedican a las labores de casa, es decir son amas de casa con 59%, seguido por madres que tienen trabajo dependiente con 17%, el 16% tienen un trabajo independiente, y finalmente las estudiantes, que constituyeron el 8%.

Tabla 4: Factores Maternos asociados con parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Lima Este-Vitarte 2024.

FACTORES MATERNOS		Frecuencia	Porcentaje
Paridad	0	40	29%
	1-2	66	47%
	3-4	30	21%
	>4	4	3%
	Total	140	100.0
Inicio de Control Prenatal	Primer trimestre	84	60%
	Segundo trimestre	55	39%
	Tercer trimestre	1	1%
	Total	140	100.0
Control Prenatal	>6	76	54%
	4 - 6	62	44%
	1-3	1	1%
	0	1	1%
	Total	140	100.0
Periodo Intergenésico	Primera vez	42	30%
	<2 años	34	24%
	3-4 años	19	14%
	>4 años	45	32%
	Total	140	100.0
Antecedentes de Parto Prematuro	Ninguno	136	97%
	1	3	2%
	2	1	1%
	Total	140	100.0
Aborto	Ninguno	88	63%
	1	37	26%
	2	13	9%
	>2	2	1%
	Total	140	100.0
Enfermedades recurrentes (diabetes, hipertensión, Itu, etc.)	Ninguna	93	66%
	1	41	29%
	2	6	4%
	Total	140	100.0

Fuente elaboración propia

Interpretación: En el factor paridad se observa que la mayor cantidad de gestantes son multíparas con el 47% y 21%, solo el 29% son gestantes primíparas, y el 3% son gran multípara. En relación a los controles prenatales se evidencio que el 60% iniciaron sus controles en el primer trimestre, el 39% en el segundo trimestre, por último, el 1% empezaron en el tercer trimestre de la gestación. En cuanto Control Prenatal se evidencio que el 54% tuvieron más de 6 controles prenatales, y el 44% tuvieron entre 4-6 controles prenatales. En relación al factor de Periodo Intergenésico se evidencio que las mujeres presentaron un periodo intergenésico largo, es decir > 4 años el 32%, solo el 30% tuvo su hijo por primera vez, el 24% tuvo <2 años, y solo el 14% tuvo entre 3-4años. En cuanto a antecedente de parto prematuro se evidenció que el 97% de las gestantes no tuvieron antecedentes de un parto prematuro, solo el 2% tuvo 1 antecedente y el 1% presentaron 2 antecedentes de un parto prematuro. En el factor aborto se evidencio que el 63% no tuvieron ningún aborto, el 26% tuvo 1 aborto, el 9% tuvo 2, y el 1% tuvo >2 abortos. Con respecto a Enfermedades recurrentes que se presentaron durante la gestación el 66% no presento ninguna enfermedad, el 29%presento solo 1 enfermedad, solo el 4% presento 2 enfermedades.

4.2 Prueba de Hipótesis

Hipótesis general

Tabla 5: Relación entre el estado nutricional y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Lima Este-Vitarte año 2024.

IMC		A Terminó		Pretérmino	
		N.º	%	N.º	%
Índice de Masa Pregestacional (IMC)	Obesidad	10	14%	19	28%
	Sobrepeso	25	36%	24	34%
	Delgadez	0	0%	3	4%
	Normal	35	50%	24	34%
	Total	70	100%	70	100%
Ganancia de Peso	Obesidad	19	28%	24	34%
	Sobrepeso	43	61%	34	49%
	Normal	8	11%	12	17%
	Total	70	100%	70	100%

Fuente: Elaboración propia

Prueba de chi-cuadrado

<i>Pruebas de chi-cuadrado</i>	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,864 ^a	3	0.049
Razón de verosimilitud	9.082	3	0.028
N de casos válidos	140		

Fuente: Elaboración propia

En relación al Índice de masa pregestacional, dado que los valores esperados en las casillas son menores a 5 en un 50%, por lo que nuestro resultado será el de la Razón de verosimilitud con un valor de $p=0,028$ ($p<0,05$). Por lo tanto, concluimos que existe una relación entre las variables de estudio.

Prueba de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,433 ^a	2	0.296
Razón de verosimilitud	2.442	2	0.295
N de casos válidos	140		

Fuente elaboración propia:

Interpretación:

En relación a la ganancia de peso, nuestro valor obtenido de $p=0,296$ ($p>0,05$). Por lo tanto, concluimos que no existe una relación entre las variables de estudio.

4.3 Discusión de resultados

La investigación tiene como objetivo general establecer la relación entre el estado nutricional y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Lima Este-Vitarte 2024. Los resultados obtenidos mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson ($p < ,000$) confirmaron que si existe una asociación significativa con un valor de $p=0,028$ ($p < 0,05$) del Índice de Masa Corporal Pregestacional. Con respecto a la ganancia de peso se obtuvo como valor obtenido de $p=0,296$ ($p > 0,05$), el cual no existe una asociación con el parto pretérmino. A comparación de la investigación de Rios (2022) en su estudio “Evaluación nutricional y complicaciones materno perinatales en gestantes, Hospital Militar Central”, se halló un valor $p=0.000$, lo cual indica que si existe una relación significativa entre la evaluación nutricional y las complicaciones materno perinatales en gestantes.

El primer objetivo específico fue describir la evaluación antropométrica pregestacional del estado nutricional en gestantes con parto pretérmino, como resultado se evidenció que el 42% presentaron un Índice de Masa Corporal pregestacional Normal, por otra parte, la ganancia de peso fue inadecuada, ya que el 55% presento sobrepeso. En comparación con el estudio realizado por Rios (2022), se evidencio que Índice de Masa Corporal Pregestacional fue Normal con 62.8%, con respecto a ganancia de peso las gestantes el 72.7% obtuvieron una ganancia normal. Así mismo, en el estudio de Rojas (2021) también señala que el 67% de las gestantes tuvo un Índice de Masa Corporal pregestacional normal a comparación de la ganancia de peso que 42.5% presenta una adecuada ganancia. Cabe mencionar que el estudio realizado por Villarreyes (2021), se evidencia que la prevalencia fue normal con 40.1% de las gestantes con Índice de masa corporal pregestacional, sin embargo, la ganancia de peso representa el 41.2% en gestantes con baja ganancia.

Por otro lado, en el estudio realizado por Giménez y Pineda (2023) en Paraguay, se evidencio que al inicio del embarazo el 40% de las gestantes eran Obesas, con respecto a la ganancia de peso durante la gestación se reportó que el 36.4% tenían obesidad.

Desde un enfoque teórico Chafloque et. al (2023) señala que en el Perú hay políticas que defienden el bienestar del feto y la madre, así mismo según el SIEN señala que en el 2017, el 43.7% de las mujeres embarazadas inician con sobrepeso u obesidad (26).

El segundo objetivo específico fue describir la evaluación nutricional bioquímica, los resultados obtenidos con mayor prevalencia muestran que el 68% de gestantes no presentan anemia. Estos resultados concuerdan al ser comparados con los estudios encontrados por Rojas (2021) en Lambayeque el cual identifico que el 66.94% de las gestantes no presentaban anemia. Al igual que Rios (2022) en su estudio realizado se halló que el 65.3% no presentaron anemia y el estudio de Murguía (2021) se evidencio que 55% de las gestantes no tienen anemia. Caso contrario al estudio de Villarreyes (2021) que se realizó en Pirua, se muestra que el 21.9% de las gestantes presentaron anemia.

Desde el punto de vista teórico Musa A et al (2019), manifiesta que la deficiencia del hierro en las gestantes es una de las principales deficiencias de un solo nutriente en todo el mundo afectando a más de 2 mil millones de personas y el 38.2% de gestantes a nivel mundial son anémicas (28).

El tercer objetivo específico fue identificar las características sociodemográficas de las gestantes con parto pretérmino. Por lo que se refiere a la edad se evidenció que 62% tenían 19-34 años, el 81% de las gestantes tienen secundaria completa, 66% conviven, por último, el 59% son amas de casa. Los resultados similares fueron hechos

por Giménez y Pineda (2023) en Paraguay, donde se evidencia que el 48.6% se encuentra entre 15-25 años, con respecto al grado de instrucción el 68% tiene secundaria, el 70% están acompañadas, por último, el 65.7% son amas de casa. En comparación con el estudio de Rojas(2021), se evidencio que el 58% de las gestantes tienen entre 25 a más, la prevalencia de grado de instrucción es 53.6% de gestantes con secundaria completa, el 78% son conviviente. En cuanto al estudio de Minaya (2022), se evidencio que el 81.3% de las gestantes eran >35 años.

Las bases teóricas también respaldan esta relación Aquieta (2022), comenta que estos factores son importantes, ya que estos reconocimientos ayudarán a tomar decisiones preventivas para brindar una atención perinatal integral (43).

El cuarto objetivo específico fue identificar los factores maternos en gestantes con parto pretérmino como resultado se obtuvo que en paridad el 47% tiene entre 1-2 hijos, el 60% inicio sus controles en el primer trimestre, 54% tuvo más de 6 controles prenatales, 32% tiene un periodo intergenésico > 4años, el 97% de las gestantes no tenían ningún antecedente de parto prematuro, 63% no tuvieron ningún aborto, por último 66% no presentó ninguna enfermedad durante la gestación.

Con respecto al estudio de Ahumada et al. (2020) en Colombia, se evidencio que el 63% son multigesta, al igual que nuestro resultado el 92% no tenían antecedentes de parto prematuro y el 73% no tenían ningún aborto. Comparando con el estudio de Rojas (2021), se evidencio en paridad que el 29.4% tiene 1 solo hijo y el 58% si tienen controles prenatales. En el estudio de Minaya (2022), se halló que el 69.6% son multigesta, 60.8% tiene controles prenatales suficientes y el 89% no tiene ningún antecedente de parto prematuro.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Primera: Se evidenció que el Índice de masa corporal pregestacional si tiene una relación significativa con el parto pretérmino y la ganancia de peso no tiene ninguna relación.

Segunda: En la evaluación nutricional antropométrica predominaron las gestantes con un IMC Pregestacional Normal, con respecto a la ganancia de peso prevalece más las gestantes con Sobrepeso.

Tercera: La evaluación nutricional bioquímica predominan las gestantes que no tienen anemia.

Cuarto: En referencia a los factores sociodemográficos, en su mayoría pertenecieron a una edad adulta, con un grado de instrucción con secundaria completa, convivientes y son amas de casa.

Quinto: En referencia a factores maternos las gestantes eran multigesta, empezaron sus controles en el primer trimestre teniendo > 6 controles prenatales, con un periodo intergenésico largo, así mismo ninguna presento un antecedente de parto prematuro, aborto y alguna enfermedad durante el embarazo como (diabetes, preeclampsia, Itu entre otros).

5.2 Recomendaciones

Primero: Realizar campañas de salud con un plan integral, para identificar a las gestantes con riesgo así mismo brindarle un plan nutricional con los suplementos requeridos durante el embarazo.

Segundo: Realizar charlas educativas de lo importante que es tener una buena alimentación previo, durante y después del embarazo para que no haya repercusiones que afecten tanto a la madre e hijo y debe llevarse a cabo por el equipo profesional de salud como el Médico, Obstetra y Nutricionista.

Tercero: Promover hábitos alimenticios saludables durante las consultas, también en las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica brindarle información acerca de la importancia de una buena alimentación para llegar con una adecuada ganancia de peso al final del embarazo.

Cuarto: Sensibilizar y fomentar a las gestantes, especialmente las que tienen secundaria y son ama de casa la gran importancia de los controles prenatales para poder identificar alguna complicación que pueda presentarse como el parto pretérmino y actuar oportunamente.

Quinto: Garantizar el acceso a los servicios de salud para una atención prenatal de calidad y detectar de manera precoz los problemas nutricionales y obstétricos para prevenir complicaciones de la madre y feto.

Referencias

1. UNICEF. La nutrición materna. [Internet]. [citado el 10 de noviembre de 2024].
Disponible en:
<https://www.unicef.org/es/nutricion-materna>
2. OMS. Nacimientos prematuros. [Internet]. [citado el 10 de noviembre de 2024].
Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
3. San Gil C, Ortega Y, San Gil. Estado nutricional de las gestantes a la captación del embarazo. Rev cubana Med Gen Integr [Internet]. 2021 jun; 37(2). [citado el 13 de noviembre del 2024] Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000200008
4. UNICEF. La malnutrición de las madres aumenta un 25% en los países más afectados por la crisis, y pone en peligro a las mujeres y recién nacidos. [Internet]. [citado el 13 de noviembre del 2024]. Disponible en:
<https://www.unicef.org/dominicanrepublic/comunicados-prensa/la-malnutricion-de-las-madres-aumenta-un-25-en-los-paises-afectados>
5. Matos L, Reyes K, López G, Reyes M, Aguilar E, Pérez O, Reyes U, López G, Flores B, Quero A, Quero A. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. Rev Med. Sal Jal [Internet]. 2020; 7(3): 179-186. [citado el 13 de noviembre del 2024].
Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=98553&idP=9291>

6. Aguilar L, Lázaro M. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la gestación [Internet] Perú 2019. [Consultado el 10 de marzo de 2024]. Disponible en:
<https://www.gob.pe/institucion/ins/informes-publicaciones/4209173-guia-tecnica-para-la-valoracion-nutricional-antropometrica-de-la-gestante>
7. Sarasa N, Cañizares O, Orozco Y, Orozco C, Díaz Y, Pérez O. Estado nutricional al inicio del embarazo, ganancias ponderales y retención de peso al año de paridas. Rev cubana Med Gen Integ [Internet]. 2020 junio; 36(2). [citado el 13 de noviembre el 2024]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252020000200005&script=sci_arttext
8. Andina, Minsa sobre peso en gestantes [Internet]. Lima, Perú [Citado el 13 de noviembre del 2024]. Disponible en:
<https://andina.pe/agencia/noticia-minsa-sobrepeso-gestantes-aumento-304-a-44-ultimos-10-anos-820111.aspx>
9. Uceda J, Caravedo L, Figueroa M. Malnutrición materno-Fetal: Revisión de la bibliografía internacional y la urgencia de estudios, prevención e intervención en el Perú. Rev Med Hered [Internet] 2021 Ene; 32(1): 52-58. [citado el 13 noviembre del 2024]. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2021000100052
10. Guevara E, La prematuridad: un problema de salud pública. Rev.Perú Inv. Mat Perin [Internet]2022; 12 (1): 7-8. [citado el 13 noviembre del 2024]. disponible en:

<https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/334/343>

11. Ríos J. Evaluación nutricional y complicaciones materno perinatales en gestantes, Hospital Militar Central, 2021 [Tesis de Licenciatura]. Lima: Universidad Cesar Vallejos, Facultad de Nutrición; 2021 [citado el 13 noviembre del 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/95508>
12. Minaya J, Vidal J, Minaya M. Efecto de la relación entre la anemia y la amenaza de parto pretérmino en gestantes de un hospital peruano. Rev Perú Inv. Mat Per [Internet]2022;11(3) 9-15 [citado el 13 de noviembre del 2024]. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/281/326>
13. Murguía F, Indacochea S, Roque J, De La Cruz J. 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. Investigación Materno Perinatal [Internet]. 19 de julio de 2021 [citado 14 de noviembre de 2024];10(2):35-41. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/226>
14. Rojas B. Rosario L. Frecuencia de malnutrición y complicaciones asociadas en gestantes atendidas en Hospital Docente Belén de Lambayeque, abril 2019-2020. [Tesis para optar el título profesional del Médico Cirujano]. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Facultad de Medicina; 2020. [Citado el 14 noviembre del 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/9211>

15. Villarreyes J. Asociación entre el estado nutricional y las complicaciones materno-perinatales en gestantes que acuden a su control prenatal en el E.S Pachitea I-4 Piura, 2021. [Tesis para optar el título profesional Médico Cirujano]. Piura: Universidad Nacional de Piura, Facultad de Medicina; 2021 [citado 14 de noviembre del 2024] Disponible en: <https://repositorio.unp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/27ecd382-a28a-4717-8908-1cec30e0c59b/content>
16. Panduro J, Barrios E, Pérez J, Panduro E, Rosas E, Quezada N. Obesidad y sus complicaciones maternas y perinatales. Ginecol. obstet. Méx. [revista en la Internet]. 2021 [citad 14 noviembre del 2024]; 89(7): 530-539. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412021000700005
17. Sangucho P. Relación del estado nutricional con complicaciones en el embarazo, parto y puerperio inmediato en las gestantes controladas centro de salud tipo C Latcunga. [Tesis para la obtención del grado académico de Especialista en Medicina Familiar Y Comunitaria]. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato, Facultad de medicina; 2021[citado el 15 noviembre del 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/items/84308667-e900-4f1f-bfa7-ac3f7ea6aa57>
18. Giménez S, Pineda M. Frecuencia de malnutrición y su relación con complicaciones en mujeres embarazadas y sus recién nacidos. An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción) [Internet]. 2023 agosto [Citado 15 noviembre del 2024] ;56(2): 35-45. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492023000200035

19. Ahumada J, Barrera A, Canosa D, Cárdenas L, Uriel M, Ibáñez E, Romero X. Factores de riesgo de parto pretérmino en Bogotá D.C., Colombia. Rev. Fac. Med. [Internet]. 1 de octubre de 2020 [citado 22 de noviembre de 2024];68(4):556-63. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/79702/74305>
20. Martínez R, Jiménez A, Peral Á, Bermejo L, Rodríguez E. Importancia de la nutrición durante el embarazo. Impacto en la composición de la leche materna. Nutr. Hosp. [Internet]. 2020 [citado 23 de noviembre 2024]; 37(spe2): 38-42. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112020000600009
21. Tenesaca A, Vásconez M, Hábitos alimenticios y estado nutricional de las mujeres embarazadas del centro de salud de Biblian Tipo B. 2019 [Tesis para el título profesional de Licenciado en enfermería]. Ecuador: Universidad de Cuenca, Facultad de Enfermería, 2020. [citado el 22 noviembre del 2024]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/34543/3/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
22. Cholán Y. Hábitos alimentarios y estado nutricional en gestantes centro de salud la Tulpuna Cajamarca,2020. [Tesis para título profesional de obstetricia] Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca, Facultad de obstetricia; 2022. [citado 23 de noviembre del 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/4618>
23. Santana D, Lorenzo Y, González I. Pereda G, Métodos estadísticos en las evaluaciones nutricionales de embarazadas. Rev de ciencias de la salud.

- [Internet] Enero-Abril 2021;5(1):21-28 [Citado 22 noviembre del 2024].
Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/357360771_Metodos_estadisticos_en_las_evaluaciones_nutricionales_de_embarazadas
24. Perichart O, Rodríguez A., Gutiérrez P. Importancia de la suplementación en el embarazo: papel de la suplementación con hierro, ácido fólico, calcio, vitamina D y multivitamínicos. Gac. Méd. Méx [Internet]. 2020;156 (Suppl3):1-26 [Citado 23 noviembre del 2024] Disponible en:
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132020000900001
25. Quiphe E, Gunga V. Conocimientos, actitudes, practicas alimentarias y estado nutricional en embarazadas, revisión bibliográfica. Cien. Lat. Rev. Cien, Mult.[Internet] Mayo-Junio 2023;7(3):5192-5200 [Citado 24 noviembre del 2024] Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/372001589_Conocimientos_actitudes_practicas_alimentarias_y_estado_nutricional_en_embarazadas_revision_bibliografica
26. Chafloque J, Leon P, Liñan A, Barja J. Ganancia de peso relacionada con la práctica alimentaria en gestantes de un centro materno infantil. Rev cubana Med Milit. [Internet] 2023: 52(3). [citado 24 noviembre del 2024]. Disponible en:
<https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2963/2084>
27. Mejía J, Reyna E, Reyna E. consumo de micronutrientes durante el embarazo y lactancia. Rev. Perú. Gine. Obste. [Internet] 2021 Oct;67(4):04 [Citado 24 noviembre del 2024]. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322021000400004

28. Musa A, Naqash A, Siew L. Ingesta de macronutrientes durante el embarazo: una visión general de la evidencia reciente. *Nutrie*. [Internet] 2019; 11(2):443. [Citado 25 noviembre del 2024]. Disponible en:
<https://www.mdpi.com/2072-6643/11/2/443>
29. Rodríguez E. Importancia de la alimentación saludable en el embarazo. Una revisión. [Tesis para licenciado en Enfermería] España: Universidad de La Laguna, Facultad de Enfermería, 2021 [Citado 25 noviembre del 2024]. Disponible en:
<https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/27027>
30. Peñailillo R, Plaza A, Díaz C, Lagos M, Barros A, Illanes S. Suplementación prenatal con omega 3 y su efecto n complicaciones durante el embarazo. *ALAN* [Internet]. 2022 junio; 72(2):139-145. [Citado 25 noviembre del 2024]. Disponible en:
https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222022000200139
31. Santana P. Capítulo III. Necesidades nutricionales de la embarazada y la madre que da de lactar. *Rev. Cuba. Alimen. Nutr.* [Internet]. 2022;32 (2): 32-37. [citado 25noviembre del 2024]. Disponible en:
<https://revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/1370>
32. NIH. La vitamina A y los carotenoides. [Internet]. [citado 25 noviembre del 2024]. Disponible en:
<https://ods.od.nih.gov/factsheets/VitaminA-DatosEnEspañol/>

33. Beluska K, Korczak R, Hartell B, Moskal K, Maukonen J, Alexander D, Normando S. Brechas nutricionales y suplementación en los primeros 1000 días. *Nutrients*. [Internet]. 2019; 11(12): 2891. [Citado 25 noviembre del 2024]. Disponible en:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6949907/>
34. Perichart O, Rodríguez A. Suplementación de micronutrientes durante el embarazo: revisión narrativa de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Ginecol y Obste. Méx.* [Internet] 2022; 90 (12):968-994. [citado 25 noviembre de 2024]. Disponible en:
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412022001200968
35. Rodríguez A, Perichart O, Gutiérrez P. Importancia de la vitamina B12 y el folato en la salud perinatal. *Gac. Méd. Méx.* [Internet] 2020; 156(suppl3): 27-36. [citado 25 de noviembre del 2024]. Disponible en:
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132020000900027
36. Montoya D, Vega M, Mora S. La importancia del consumo de micronutrientes durante el embarazo: Una revisión. *Rev. Cient. Arbitrada. Multidi.* [Internet] 2024 Julio-septiembre; 6(5): 300-309. [Citado 25 noviembre del 2024]. Disponible en:
<https://editorialalema.org/index.php/pentaciencias/article/view/1225/1663>
37. Ayala F, Gonzales C, Minaya P, Méjico M, Morales S, Valdivieso V, Reyes B, Moreno K. Factores de riesgo para parto pretérmino idiopático según prematuridad. *Rev. Perú Invest Matern Perina.* [Internet]. 2022; 11(1): 18-25 [Citado 25 noviembre del 2024]. Disponible en:

<https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/277/303>

38. Robles V, Rojas S, Gutiérrez M. Actualización en el manejo de labor de parto Pre-término. Rev. Méd. Siner. [Internet] 2020; 5(1):330 [Citado 25 noviembre del 2024]. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/330>
39. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Parto pretérmino. Prog. Obste. Ginecol. [Internet] 2020; 63:283-321. [Citado 26 noviembre 2024]. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto_pretermino_2020.pdf
40. Cherres J, Saltos L, Villacres L, Villacres A. Causas de parto pretérmino y complicaciones neonatales. Reciamuc [Internet] 2023;7(1):265-72. [citado el 27 noviembre del 2024]. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1007/1479>
41. Scime N, Chaput K, Faris P, Quan H, Tough S, Metcalfe A. Complicaciones del embarazo y riesgo de parto prematuro según la edad materna: un estudio poblacional de hospitalizaciones por parto en Alberta. Acta Obste y Ginecol [Internet] 2019; 99: 456-468. [citado 28 noviembre del 2024]. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.13769>
42. Garay D. Complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes del hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2018. [Licenciada en Obstetricia]. Huánuco: Universidad de Huánuco, facultad de obstetricia, 2020. [citado 28 noviembre del 2024]. Disponible en:

<https://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/2684;jsessionid=8B63A96B53CA93085A9C9276B157A5D7>

43. Iza L, Bustillos M. Amenaza de parto prematuro predicción prevención y manejo. RECIMUNDO [Internet]. 2022, 6(3); 393-408. [Citado 28 noviembre del 2024]. Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/1831/2184>
44. Torres O, Hernández I, Meneses C, Ruvalcaba J. Infección urinaria como factor de riesgo para parto pretérmino. JONNPR. [Internet]2020; 5(11): 1426-1443. [Citado 28 noviembre del 2024]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2529-850X2020001100012&script=sci_arttext
45. Vinagre I. Efectos de la diabetes gestacional sobre la madre y el niño. Socie. Españ. Diabetes. [Internet]. 2022[Citado 28 noviembre 2024]. Disponible en: <https://www.revistadiabetes.org/tratamiento/gestacional/efectos-de-la-diabetes-gestacional-sobre-la-madre-y-el-nino/>
46. Granja E, Guallpa J, Guzmán J, Herrera A. Preeclampsia severa asociada a parto pretérmino: Resultados Materno-Neonatales según factores de riesgo. Jah. [Internet] Julio 2022; 5(2): 2-15. [Citado 28 noviembre 2024]. Disponible en: <https://www.jah-journal.com/index.php/jah/article/view/134>
47. Fox R, Kitt J, Leeson P, Aye C, Lewandowski A. Preeclampsia: Risk Factors, Diagnosis, Manaement, and the cardiovascular impact on the offspring. J. Clin. Med. [Internet] 2019; 8(10): 1625 [Citado 28 noviembre del 2024]. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/8/10/1625>
48. Medina E, Mendoza E, Vilca G, Mamani N. Características de las gestantes con Amenaza de parto pretérmino. Una perspectiva desde la atención prenatal.

- Ciencia Latina. [Internet] 2023; 7(5): 10387-9. [Citado 28 noviembre del 2024].
Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/8656>
49. Meléndez N, Barja J. Factores de riesgo asociados con la ruptura prematura de membranas pretérmino en pacientes de un hospital del Callao, Perú. Ginec. Obstet. Méx. [Internet]. 2020; 88(1): 23-28. [Citado 28 de noviembre del 2024].
Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412020000100005
50. Huertas A, Bendezú G, Herrera P. Asociación entre el grado de severidad de la infección por COVID-19 durante el embarazo y la rotura prematura de membranas pretérmino en un hospital nivel III del Perú. Rev. Perú. Med. Exp. Salud pública. [Internet] 2023;40(4):432-440. [Citado 28 noviembre del 2024].
Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342023000400432
51. Bączkowska M, Zgliczynsk M, Faryna J, Przytuła E, Nowakowski B, Cieiera M. Molecular changes on Maternal- Fetal interface in placental abruption- a Systematic review. Int. Jour. Mol. Sci. [Internet]. Junio 2021; 22(12): 6612. [Citado 28 noviembre del 2024]. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1422-0067/22/12/6612>
52. Gonzales C, Arango P. Resultados perinatales de la anemia en la gestación. Rev. Perú. Ginecol. Obstet. [Internet]. 2019,65(9):519-526. [citado 28 noviembre del 2024].
Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322019000400016

53. Oviedo S, Colmán D, Cantero C, Cordone A. Síndrome de distrés respiratoria neonatal en un Hospital de tercer nivel de Paraguay: un estudio retrospectivo del 2021 y 2022. *Discov. Med.* [Internet] 2023; 7(3). [citado 28 noviembre del 2024]. Disponible en: <https://revistascientificas.una.py/index.php/DM/article/view/3626/3013>
54. Tibanquiza L, Rodríguez D, Barrera M, Cedeño J. Factores de riesgo y prevención de sepsis neonatal temprana. *RECIMUNDO.* [Internet] 2019;3(3ESP): 513-28. [Citado el 28 noviembre 2024]. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/620/821>
55. Reyna E, Mejia J, Reyna N, Torres D, Rondón M, Cabrera D. et al. Longitud cervical o puntaje de bishop en la predicción de parto pretérmino inminente en pacientes sintomáticas. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2019 oct; 84(5): 362-371 [citado 26 noviembre del 2024]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000500362
56. Ruoti M. Tocolíticos en la amenaza de parto prematuro. *Un. Fac. Cienc. Medicina.* (Asunción). [Internet]. 2020 diciembre; 53(3):115-130 [consultado 26 noviembre del 2024]. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492020000300115
57. Gochi A, Arriaga M, Dejuan E, Pérez I, Márquez E, Blanco D. Terapia prenatal con sulfato de magnesio y obstrucción intestinal por meconio en recién nacidos pretérminos. *Anales de Pediatría.* [Internet]. 2022; 96(2): 138-144. [citador 29 noviembre del 2024] Disponible en:

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403320304835?ref=pdf_download&fr=RR-2&rr=8ea970407adde7a3

58. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación [Internet]. 6. ta ed. México: McGRAW-HILL. Interamericana Editores, S.A; 2014. [Consultado el 29 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.digitalrepositorio.com/items/show/2>
59. Bobadilla D. Adolescencia, Prematuridad y Peso al nacer asociado a la mortalidad neonatal. Lima, 2021 [Tesis para optar grado de Doctor] Lima: Universidad Privada Norbert Wiener.[citado 20 marzo del 2025]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/e371a86a-010d-46ab-9c9f-edeba58ea333/content>

Anexos

Anexo 1: Matriz de consistencia

Formulación de problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema general ¿Cuál es la relación del estado nutricional y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Lima Este-Vitarte año 2024?</p> <p>Problemas específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la evaluación antropométrica del estado nutricional en gestantes con parto pretérmino atendidas en el Hospital Lima Este-Vitarte año 2024? • ¿Cuál es la evaluación nutricional bioquímica del estado nutricional en gestantes con parto pretérmino atendidas en el Hospital Lima Este-Vitarte año 2024? • ¿Cuáles son las características sociodemográficas en gestantes con parto pretérmino atendidas en el Hospital Lima Este-Vitarte año 2024? • ¿Cuáles son los factores maternos en gestantes con parto pretérmino atendidas en el Hospital Lima Este-Vitarte año 2024? 	<p>Objetivo general Establecer la relación del estado nutricional y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Lima Este-Vitarte año 2024.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir la evaluación antropométrica pregestacional del estado nutricional en gestantes con parto pretérmino atendidas en el Hospital Lima Este-Vitarte año 2024. • Describir la evaluación nutricional bioquímica del estado nutricional en gestantes con parto pretérmino en atendidas en el Hospital Lima Este-Vitarte año 2024 • Identificar las características sociodemográficas en gestantes con parto pretérmino atendidas en el Hospital Lima Este-Vitarte año 2024. • Examinar los factores maternos en gestantes con parto pretérmino atendidas en el Hospital Lima Este-Vitarte año 2024. 	<p>Hipótesis general</p> <p>Hi: La relación entre el estado nutricional y parto pretérmino es significativa en gestantes atendidas en el Hospital Lima Este-Vitarte año 2024.</p> <p>Ho: la relación entre el estado nutricional y parto pretérmino no es significativa en gestantes atendidas en el Hospital Lima Este-Vitarte año 2024.</p>	<p>Variable independiente Estado nutricional</p> <p>Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mediciones antropométricas – Mediciones bioquímicas <p>Variable dependiente Parto pretérmino</p> <p>Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> – Factores maternos 	<p>Tipo de investigación Aplicada</p> <p>Método y diseño de investigación Diseño no experimental (observacional), descriptivo, correlacional, transversa y retrospectivo.</p> <p>Población y muestra Población: comprende las gestantes con diagnóstico de parto pretérmino atendidas en el hospital de Lima Este-Vitarte en el año 2024. Total= 976 Muestra: 140 gestantes</p>

Anexo 2: Instrumento

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ESTADO NUTRICIONAL Y PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LIMA ESTE-VITARTE ENERO 2024

I. FACTORES DE RIEGO SOCIODEMOGRAFICOS

Edad:

- a) < 18 años ()
- b) 19 – 34 años ()
- c) > 35 años ()

Grado de Instrucción:

- a) Primaria ()
- b) Secundaria ()
- c) Superior ()

Estado civil:

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

Ocupación:

- a) Estudiante ()
- b) Ama de casa ()
- c) Trabajo dependiente ()
- d) Trabajo independiente ()

II. FACTORES MATERNOS

1. Paridad:

- a) 1 = 0 ()
- b) 2 = 1 – 2 ()
- c) 3 = 3 – 4 ()
- d) 4 = ≥ 5 ()

2. Inicio de control prenatal:

- a) 1 = Primer trimestre (< 13 semanas) ()
- b) 2 = Segundo trimestre (14 a 28 semanas) ()
- c) 3 = Tercer trimestre (> 29 semanas) ()
- d) 4 = Sin control prenatal ()

3. Controles prenatales:

- a) 1 = > 6 ()

- b) 2 = 4 – 6 ()
- c) 3 = 1 – 3 ()
- d) 4 = 0 ()

4. Período intergenésico:

- a) 1 = Primera vez ()
- b) 2 = < 2 años ()
- c) 3 = 3 – 4 años ()
- d) 4 = > 4 años ()

5. Antecedentes de parto pretérmino:

- a) 1 = Ninguno ()
- b) 2 = 1 ()
- c) 3 = 2 ()
- d) 4 = > 2 ()

6. Número de abortos:

- a) 1 = Ninguno ()
- b) 2 = 1 ()
- c) 3 = 2 ()
- d) 4 = > 2 ()

7. Enfermedades recurrentes (Diabetes mellitus, hipertensión, infección urinaria, etc)

- a) 1 = ninguno _____ ()
- b) 2 = 1 _____ ()
- c) 3 = 2 _____ ()
- d) 4 => 3 _____ ()

8. Índice de masa corporal pregestacional (IMC PG):

- a) 1 = Normal: 18,5 y < 25,0 kg/m² ()
- b) 2 = Delgadez: < 18,5 kg/m² ()
- c) 3 = Sobrepeso: 25,0– < 30,0 kg/m² ()
- d) 4 = Obesidad: ≥ 30,0 kg/m² ()

9. Ganancia de peso (Según IMC PG) :

- a) 1 = Delgadez: < 12,5 – 18,0 kg ()
- b) 2 = Normal: 11,5 - 16,0 kg ()
- c) 3 = Sobrepeso: 7,0 – 11,5 kg ()
- d) 4 = Obesidad: 5,0 – 9,0 kg ()

10. Valores de Hemoglobina

- a) 1 = Sin anemia: Hb ≥ 11.0 g/dL ()
- b) 2 = Anemia leve: Hb 10 - 10.9 mg/dL ()
- c) 3 = Anemia moderada: Hb 9.9 - 7 mg/dL ()
- d) 4 = Anemia severa: Hb < 7 g/dL ()

Anexo 3: Validez de instrumento

Opción de aplicabilidad:

Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y Nombres del juez validador: REYES SERRANO BERTHA NATHALY

DNI: 46030497

ESPECIALIDAD DEL VALIDADOR: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA /
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Lima, 27 diciembre 2024.



FIRMA DEL EXPERTO
INFORMANTE

Opción de aplicabilidad:

Aplicable [] Aplicable después de corregir [X] No aplicable []

Apellidos y Nombres del juez validador: Salcedo Suárez Katty Leticia

DNI: 08113568

ESPECIALIDAD DEL VALIDADOR:

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Lima, 06 enero 2025.



HOSPITAL "SANTA ROSA"
KATTY SALCEDO SUAREZ
Obstetra Especialista
ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS
COP 4896 - RNE N° 1161-E-01

Opción de aplicabilidad:

Aplicable | Aplicable después de corregir | No aplicable |

Apellidos y Nombres del juez validador: Maritza Placencia Medina

DNI:08471948

ESPECIALIDAD DEL VALIDADOR: Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica.

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia; se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Lima, 02 enero 2025.


.....
Maritza D. Placencia Medina
COFP. 03188
RENACYT P0027755

Dra. Maritza Placencia Medina

**ANÁLISIS DE VALIDES DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO DE
RECOLECCIÓN DE DATOS V DE AIKEN**

CRITERIOS	DIMENSIONES	JUECES			SUMA	V DE AIKEN
		JUE Z 1	JUE Z 2	JUE Z 3		
PERTINENCIA	Dimensión 1	1	1	1	3	1
	Dimensión 2	1	1	1	3	1
	Dimensión 3	1	1	1	3	1
RELEVANCIA	Dimensión 1	1	1	1	3	1
	Dimensión 2	1	1	1	3	1
	Dimensión 3	1	1	1	3	1
CLARIDAD	Dimensión 1	1	1	0	2	0.67
	Dimensión 2	1	1	1	3	1
	Dimensión 3	1	1	0	2	0.67
						0.92

COODIFICACION RESPUESTA DE JUECES:

- APRECIACION POSITIVA = 1
- APRECIACION NEGATIVA = 0

FORMULA V DE AIKEN

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

Donde:

S = Suma de respuestas positivas

n = Número de jueces

c = Número de valores de la escala de evaluación

Interpretación: La Validez de Contenido (CVC) por Juicio de Expertos obtenido según el coeficiente V de Aiken es 0.92 (92%), quiere decir que el instrumento de recolección de datos tiene validez y concordancia excelente

Anexo 4: Aprobación de comité de ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 10 de febrero de 2025

Investigador(a)
Katia Maily Raymundo Torres
Exp. N°:0184-2025

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEIC-UPNW) evaluó y **APROBÓ** los siguientes documentos:

- Protocolo titulado: “Estado Nutricional y Parto Pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Lima Este-Vitarte año 2023” con fecha 30/01/2025.

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Katia Maily Raymundo Torres.

La **APROBACIÓN** comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

1. La vigencia de la aprobación es de dos años (24 meses) a partir de la emisión de este documento.
2. Toda **enmienda o adenda** se deberá presentar al CIEIC-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
3. Si aplica, la **Renovación** de aprobación del proyecto de investigación deberá iniciarse treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, con su respectivo informe de avance.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

Raúl Antonio Rojas Ortega
Presidente

Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
UPNW



Anexo 5: Carta de aprobación de la institución para la recolección de datos

Lima, 15 de mayo del 2025

CÓDIGO DE APROBACIÓN: N° 024-2025-CIEI/HLEV

Investigador(es)
Raymundo Torres Katia Maily

Asunto: DICTAMEN DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

APROBADO

TÍTULO DEL PROYECTO:

"ESTADO NUTRICIONAL Y PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LIMA ESTE-VITARTE AÑO 2024"

Le informamos que su proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité y las opiniones acerca de los documentos presentados se encuentran a continuación:

	N° y/o Fecha Versión	Decisión
PROTOCOLO	Versión 1	Aprobado
CONSENTIMIENTO INFORMADO	No Aplica	-----

Este protocolo tiene vigencia de mayo 2025 a abril del 2026. En caso de requerir una ampliación, le rogamos tenga en cuenta que deberá enviar al Comité un reporte de progreso al menos 30 días antes de la fecha de término de su vigencia. Lo anterior forma parte de las obligaciones del Investigador las cuales vienen descritas al reverso de esta hoja.

Atentamente,

Sergio Endo Ramos
M.C. SERGIO IVAN ENDO RAMOS

PRESIDENTE DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL DE LIMA ESTE - VITARTE



Av. José Carlos Mariátegui N° 364
Ate, Teléfono 01 – 417-2923
www.hlev.gob.pe



LINEAMIENTOS QUE ESTABLECEN LAS OBLIGACIONES DE LOS INVESTIGADORES RESPONSABLES DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

1. Contar con la versión actualizada, con sello de aprobado por el Comité de protocolo de investigación, carta de consentimiento informado y cualquier documento que se haya presentado a revisión y hubiese sido aprobado.
2. Incluir en el expediente del paciente el "Formato Consentimiento bajo información de investigación" en los casos que sean necesarios según el tipo de estudio.
3. El investigador deberá reportar de manera semestral (junio y diciembre) el avance de su proyecto, el cual lo hará llegar al Comité Institucional de Ética en Investigación el Reporte anual final (Reporte de Progreso) o una carta describiendo los avances del proyecto.
 - 3.1. Los protocolos que hayan sido aprobados durante el segundo trimestre, no estarán obligados a presentar el primer informe de progreso semestral, así como los autorizados en el cuarto trimestre, no estarán obligados a presentar el informe de progreso anual. En ambos casos, quedando obligados a hacerlo el siguiente semestre.
 - 3.2. De los protocolos que no cuenten con reporte de progreso, el comité informara a la jefatura de Investigación, quien emitirá por escrito con copia a la Dirección General del Hospital de Lima Este - Vitarte y a las autoridades que corresponda, **un aviso de suspensión del protocolo**.
 - 3.3. En caso de no hacer entrega de su informe de avance de proyecto, éste **le será cancelado y el investigador no podrá someter a revisión protocolos de investigación por 6 meses contados a partir de la fecha de cancelación del proyecto**.
 - 3.4. El Área de Investigación notificará al Comité los proyectos que han sido suspendidos o cancelados.
4. Al terminar el proyecto enviar al Comité un reporte final del estudio en los 2 meses siguientes a su terminación (utilizando ya sea el formato sugerido o una carta describiendo los resultados del proyecto).
 - 4.1. Notificar los productos resultados del protocolo.
5. En el caso de protocolos financiados por la Industria Farmacéutica, el investigador responsable notificará al Instituto Nacional de Salud la cancelación o suspensión del protocolo de investigación.
6. Para los protocolos financiados con Fondos del CONCYTEC, el investigador principal se apegará a los lineamientos que establezca el mismo Fondo y reportará el avance y situación que prevalece ante el COCYTEC dentro del reporte de progreso que entregan al Área de Investigación de manera semestral y anual.



Anexo 6: Informe de Turnitin

● 20% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 18% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 11% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	5%
2	repositorio.upsjb.edu.pe Internet	2%
3	hdl.handle.net Internet	2%
4	core.ac.uk Internet	<1%
5	repositorio.unemi.edu.ec Internet	<1%
6	repositorio.unp.edu.pe Internet	<1%
7	biblioteca.medicina.usac.edu.gt Internet	<1%
8	redi.unjbg.edu.pe Internet	<1%

● 20% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 18% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 11% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	5%
2	repositorio.upsjb.edu.pe Internet	2%
3	hdl.handle.net Internet	2%
4	core.ac.uk Internet	<1%
5	repositorio.unemi.edu.ec Internet	<1%
6	repositorio.unp.edu.pe Internet	<1%
7	biblioteca.medicina.usac.edu.gt Internet	<1%
8	redi.unjbg.edu.pe Internet	<1%