



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL MEDICINA

Perfil clínico epidemiológico de parto pretérmino en gestantes atendidas  
en el Hospital Belén de Trujillo, 2010 al 2020

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
Médico Cirujano

**AUTOR:**

Valdez Esquivel, Max Joe (código ORCID: 0000-0002-5572-0158)

**ASESORA:**

Dra. Vega Fernández, Amalia Guadalupe (código ORCID: 0000-0002-0274-7437)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Salud Perinatal e Infantil

TRUJILLO — PERÚ

2020

## **Dedicatoria**

Este trabajo va dedicado a mi madre, mi padre, mis hermanos, quienes siempre estuvieron conmigo, apoyándome y valorando cada esfuerzo que daba, entregando toda su confianza y amor,

A mi hijo quien es mi mayor motivación y mi inspiración para salir adelante y superarme cada día.

**Valdez Esquivel Max Joe**

## **Agradecimiento**

En primer lugar, doy gracias a Dios por haberme dado fuerza y valor para culminar esta primera etapa de mi vida profesional.

A mi madre Rosa, por ser el pilar más importante de mi vida y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional, que, sin duda alguna, en el trayecto de mi vida me ha demostrado su amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos.

A mi padre Marcial, que siempre lo he tenido presente en mi vida, que vive con el principal propósito de verme realizado como un profesional de éxito, brindándome su apoyo rotundo; orgulloso por la persona en la cual me he convertido.

A mi Hermana Mireya, por apoyarme siempre con sus consejos y querer siempre lo mejor para mí, a mi Hermano Angel , que me ayudó en cada paso que di en esta larga carrera.

A mi hijo Jeffrey, por las grandes enseñanzas que me trajo en esta vida además de ser la razón de mi esfuerzo y mis ganas para salir adelante y ser un gran ejemplo para él en el futuro.

**Valdez Esquivel Max Joe**

## Índice de contenidos

|   |     |
|---|-----|
| Dedicatoria   | i   |
| Agradecimiento  | ii  |
| Resumen   | vi  |
| Abstract  | vii |
| I. INTRODUCCIÓN   | 1   |
| II. MARCO TEÓRICO   | 4   |
| III. METODOLOGÍA  | 11  |
| 3.1 Tipo y diseño de investigación  | 11  |
| 3.2 Variables y operacionalización  | 11  |
| 3.3 Población (criterios de selección), muestra, muestreo, unidad de análisis | 12  |
| 3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos                           | 13  |
| 3.5 Procedimientos  | 13  |
| 3.6 Método de análisis de datos   | 13  |
| 3.7 Aspectos éticos   | 14  |
| IV. RESULTADOS  | 15  |
| V. DISCUSIÓN  | 27  |
| VI. CONCLUSIONES  | 32  |
| VII. RECOMENDACIONES  | 33  |
| REFERENCIAS   | 34  |

## Índice de tablas

**Tabla n° 1:**

**15**

## Índice de gráficos y figuras

|                     |    |
|---------------------|----|
| <b>Figura N°1:</b>  | 16 |
| <b>Figura N°2:</b>  | 17 |
| <b>Figura N°3:</b>  | 18 |
| <b>Figura N°4:</b>  | 19 |
| <b>Figura N°5:</b>  | 20 |
| <b>Figura N°6:</b>  | 21 |
| <b>Figura N°7:</b>  | 22 |
| <b>Figura N°8:</b>  | 23 |
| <b>Figura N°9:</b>  | 24 |
| <b>Figura N°10:</b> | 25 |
| <b>Figura N°11:</b> | 26 |

## Resumen

El presente estudio corresponde a una investigación transversal, descriptivo simple cuyo objetivo es determinar el perfil clínico epidemiológico de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo, 2010 al 2020. Para ello se usó la base de datos del Sistema informático perinatal de gestantes con diagnóstico de parto pretérmino. Dentro de los resultados se obtuvo que la incidencia de partos pretérmino fue de 8.3%. De las cuales el 75.3% estaban entre los 18 a 35 años, el 73% dentro de las 34 a 36 semanas, el 70.2% eran convivientes, el 54.6% tenían grado de instrucción de secundaria, el 32.5% procedían de Trujillo, el 49.7% tuvieron mayor igual a 2 gestaciones previas y el 99.5% estaban sanas al momento del egreso. Dentro de los factores de riesgo para parto pretérmino, se encontró: RPM (25.4%), HIE (14.6%), vaginosis (7.8%), embarazo múltiple (12%), ITU (7%), patologías del líquido amniótico (5%), enfermedades crónicas preexistentes (3.7%), placenta previa (2.8%), DPP (2.1%), diabetes gestacional (0.9%) y corioamionitis (0.5%). De los recién nacidos pretérmino el 77.7% estaba entre las 33 y 36 semanas, el 43.5% entre los 1500 a 2499 gramos y con una letalidad de 13.2%.

**Palabras claves:** Parto pretérmino, perfil epidemiológico, recién nacido prematuro.

## **Abstract**

The present study corresponds to a simple descriptive cross-sectional investigation whose objective is to determine the clinical epidemiological profile of preterm birth in pregnant women attended at the Hospital Belén de Trujillo, 2010 to 2020. For this, the database of the Perinatal Computer System of pregnant women with a diagnosis of preterm delivery. Among the results, it was obtained that the incidence of preterm birth was 8.3%. Of which 75.3% were between 18 to 35 years old, 73% within 34 to 36 weeks, 70.2% were cohabiting, 54.6% had a high school education degree, 32.5% came from Trujillo, 49.7% had greater than 2 previous pregnancies and 99.5% were healthy at the time of discharge. Among the risk factors for preterm delivery, it was found: PROM (25.4%), HIE (14.6%), vaginosis (7.8%), multiple pregnancy (12%), UTI (7%), amniotic fluid pathologies (5 %), pre-existing chronic diseases (3.7%), placenta previa (2.8%), PPD (2.1%), gestational diabetes (0.9%), and chorioamionitis (0.5%). Of the preterm newborns, 77.7% were between 33 and 36 weeks, 43.5% between 1500 and 2499 grams and with a 13.2% mortality.

**Keywords:** Preterm delivery, epidemiological profile, premature newborn.



## I. INTRODUCCIÓN

En el mundo, hay 16 millones de recién nacidos, de cada 10 nacimientos aproximadamente 1 nace prematuramente, de acuerdo con el informe Nacido Demasiado Pronto: En el cual se obtuvo que casi 2 millones de recién nacidos mueren minutos después del nacimiento; en cambio los que llegan a sobrevivir padecen algún tipo de discapacidad física, educativa y neurológica, y esto hace que las familias asuman un nivel alto de costo en los cuidados y mantenimientos de estos bebés. (1)

El 60% de los nacimientos prematuros se producen en África. En los países de ingresos bajos un 12% de los niños nace prematuramente, en comparación al 9% en los países de ingresos más altos. (2) Sin embargo en Latino América y El Caribe la incidencia es de 8,1 %, (3) y en el Perú una incidencia de 8 a 10%. (4) Es por todo ello que constituye una dificultad de salud pública de gran envergadura, fundamentalmente en Latinoamérica.

La mayoría de los partos pretérmino suceden entre las semanas 32 y 36 6/7, un 11% entre las 28 y 32 semanas y solo un poco más del 1% antes de las 28 semanas. (5)

El parto prematuro es el principal origen de morbimortalidad neonatal en el planeta, y representa alrededor de 13 millones de nacimientos al año. Aunque la vía común final puede ser la misma, la etiología del parto pretérmino (P.P.) es multifactorial. Actualmente, los métodos de detección para identificar embarazos con alto riesgo de PP, o intervenciones para prevenir o retrasar el parto de mujeres en trabajo de parto prematuro espontáneo no han reducido la tasa de PP. Además, la heterogeneidad en las vías fisiopatológicas causales, los marcadores biomoleculares y las presentaciones clínicas presentan numerosos desafíos para nuestra comprensión de la etiología del PP. (6)

En un estudio realizado en un hospital universitario en Ghana; Bonsaffoh et al, (7) encontraron que el parto prematuro ocurrió en 1478 (18.9%) de 7801 partos únicos con distribución etiológica de 879 (59.5%) fenotipos espontáneos y 599 (40.5%) iniciados por el proveedor. La categorización por edad gestacional (clasificación de la

OMS) de los nacimientos prematuros incluyó 68 (4.6%), 235 (15.9%) y 1175 (79.5%) menores de 28 años, entre 28-31 y 32-36 semanas respectivamente.

Vargas et al. (8) reportaron que en el Perú, la mayor cantidad de muertes dentro de los primeros 28 días se encontró en la Costa con un 39.5%, en la Sierra con 21.1% y en la Selva con 39.4%.

Las pruebas predictivas para el parto prematuro son increíblemente importantes para resaltar a aquellas mujeres con mayor riesgo de parto prematuro para que podamos ofrecer intervenciones profilácticas y ayudar a guiar las decisiones de manejo prenatal. Desafortunadamente, es poco probable que haya una sola prueba para predecir el parto prematuro, pero es probable que una combinación de pruebas mejore la predicción clínica; entre ellas tenemos: longitud cervical, fibronectina fetal, proteína de unión al factor de crecimiento similar a la insulina fosforilada, alfa-macroglobulina-1 placentaria. (9)

Con tecnología y cuidados perinatales avanzados, la supervivencia entre los bebés nacidos muy prematuros (<32 semanas de gestación) ha mejorado dramáticamente en las últimas décadas. Sin embargo, los resultados médicos y del desarrollo neurológico adversos para aquellos nacidos muy prematuros siguen siendo altos, particularmente en las edades gestacionales más bajas. La salud pública desempeña un papel fundamental al proporcionar datos para evaluar los riesgos basados en la población asociados con el parto muy prematuro, abordar las disparidades e identificar oportunidades para la prevención, incluida la mejora de la salud de las mujeres en período reproductivo, previamente, durante y posteriormente de la gestación. (10)

Las tasas de parto pretérmino (PP) y las de morbilidad y mortalidad infantil no han disminuido en los últimos años. Esto se debe a la gama limitada de medicamentos disponibles y la incertidumbre en los métodos para predecir el parto prematuro, todavía tenemos que obtener una comprensión adecuada de la etiología y fisiopatología de PP. Por lo tanto, para reducir la tasa de PP y mejorar su resultado, se necesitan más investigaciones. (11)

Por todo lo antes expuesto, se planteó el siguiente problema: ¿Cuál es el perfil clínico epidemiológico de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo 2010 - 2020?

Este trabajo de investigación tiene como propósito determinar el perfil clínico epidemiológico de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo, para que así, se puedan identificar los factores de riesgo y se fortalezcan estrategias para la prevención y adecuado manejo de las gestantes con amenaza de PP en los diferentes niveles institucionales de vigilancia prenatal.

Es importante tener en cuenta que no existe un solo factor responsable en el nacimiento pre término, sino que es multifactorial. Por lo que es necesario actuar no solo desde el sector salud, sino mejorar las condiciones sociales y económicas de la mujer desde la etapa pregestacional y un adecuado control prenatal. El resultado sería ventajoso y se reducirá la muerte dentro de los primeros 28 días de vida, además se debe asegurar un adecuado desarrollo de salud que comprende los aspectos: físico, social y psicológico de los recién nacidos, los cuales son los futuros adultos del país.

Los objetivos considerados en el presente trabajo son: Objetivo general: Determinar el perfil clínico epidemiológico de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo del 2010 al 2020. Objetivos específicos: a) Estimar la incidencia del parto pretérmino en el periodo 2010 – 2020. b) Caracterizar a la población de gestantes según edad materna, edad gestacional, estado civil, grado de instrucción, lugar de procedencia, gestaciones previas y condición de egreso. c) Precisar los factores de riesgo presentes para el parto pretérmino. d) Caracterizar a los recién nacidos prematuros, según edad gestacional, peso al nacer y letalidad.

## II. MARCO TEÓRICO

Rodríguez (12) realizó una investigación de tipo descriptivo, se informó que las causas principales de asociación a parto antes de término con mayor frecuencia fueron: amenaza de parto pretérmino (A.P.P), infección del tracto urinario (ITU), ruptura prematura de membranas (RPM). Además, se publicó que la restricción de crecimiento intrauterino (RCIU), preeclampsia, y la gestación múltiple, fueron las principales indicaciones para la culminación de la gestación pretérmino. Y por otra parte se halló que los antecedentes de: hipotiroidismo, aborto y muerte intrauterina, no tuvieron la asociación para desarrollar PP.

Retureta et al (13) informaron la incidencia de parto prematuro el cual se obtuvo 8,0 y 9,0%, beneficiados por los eficientes servicios de salud, la tasa se encuentra inferior al 5,0% promedio nacional, no obstante constituye el factor más importante de causa de muerte perinatal.; Concluyendo que las causas asociadas a PP más frecuentes fueron: antecedentes de PP e ITU.

En China, Jian et al; (14) investigaron los factores de riesgo de PP y los resultados neonatales del PP y proporcionaron una base para prevenir el PP. En los análisis ajustados multivariados, surgieron siete factores de riesgo estadísticamente significativos para el PP. Estos factores incluyen: antecedentes de embarazo previo (Exp (B) = 1.263, IC del 95%: 1.059,1.508), hipertensión (Exp (B) = 4.677, IC del 95%: 2.110,10.369), colestasis intrahepática del embarazo (Exp (B) = 5.580, IC 95%: 1.626,19.149), restricción del crecimiento fetal (Exp (B) = 3.391, IC 95%: 1.011,11.376), RPM (Exp (B) = 4.276, IC 95%: 2.782,6.572), placenta previa (Exp (B) = 3.906, IC 95%: 1.395,10.932) y presentación anormal (Exp (B) = 3.383, IC 95%: 1.623,7.054). Además se demostró que los tiempos de atención prenatal son un factor protector para el parto prematuro (Exp (B) = 0.669, IC 95%: 0.621,0.720), lo que significa que la atención prenatal regular puede disminuir el riesgo de PP. El PP es una razón importante de mal pronóstico neonatal y muerte.

En otro estudio, Norman et al. (16) determinaron si la profilaxis vaginal con progesterona administrada para reducir el riesgo de parto prematuro afecta los

resultados neonatales e infantiles. Encontraron que la progesterona no tuvo un efecto significativo en el resultado obstétrico primario (odds ratio ajustado para comparaciones múltiples [OR] 0.86, IC 95% 0.61–1.22) o resultado neonatal (OR 0.72, 0.44– 1.17), ni en el resultado infantil (puntaje cognitivo, grupo de progesterona versus grupo placebo, 97.3 [DE 17.9] vs 97.7 [17.5]; diferencia en medias –0.48, IC 95% – 2.77 a 1.81).

Así también Hendryx et al. (17) identificaron patrones de salud, indicadores socioeconómicos, conductuales y psicosociales que pueden encontrarse asociados con el parto con bajo peso al nacer (BPN) o PP, a través de un estudio longitudinal evaluaron un total de 9075 nacimientos únicos vivos, donde encontró que el estrés, ansiedad, depresión se asoció con el PP (OR 1.87, IC 95% 1.20-2.92), y el hábito de fumar, beber, educación baja, multirriesgo se asoció con BPN (OR 1.54, IC 95% 1.02-2.30).

Blostein et al, (18) publicaron un estudio que tuvo como objetivo determinar si la microbioma vaginal está asociado con PP. Compararon microbiomas vaginales de mujeres con PP (n = 25) con una muestra aleatoria de mujeres con PP (n = 100) entre las participantes en el estudio de resultados del embarazo, materno infantil, realizado en Lima, Perú. Entre las mujeres muestreadas previas de las 12 semanas de embarazo, las gestantes con flora vaginal dominada por *Lactobacillus* eran menos propensas a tener un PP que aquellas con una flora vaginal diversa. Su estudio respalda la literatura previa que sugiere que lo que constituye un microbioma vaginal saludable varía según la raza / etnia.

Carnero (19) realizó un estudio caso control para identificar las principales causas del PP. Evaluó 150 gestantes con parto pretérmino y 300 que no tuvieron PP. Donde la incidencia de PP fue 33.3%. Los factores con alta significancia fueron 3: antecedente de PP (P< 0.001) ,OR = 8.5 e IC 95% (5.35 – 13.52) , ITU (P<0.0001) con un OR: 6 e IC 95% (3.89 – 9.299), la anemia (P=0.0001) con un OR: 2.26 e IC 95% (1.5085 – 3.3726) y por otro lado se encontró 1 factor de riesgo con baja significancia: la edad materna (P=0.4769) con un OR: 1.25 e IC 95% (0.67– 2.3218).

Sánchez (20) encontró que la frecuencia de PP en el Hospital Belén fue 11.54%. y que los factores de riesgo correlacionados a PP son: incorrecto control perinatal (OR: 10.36; P:0.00), APP (OR: 2.89; P:0.001), periodo intergenésico corto (P.I.C.) (OR: 1.88; p:0.017), ITU (OR:8.96; p:0.000), RPM (OR: 5.21; p:0.000) y preeclampsia (OR: 4.84; p:0.000).

Retureta et al. (13) encontraron un aumento de la incidencia del PP, el cual estaba presente en más del 50% de los recién nacidos que fallecieron, motivo por el cual representó un problema de salud pública significativo para los indicadores de mortalidad infantil lo que trajo complicaciones dentro de los primeros 28 días de vida como consecuencia del parto que no alcanza las 37 semanas de embarazo.

Ovalle et al. (21) describieron los factores de 642 nacimientos prematuros con diagnóstico de parto pretérmino (2007 -2009). El número de nacimientos prematuros que se reportó fue 69%, que se dieron entre las semanas 22 a 34 de gestación. La infección por bacterias fue el factor con mayor frecuencia asociado en el 51% de embarazadas. Así mismo se obtuvo que la infección vaginal o urinaria por estreptococos (grupo B) fue la condición clínica más característica que se asoció a partos relacionados con infección bacteriana ascendente.

Guillen et al (22) en su investigación de casos y controles (29 casos de prematuros y 58 controles) evaluaron los factores de riesgo correlacionados a PP. Encontrándose que los principales orígenes para el desarrollo de PP fueron: menores 18 años OR 4,71 (IC95% 1.40 -16.2), PIC (OR 5,8 IC95% 1,03-35,07), madre con 4 o menos controles prenatales (OR 4,05. IC95% 1,22-13.91), ITU (OR 4,77 IC95% 1,25-18.99), patología materna durante el embarazo, (OR 3,99. IC95% 1,35-12,00) y anemia (OR 17,5 IC95% 3,08-129,90).

Por otro lado Blanc J et al (23) publicaron un estudio que tuvo como objetivo evaluar si la edad gestacional <26 semanas de gestación (semanas) se asoció con morbilidad severa y muerte materna de partos por cesárea prematura en comparación con partos por cesárea entre 26 y 34 semanas. Encontraron que entre 2525 mujeres que tuvieron partos por cesárea prematura, 116 antes de 26 semanas y 2409 entre 26 y 34

semanas, 407 (14.4%) presentaron MMS. El MMS ocurrió en 31 madres (26.7%) que estaban en edad gestacional <26 semanas vs 376 (14.2%) entre 26 y 34 semanas ( $P < 0.001$ ). La regresión logística multivariada por conglomerados mostró una asociación significativa de edad gestacional <26 semanas y MMS ([aOR], 2.50; [IC] del 95%, 1.42–4.40) y el análisis de coincidencia de puntaje de propensión fue consistente con estos resultados (aOR , 2.27; IC 95%, 1.31–3.93).

Paredes (24) analizó 48 registros de historias clínicas de gestantes con parto pretérmino (2007-2008); donde evidenció que las adolescentes en etapa tardía (17 a 19 años) con 72,09%, fueron el grupo etario de mayor incidencia para parto pretérmino. La complicación más relevante fue el bajo peso (50%). La condición socioeconómica también fue importante en este estudio en el cual se obtuvo 85.42% de partos prematuros para condición socioeconómica regular y mala.

Ahumada (25) en su trabajo de tesis estudió a 600 mujeres embarazadas, de las cuales 298 culminaron su embarazo con recién nacidos pretérminos y 302 culminaron su embarazo a término. El parto pretérmino se relaciona con el insuficiente control prenatal se informó en los resultados obtenidos.

Coveñas (26) en un estudio correlacional buscó la relación entre prematuridad y preeclampsia, revisó 80 historias clínicas (2015 – 2016). Reportando que el parto prematuro fue más frecuente en gestantes con preeclampsia leve (85%) y el 15% de las gestantes tuvieron clínica severa de preeclampsia. No se encontró significancia estadística, para relacionar la preeclampsia y parto pretérmino ( $p=0.952$ ), entre los cambios epidemiológicos estudiados.

Guadalupe (27) evaluó 400 gestantes con parto pretérmino, con un intervalo de confianza al 95%. La edad, la preeclampsia, las infecciones urinarias, inadecuado control prenatal, estado civil, número de hijos y la RPM fueron los factores de riesgo registrados principales. En los cuales se halló que tienen un valor estadísticamente significativo ( $p<0.5$ ) y con un O.R:2.579.

Pacherres (28) en su estudio de tesis reportó que la mayor frecuencia de partos prematuros se encuentra entre las 34 y menos de 37 semanas de embarazo (68%),

predominando los neonatos prematuros de sexo masculino (56.7%). Y dentro de los principales factores de riesgo maternos para desarrollar parto pretérmino se obtuvo que: el 51.6% presentó ITU, (8.2%) APP y desprendimiento prematuro de placenta (1.03%).

Olórtégui (29) en su trabajo de investigación seleccionó 252 historias clínicas (HC) de pacientes que culminaron el embarazo en parto pretérmino y busco la relación con preeclampsia leve, como factor de riesgo. Los resultados fueron que 63 gestantes tuvieron preeclampsia leve (grupo expuesto), así mismo dentro de este grupo se encontraron que 22 de ellas tuvieron recién nacidos pequeños para la edad gestacional (PEG). De las 189 gestantes con presión arterial normal, grupo no expuesto, 40 tuvieron recién nacidos PEG. El grupo expuesto y no expuesto tuvo una incidencia de 34.92% y 21.13% respectivamente, con el 1.6% de RR, IC 95% de ( $p < 0.05$ ).

La OMS define el PP como aquel que se produce antes de las 37 semanas de gestación o menos de 259 días, contados a partir de la fecha de última menstruación. Así mismo el límite mínimo de edad gestacional que se establece entre PP y aborto es 22 semanas de gestación o 500 gramos de peso. (30) Además las mujeres con PP tienen el riesgo aumentado de otro PP en el futuro. (31)

La clasificación de PP se define de carácter cambiante. En ESSALUD (32). dividen por tiempo gestacional a los niños nacidos de PP en: prematuros moderados o tardíos (32 a 37 semanas), estrechamente prematuros (28 - 32 semanas), prematuros extremos (<28 semanas).

Los factores de riesgo para PP que aplican también de amenaza de PP son: antecedente de PP, ITU, edades extremas de vida reproductiva, PIC (< 2 años), historial de intervención en cuello uterino, exceso de drogas, tabaquismo, alcoholismo, desnutrición, anemia, violencia basada en género, estatura materna baja, ausencia de control de la gestación y grado socioeconómico bajo. (34). Así también la RPM <37 semanas de gestación complica el 4,5% de los embarazos, lo que representa el 32,6% de los nacimientos prematuros.. (33)



Así mismo, Muñoz F et al, (35) determinaron que las causas del parto prematuro son complejas y la fisiopatología que desencadena el parto prematuro es en gran medida desconocida, empero, se han descrito factores predisponentes contribuyentes maternos, fetales y placentarios. Los más comunes incluyen: hemorragia o desprendimiento anteparto; factores mecánicos como la distensión uterina excesiva y la incompetencia cervical; cambios hormonales e infección bacteriana e inflamación.

El APP incrementa el riesgo OR = 8.5, (IC 95% 5.35-13.52) de desarrollar parto pretérmino en un embarazo futuro. (19) La gravedad del parto pretérmino tiene un mayor grado de impacto en este grupo.

La infección de vías urinarias incrementa el riesgo de PP 2,32 veces ( $p=0,02$ ), esto además se ha relacionado con una gran variedad de patologías como: corioamnionitis, sepsis, etc. Se ha informado que las ITU se encuentran presentes en el 57,1% gestantes con PP. (34)

Los trastornos hipertensivos del embarazo son un factor de riesgo para PP. así lo indica Wilkersony et al, (36) quienes encontraron que los resultados de la hipertensión gestacional severa fueron peores que los de la preeclampsia leve. Hubo tasas más altas de parto prematuro a menos de 37 semanas de gravidez (54.2% versus 17.8% [ $P = .001$ ]) y menos de 35 semanas de gravidez (25.0% versus 8.4% [ $P = .016$ ]) y parto de lactantes PEG (20.8% versus 6.5% [ $P = .024$ ]). Los trastornos hipertensivos del embarazo continúan causando una gran cantidad de morbilidad y mortalidad materna y fetal a pesar de los esfuerzos para promover un diagnóstico y tratamiento adecuados.

Los extremos de la vida reproductiva (agrupación de 15 a 19 años o más de 40 años de edad) tienen una mayor frecuencia de PP : 59.30% y 94.44%, correspondientemente. (37)

La mayor frecuencia del PP fue en menores o iguales de 19 años en un 36.3% y en las de 20 a 25 años en un 34.5%. Por ello observamos que la edad es un factor estrechamente significativo en el progreso del PP. (38). Por otro lado, la estatura materna inferior a los 150 cm OR=4,331; (IC=2,967-6,321) mostró alguna correlación con el PP. (38)

La contracción uterina y la PCR elevada fueron factores de riesgo adicionales para el PP entre las mujeres con cuello uterino corto. Estos resultados pueden ser clínicamente útiles para evaluar el riesgo posterior de PP en mujeres embarazadas asintomáticas que presentan un cuello uterino corto a mediados del embarazo. (39)

Así también Mejia (40) et al, plantean las siguientes características clínicas que se presentan en el parto pretérmino; como: Dolor abdominal y pélvico, dolor en la espalda, dolor tipo cólico menstrual, secreción vaginal aumentada, sangrado vaginal, presión en el vientre, aumento en la frecuencia urinaria.

Los criterios diagnósticos de parto pretérmino se deben basar en un correcto examen físico, donde se valoran dos criterios: Las contracciones uterinas con una periodicidad de por lo menos cuatro cada 20 minutos, o de 8 cada 60 minutos y la incorporación del cérvix  $\geq 80\%$  y dilatación  $\geq 4$  cm. (32)

El parto prematuro y la corioamnionitis son factores de riesgo reconocidos de discapacidades del desarrollo neurológico del neonato; sin embargo, su papel combinado en las discapacidades del desarrollo neurológico infantil es desconocido. (41)

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1 Tipo y diseño de investigación

**Tipo de investigación:** Aplicado

**Diseño de investigación:**

No experimental, transversal, descriptivo simple.

Representado de la siguiente manera:

M → O

M: será la muestra estudiada

O: observación que se realizara a la muestra

(42)

#### 3.2 Variables y operacionalización

**Variable:**

Perfil clínico epidemiológico de parto pretérmino.

**Operacionalización:**

Anexo 3.

### 3.3 Población (criterios de selección), muestra, muestreo, unidad de análisis

**Población:** Estuvo constituida por todas las gestantes atendidas con diagnóstico de parto pretérmino del Hospital Belén de Trujillo en el periodo comprendido entre Enero del 2010 a Agosto del 2020.

- **Criterios de inclusión:** Mujeres atendidas con diagnóstico de parto pretérmino registradas en la plataforma de datos.
- **Criterios de exclusión:** Todas las mujeres atendidas cuya información esté incompleta en la plataforma de datos.

**Muestra:** Por ser un estudio descriptivo, será de tipo censal, es decir, se trabajará con toda la base datos del programa materno perinatal del Hospital Belén de Trujillo.

**Muestreo:** Se revisó la totalidad de la base de datos de las gestantes registradas en programa materno perinatal.

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

Se utilizó la técnica de análisis documental, se revisaron los datos del Sistema informático perinatal y se registraron en una ficha de investigación. Que incluye información referente a las características clínicas y epidemiológicas. **(Anexo 4)**

El instrumento fue validado a juicio de expertos, por tres profesionales especialistas en ginecología y obstetricia, quienes evaluaron las variables de la investigación y los ítems considerados en la ficha de investigación, para establecer si son relevantes para la investigación y si cumplen con los criterios de claridad, objetividad, actualidad, organización, competencia, intencionalidad, solidez, cohesión, sistemática y congruencia para su aplicación.

### **3.5 Procedimientos**

Antes de iniciar el estudio se solicitó autorización al Director del Hospital Belén de Trujillo, una vez obtenido el permiso se pudo acceder a la base de datos de la institución y se procedió a llenar la ficha de investigación registrando todos los datos requeridos para el estudio, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

### **3.6 Método de análisis de datos**

La información fue transcrita a tablas de Microsoft Excel 2016, seguidamente fue procesada en la plataforma de datos en el software SPSS 25.0 adaptación para Windows 10, la información se presenta en las tablas de frecuencias

simples y porcentajes. Para el razonamiento de la investigación se aplicó la estadística descriptiva: como media, mediana, moda y desviación estándar.

### **3.7 Aspectos éticos**

El presente estudio se realizó respetando los criterios de la Normas de Ética en la investigación considerados en la Declaración de Helsinsky, (48) considerando que es un experiencia descriptiva, se preservó la confidencialidad y la veracidad de los datos, la indagación obtenida sólo tuvo entrada a ella el personal investigador; se obtuvo el consentimiento del Comité de Investigación de la Facultad de Ciencias De la Salud de la Universidad César Vallejo de Trujillo y del nosocomio en el cual se realizó esta investigación.

#### IV. RESULTADOS.

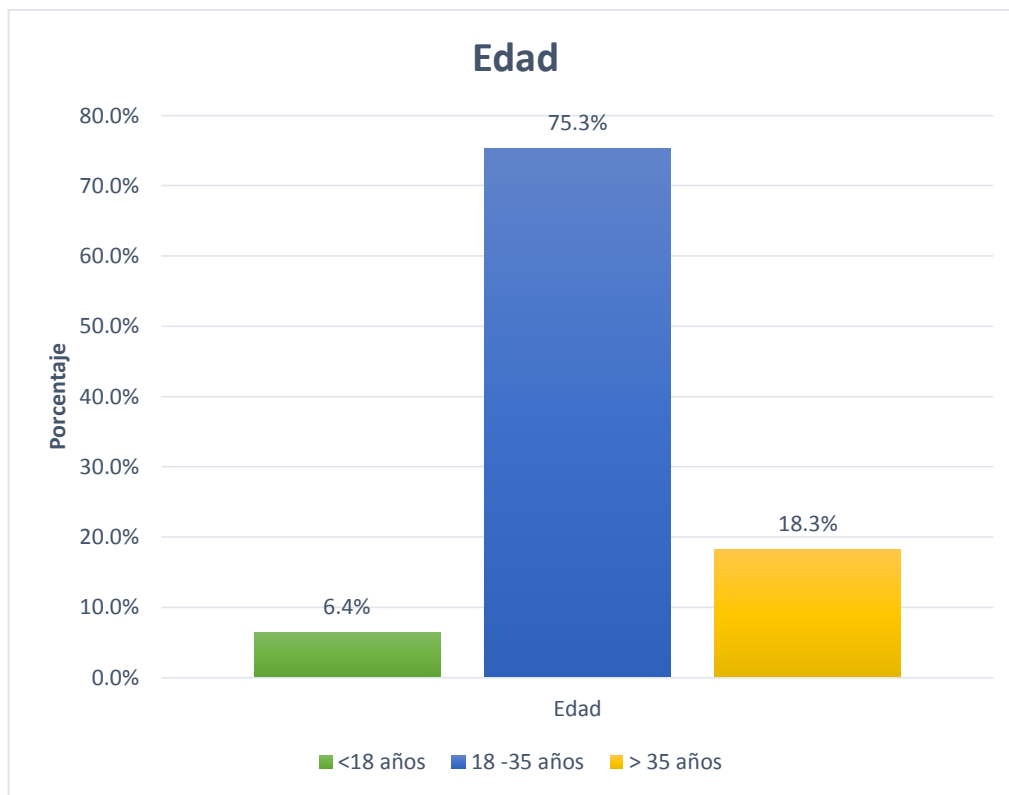
**TABLA N°1:**

Incidencia del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo, 2010- 2020.

| Años  | N° partos total/ año | N° partos pretérmino/ año | incidencia anual |
|-------|----------------------|---------------------------|------------------|
| 2010  | 1850                 | 156                       | 8.4%             |
| 2011  | 1910                 | 143                       | 7.5%             |
| 2012  | 1735                 | 138                       | 8.0%             |
| 2013  | 1879                 | 148                       | 7.9%             |
| 2014  | 1530                 | 115                       | 7.5%             |
| 2015  | 1790                 | 142                       | 7.9%             |
| 2016  | 1644                 | 128                       | 7.8%             |
| 2017  | 1300                 | 121                       | 9.3%             |
| 2018  | 1665                 | 144                       | 8.6%             |
| 2019  | 1429                 | 130                       | 9.1%             |
| 2020  | 374                  | 53                        | 14.2%            |
| Total | 17106                | 1418                      | 8.3%             |

Fuente: Ficha de recolección de datos del Sistema Materno Perinatal Hospital Belén, 2010 – 2020. Elaboración propia

La incidencia de parto pretérmino en el Hospital Belén de Trujillo, 2010 al 2020 fue de 8.3%



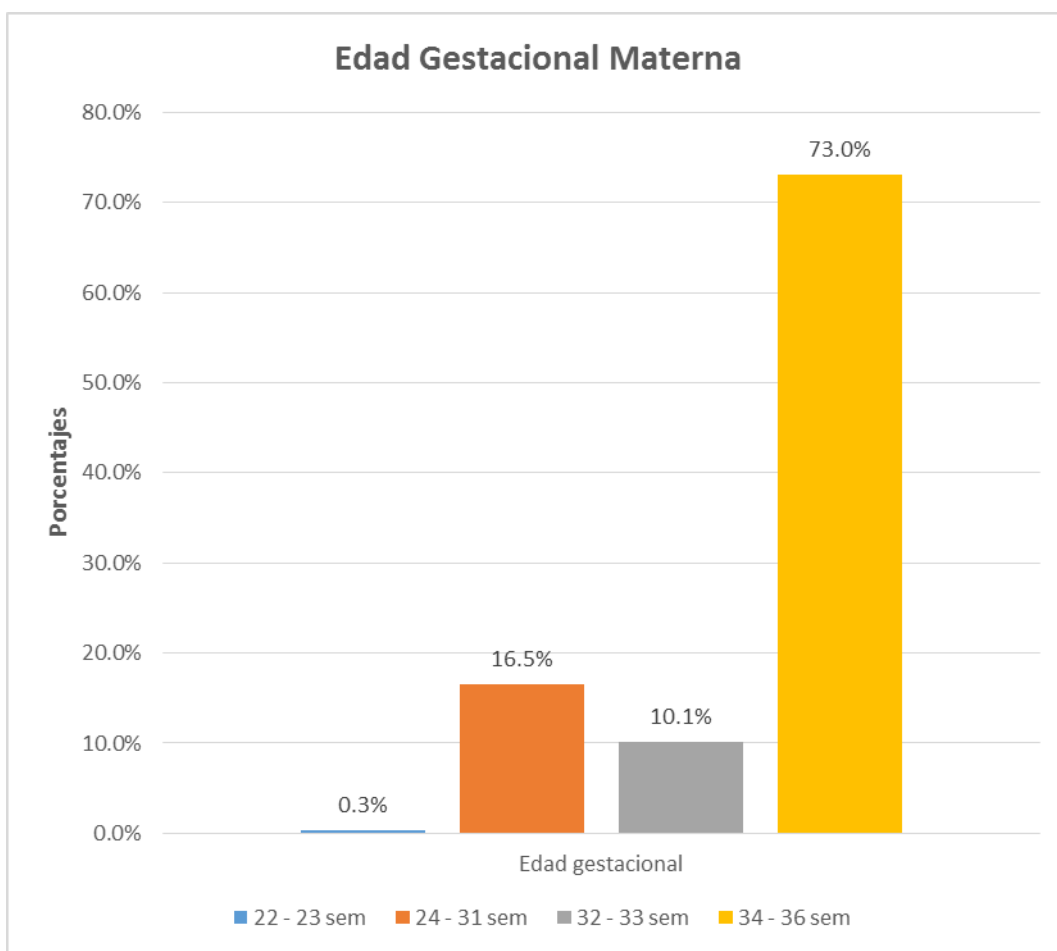
Fuente: Ficha de recolección de datos del Sistema Materno Perinatal Hospital Belén, 2010 – 2020.  
Elaboración propia

**Figura N°1:**

Características de las gestantes con parto pretérmino según edad materna en el Hospital Belén de Trujillo, 2010 al 2020

El 75.3% de pacientes con parto prematuro se encontraban entre 18 a 35 años, el 18.3 % mayores de 35 años y 6.4 % eran menores de 18 años.



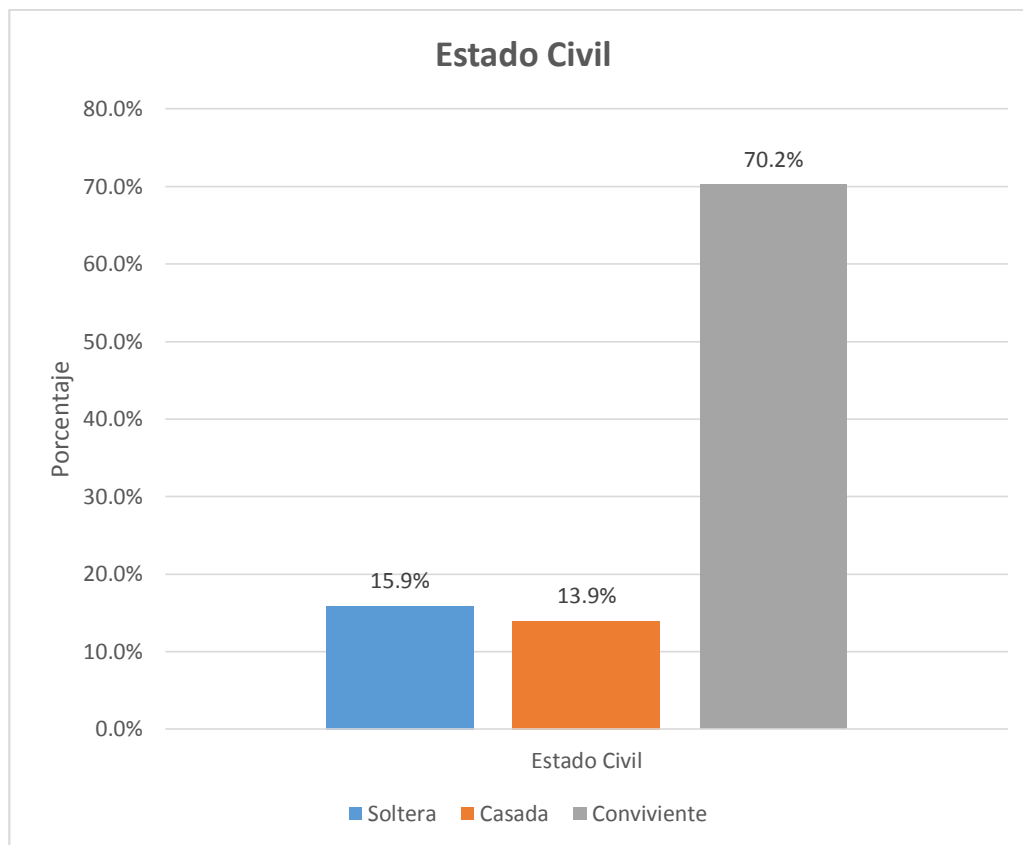


Fuente: Ficha de recolección de datos del Sistema Materno Perinatal Hospital Belén, 2010 – 2020. Elaboración propia

**Figura N°2:**

Características de las gestantes con parto pretérmino según edad gestacional en el Hospital Belén de Trujillo, 2010 al 2020

El 73% se encontraban entre la 34 a 36 semanas de edad gestacional, el 10.1% entre 32 a 33 semanas, el 16.5% entre 24 a 31 semanas y 0.3% entre 22 a 23 semanas.

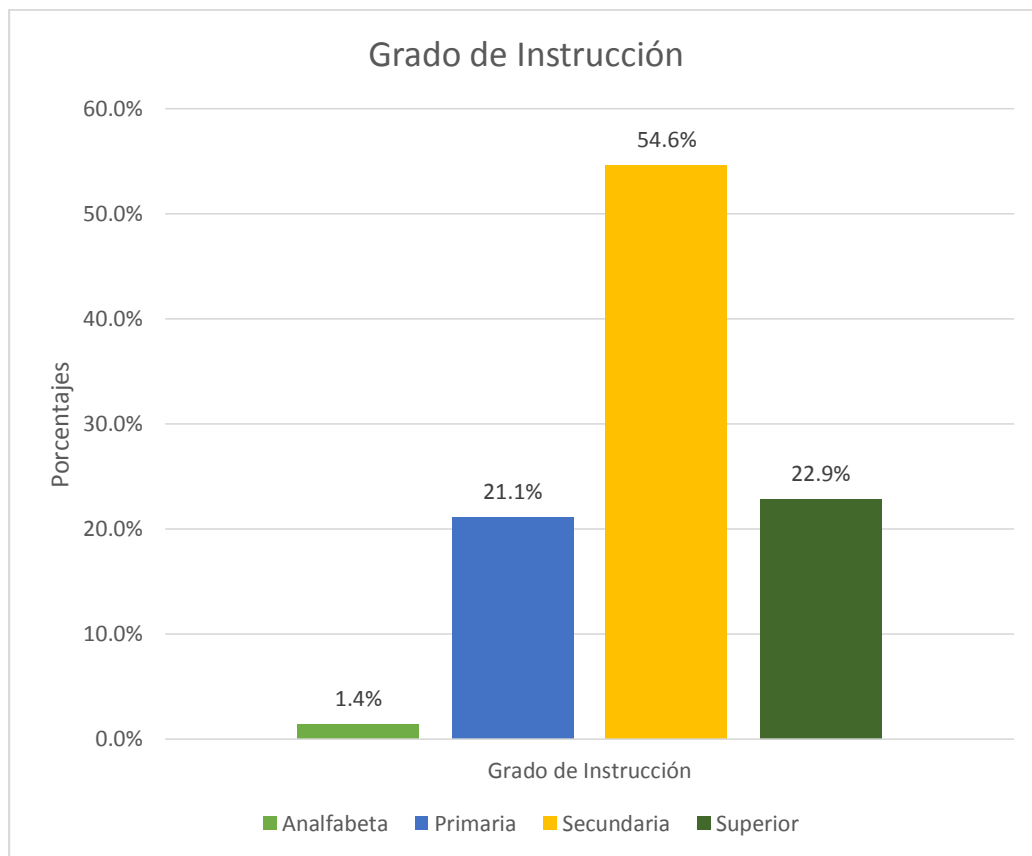


Fuente: Ficha de recolección de datos del Sistema Materno Perinatal Hospital Belén, 2010 – 2020. Elaboración propia

**Figura N°3:**

Características de las gestantes con parto pretérmino según estado civil en el Hospital Belén de Trujillo, 2010 al 2020

El 70.2% de los partos prematuros se encontraban con un estado de civil de convivientes, mientras que el 13.9% estaban casadas y finalmente el 15.9% eran solteras.

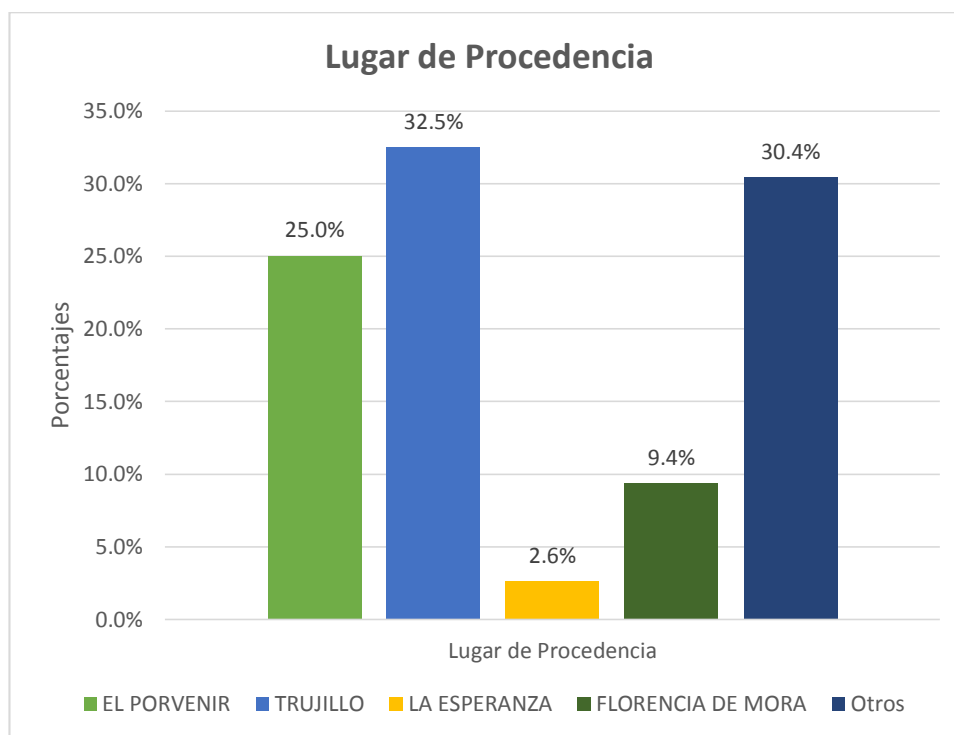


Fuente: Ficha de recolección de datos del Sistema Materno Perinatal Hospital Belén, 2010 – 2020. Elaboración propia

**Figura N°4:**

Características de las gestantes con parto pretérmino según grado de instrucción en el Hospital Belén de Trujillo, 2010 al 2020

El 54.6% de las pacientes tenían un grado de instrucción en secundaria, el 22.9% se encontraban en nivel superior, el 21.1% se encontraban en primaria, mientras que el 1.4% eran analfabetas.

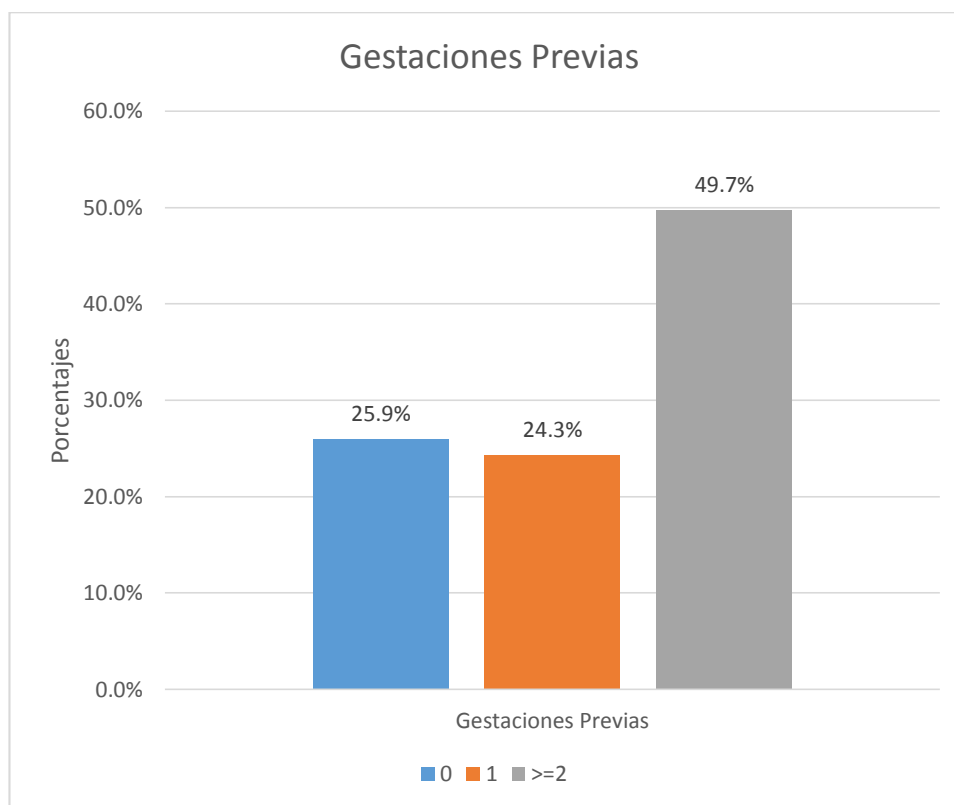


Fuente: Ficha de recolección de datos del Sistema Materno Perinatal Hospital Belén, 2010 – 2020.  
Elaboración propia

**Figura N°5:**

Características de las gestantes con parto pretérmino según distrito de procedencia en el Hospital Belén de Trujillo, 2010 al 2020

El 32.5% de partos pretérmino procedían de Trujillo, mientras que el 30.4% pertenecían a otros lugares, y dentro de los distritos se encontró que el 25% procedían de El Porvenir, el 9.4% de Florencia de Mora y el 2.6% de la Esperanza.

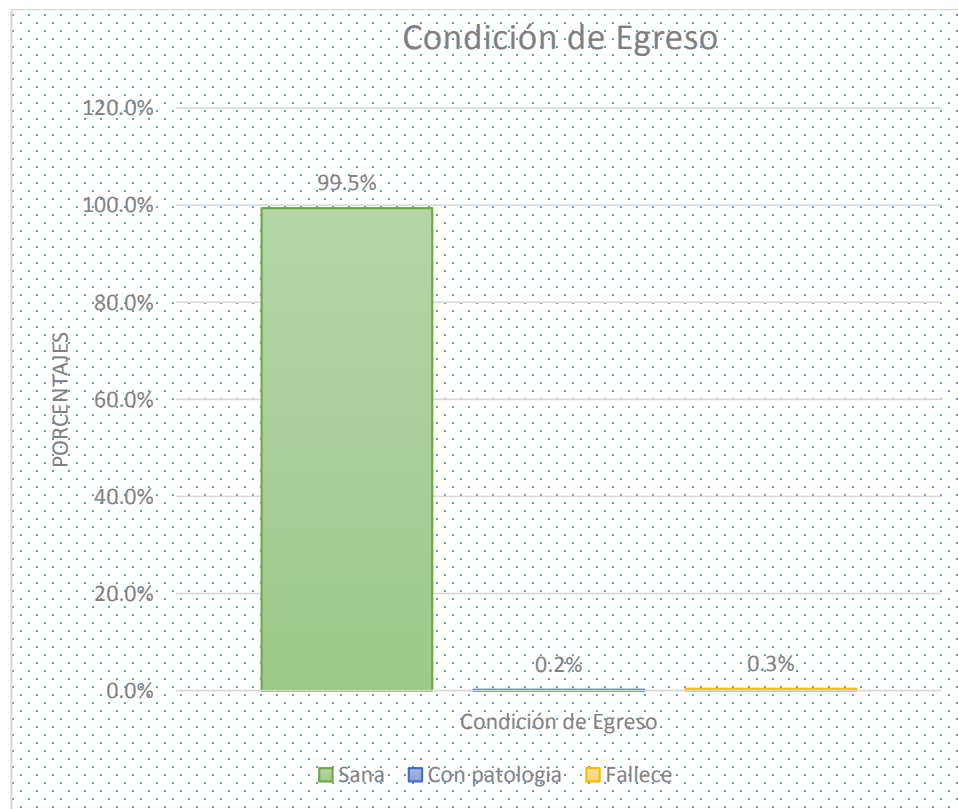


Fuente: Ficha de recolección de datos del Sistema Materno Perinatal Hospital Belén, 2010 – 2020.  
Elaboración propia

**Figura N°6:**

Características de las gestantes con parto pretérmino según número de gestaciones previas en el Hospital Belén de Trujillo, 2010 al 2020

El 49.7% de las gestantes con parto pretérmino tenían mayor o igual a 2 gestaciones previas, el 24.3% tenían 1 gestación previa y el 25.9% eran nulíparas.

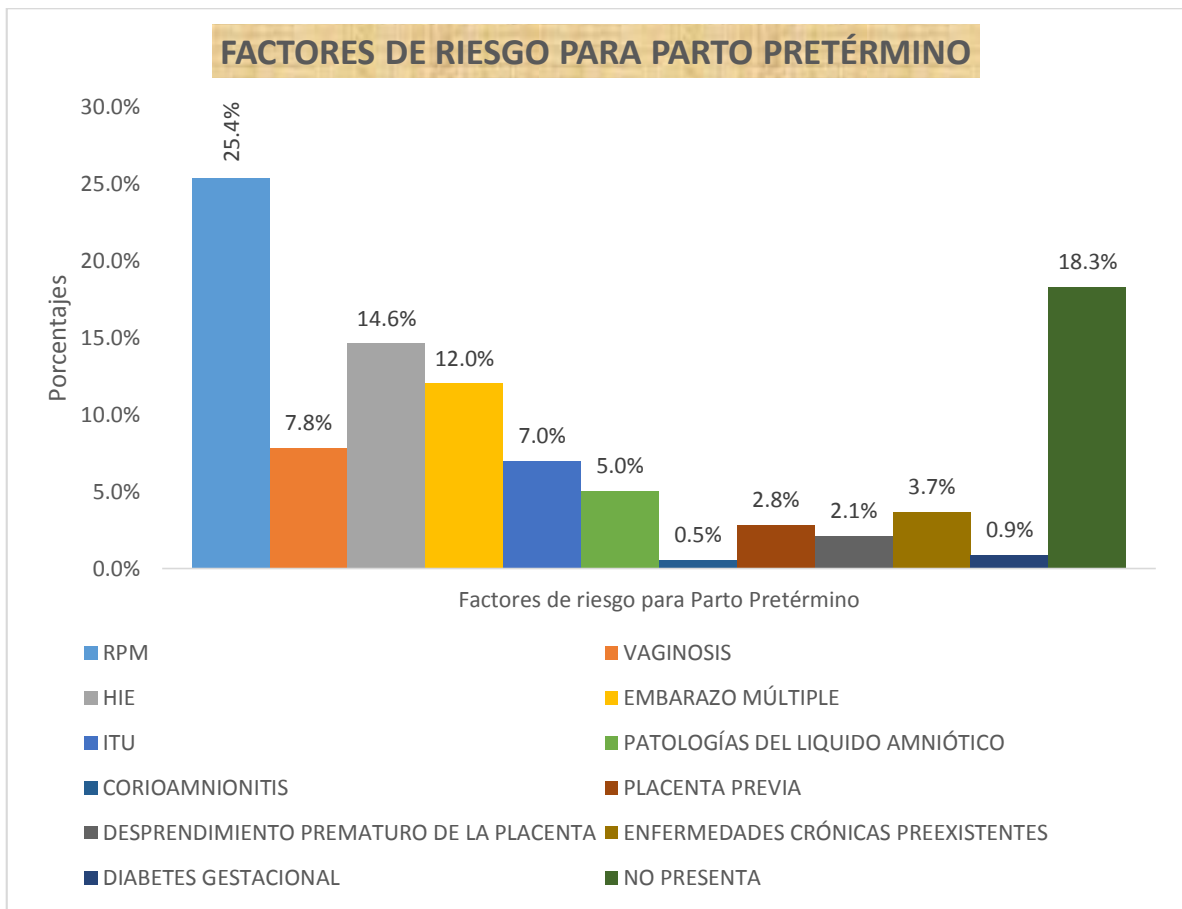


Fuente: Ficha de recolección de datos del Sistema Materno Perinatal Hospital Belén, 2010 – 2020.  
Elaboración propia

**Figura N°7:**

Características de las gestantes con parto pretérmino según condición de egreso en el Hospital Belén de Trujillo, 2010 al 2020

El 99.5% de las pacientes con diagnóstico de parto pretérmino estuvieron sanas al momento del egreso.

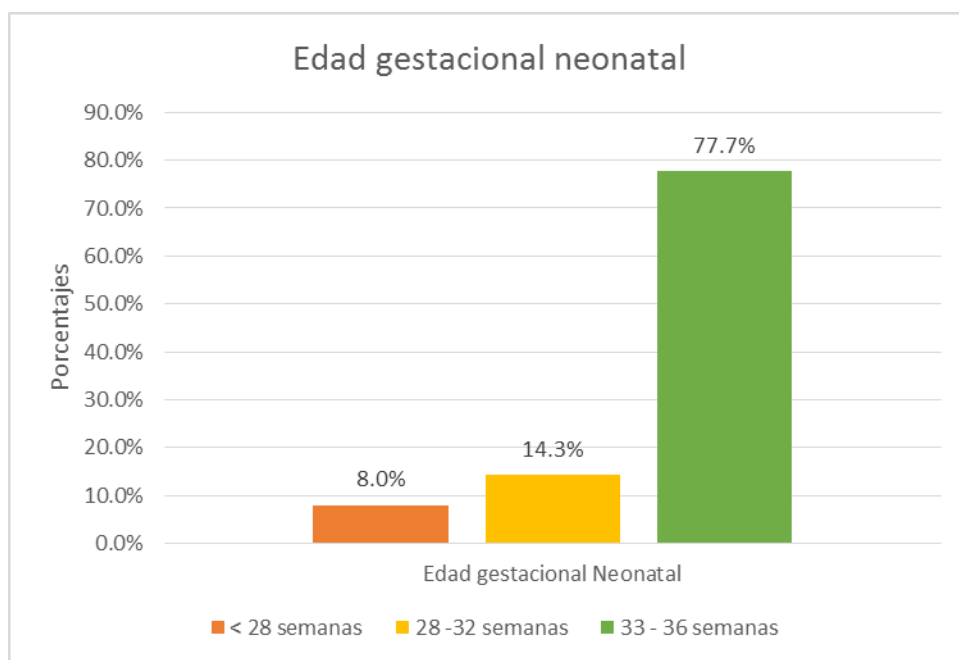


Fuente: Ficha de recolección de datos del Sistema Materno Perinatal Hospital Belén, 2010 – 2020. Elaboración propia

**Figura N°8:**

Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del Hospital Belén de Trujillo, 2010 al 2020

El principal factor de riesgo encontrado en el estudio fue la ruptura prematura de membranas con 25.4%, seguido del 18.3% que no presentaron factores de riesgo, el 14.6% presentaron hipertensión inducida por embarazo.



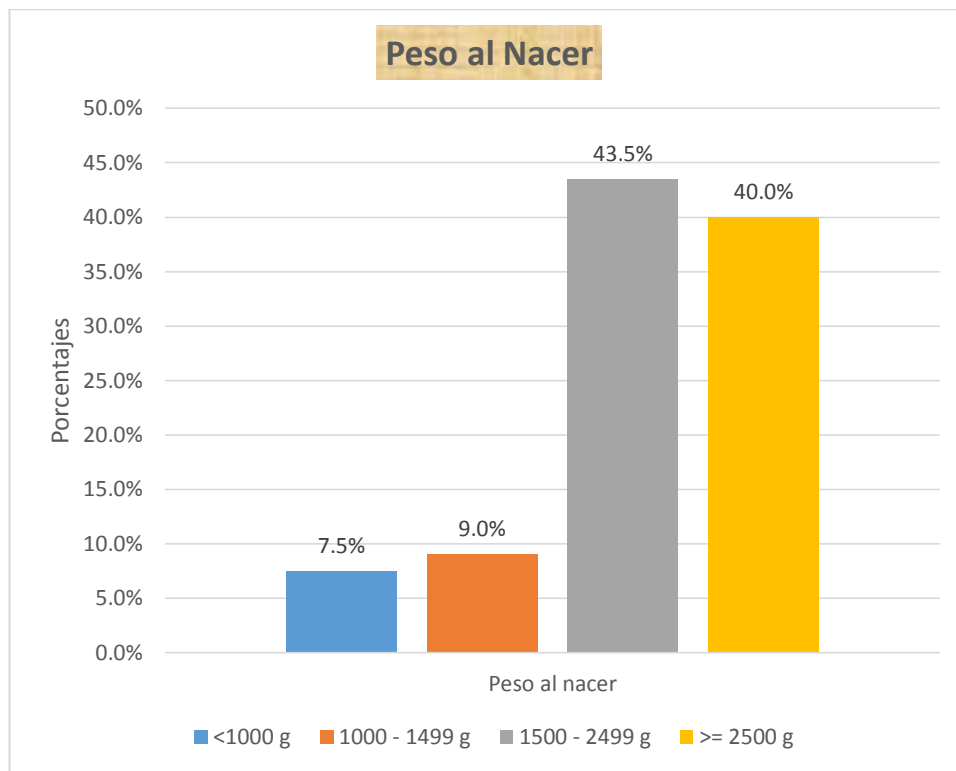
Fuente: Ficha de recolección de datos del Sistema Materno Perinatal Hospital Belén, 2010 – 2020.  
Elaboración propia.

**Figura N°9:**

Características de los recién nacidos pretérmino según edad gestacional en el Hospital Belén de Trujillo, 2010 al 2020

Respecto a la edad gestacional neonatal el 77.7% se encontraban entre las 33 a 36 semanas de edad gestacional, mientras que el 14.3% estaban entre las 28 a 32 semanas y el 8% menor a 28 semanas.



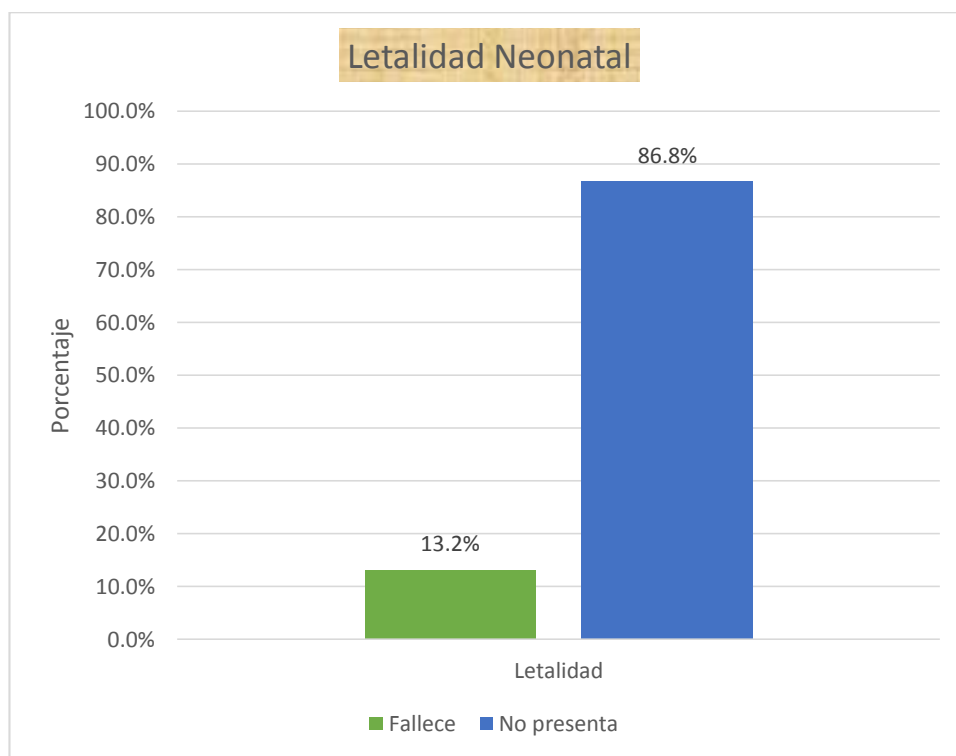


Fuente: Ficha de recolección de datos del Sistema Materno Perinatal Hospital Belén, 2010 – 2020.  
Elaboración propia

**Figura N°10:**

Características de los recién nacidos pretérmino según peso al nacer en el Hospital Belén de Trujillo, 2010 al 2020

El 43.5% de los recién nacidos con parto prematuro se encontraban entre 1500 a 2499 gramos mientras que el 7.5% se encontraba menor a 1000 gramos.



Fuente: Ficha de recolección de datos del Sistema Materno Perinatal Hospital Belén, 2010 – 2020.  
Elaboración propia

**Figura N°11:**

Letalidad de los recién nacidos pretérmino en el Hospital Belén de Trujillo, 2010 al 2020

El 13.2% de las recién nacidos con parto prematuro fallecieron a diferencia del 86.8% que no presentaron letalidad.

## V. DISCUSIÓN

El parto pretérmino en la actualidad constituye un problema para la salud pública, el cual desempeña un papel fundamental al proporcionar datos para evaluar los riesgos basados en la población asociados con el parto muy prematuro, abordar las disparidades e identificar oportunidades para la prevención, incluida la mejoría en el campo de la salud de las féminas en su etapa reproductiva, previamente, durante y posteriormente de la gestación. (10) Todo ello con el fin de evitar la mortandad perinatal y las secuelas que deja esta patología debido a que los recién nacidos pretérmino que llegan a sobrevivir padecen algún tipo de discapacidad física, educativa y neurológica, y esto hace que las familias asuman un nivel alto de costo en los cuidados y mantenimientos de estos bebés.

En la Tabla N°1 podemos indicar que el 8.3% de las pacientes grávidas tuvieron alumbramiento pretérmino. Estas cifras a nivel local se asemejan a las encontradas por Sánchez (20), en una tesis realizada en el mismo nosocomio del presente trabajo en el año 2006, en el que encontró que la incidencia fue de 11.54% respecto al parto prematuro. Así como también Pacherrres (28) en su estudio de tesis realizado en el Hospital Regional II-2 Jumo de Tumbes se obtuvo que la incidencia de partos prematuros fue de 8.7%. Estas semejanzas en las frecuencias se podrían deber a que ambos estudios fueron realizados en poblaciones con similares factores socioeconómicos y están ubicados dentro del mismo territorio peruano. Así mismo Carnero (19) realizó un estudio caso control para identificar las principales causas del PP. Evaluó 150 gestantes con parto pretérmino y 300 que no tuvieron PP. Donde la incidencia de PP fue 33.3%. A nivel internacional se evidenció que en los países con un nivel socioeconómico bajo el 12% de los recién nacidos nace antes de las 37 semanas de gestación, en comparación al 9% de los países con niveles económicos más altos. (2) Sin embargo en Latino América y El Caribe la incidencia es de 8,1 %, (3) y en el Perú una incidencia de 8 a 10%. (4) Es por todo ello que constituye una dificultad de salud pública de gran envergadura, fundamentalmente en Latinoamérica. Por otro

lado en Cuba, Retureta et al (13) informaron la incidencia de parto prematuro el cual se obtuvo 8,0 y 9,0%, beneficiados por los eficientes servicios de salud, la tasa se encuentra inferior al 5,0% promedio nacional, no obstante constituye el factor más importante de causa de muerte perinatal.

De los resultados obtenidos sobre la edad materna se encontró que el 6,4% de las pacientes son menores de 18 años, el 75,3% están dentro del rango de 18 – 35 años de edad y el 18,3% fueron mayores de 35 años (Figura N°1), resultado que tiene similitud a los obtenidos por Pacherrres (28) donde el 19.6 % corresponde a menores de 18 años, 25.8 % entre 18 a 25 años y 11.3 % a mayores de 36 años. En contraste, estos resultados difieren completamente a un publicación realizado por Vela R. quien evaluó en el Hospital de Apoyo Iquitos donde la muestra estaba conformada por 197 casos de gestantes con parto pretérmino, donde encontró que el 58.3% de partos prematuros fue entre las edades de 12 a 19 años, encontrando una correlación significativa entre el período de vida de la edad materna adolescente tardía (entre 15 a 18 años) y el parto pretérmino.

De los partos pretérmino atendidos el 73% de ellos corresponde a 34 a 36 semanas de edad gestacional, 10.1 % de 32 a 33 semanas, 16.5 % de 23 a 31 semanas y 0.3% de 22 a 23 semanas (Figura N°2), resultados que se asemejan a los obtenidos por Carnero (19) donde el 79% de partos pretérmino correspondieron a prematuros moderado a tardío, 16 % a muy prematuro y 5% a prematuro extremo.

En cuanto al estado civil se encontró una frecuencia de 70.2% para convivientes, 19.9% casadas y 15.9 % solteras (Figura N°3). Esto a favor del estudio realizado ya que en el parto prematuro influyen factores socioeconómicos como mujer en edad fértil (sobre todo entre 18 a 35 años) , bajo nivel socioeconómico, solteras entre otros. Así también Hendryx et al. (17) identificaron patrones de salud, indicadores socioeconómicos, conductuales y psicosociales que pueden encontrarse asociados con el parto con bajo peso al nacer (BPN) o PP, a través

de un estudio longitudinal evaluaron un total de 9075 nacimientos únicos vivos, donde encontró que el estrés, ansiedad, depresión se asoció con el PP (OR 1.87, IC 95% 1.20-2.92), y el hábito de fumar, beber, educación baja, multirriesgo se asoció con BPN (OR 1.54, IC 95% 1.02- 2.30).

Así mismo de los gestantes atendidos con parto pretérmino se encontró que el grado de instrucción de mayor frecuencia fue 54.6% para secundaria, 22.9% superior, el 21.1% primaria y el 1.4% analfabeta (Figura N°4). Estos resultados concuerdan con lo obtenido por Paredes (28) donde refiere que la condición socioeconómica es un factor asociado importante en su estudio el cual obtuvo que un 85.42% de partos prematuros tuvieron una condición socioeconómica regular y muy mala.

En la Figura N°5 se observa que 32.5% de las gestantes con parto pretérmino proceden de Trujillo, el 25% de El Porvenir, 9.4% de Florencia de Mora, 2.6% fueron de la Esperanza y 30.4% proceden de otros lugares. Observando que la mayor frecuencia de madres con parto prematuros fueron de la zona urbana de Trujillo. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Pacherras (28), obtuvo que el 60.8%, de las pacientes grávidas con diagnóstico de parto prematuro, proceden mayormente de un sector urbano; así mismo Vargas et al. (8) reportaron que la mayor cantidad de muertes dentro de los primeros 28 días se encontró en la Costa con un 39.5%, en la Sierra con 21.1% y en la Selva con 39.4%.

Los resultados encontrados respecto a Gestaciones previas fue que el 49.7% de las pacientes con diagnóstico de parto pretérmino tuvieron mayor o igual a 2 gestaciones previas, el 24.3% a 1 gesta anterior, el 25.9% no tuvieron gestaciones anteriores. Resultado similar al obtenido por Carnero (19), en su tesis de casos y controles, donde tuvo relevancia el historial obstétrico materno, encontrando que si la madre había presentado el antecedente de parto pretérmino anterior, este constituía un factor de riesgo con significancia estadística (  $p > 0.001$ ) con un OR = 8.5 e IC de 95% ( 5.5 – 12.52).

Por otro lado en la Figura N°7 respecto a la condición de egreso, de las madres con diagnóstico de parto pretérmino, fue 99.5% sana, el 0.2% fue dada de alta con otra patología asociada y el 0.3% falleció. Con estos datos podemos darnos cuenta que la mayor frecuencia de madres con parto pretérmino estuvieron sanas al momento de su alta médica.

En la Figura N° 8 en cuanto a los factores de riesgo asociados a parto prematuro, el 25.4% presentaron ruptura prematura de membranas, seguido de enfermedad hipertensiva del embarazo con un 14.6%, 12% embarazo múltiple, 7.8% con vaginosis, 7% infección del tracto urinario, 5% patologías del líquido amniótico. Por otra parte, el 18.3 % no presentaron un factor de riesgo específico para parto prematuro. Los cuales se acercan al estudio realizado por Pacherrres (28) donde obtuvo que el 51.6% presentaron ITU, antecedente de parto prematuro en un 8.2% y un 1.03% tuvieron desprendimiento de placenta prematura (DPP). Así mismo Sánchez (20) encontró que los factores de riesgo correlacionados a PP son: incorrecto control perinatal (OR: 10.36; P:0.00), APP (OR: 2.89; P:0.001), periodo intergenésico corto (P.I.C.) (OR: 1.88; p:0.017), ITU (OR:8.96; p:0.000), RPM (OR: 5.21; p:0.000) y preeclampsia (OR: 4.84; p:0.000). Pacherrres (28) a su vez en su estudio de tesis reportó dentro de los principales factores maternos para aumentar el riesgo de desarrollar parto prematuro que: el 51.6% presentó ITU, (8.2%) APP y desprendimiento prematuro de placenta (1.03%). En un estudio realizado en Jiangsu por Jian et al (14), Obtuvieron 7 factores de riesgo con alta significación estadística para parto prematuro dentro de ellos tenemos los siguientes: antecedentes de embarazo previo (Exp (B) = 1.263, IC del 95%: 1.059,1.508), hipertensión (Exp (B) = 4.677, IC del 95%: 2.110,10.369), colestasis intrahepática del embarazo (Exp (B) = 5.580, IC 95%: 1.626,19.149), restricción del crecimiento fetal (Exp (B) = 3.391, IC 95%: 1.011,11.376), RPM (Exp (B) = 4.276, IC 95%: 2.782,6.572), placenta previa (Exp (B) = 3.906, IC 95%: 1.395,10.932) y presentación anormal (Exp (B) = 3.383, IC 95%: 1.623,7.054). Esta discrepancia con los resultados obtenidos en el reciente trabajo de investigación podría ser

conveniente a que en nuestro país tiene una deficiencia en la inversión en salud, los recursos no son distribuidos adecuadamente, esto favorecería a que las gestantes no tienen un apropiado registro de control prenatal ya sea por diferentes factores asociados así como por factores administrativos, conjuntamente de la diferencias de las poblaciones en la cual se realizó los estudios.

En cuanto a los resultados obtenidos de la edad gestacional neonatal se obtuvo que el 77.7% se encontraba entre las 33 y 36 semanas, estas evaluadas por el examen físico del recién nacido, un 14.3% de 28 a 32 semanas y el 8% menores de 28 semanas. Resultados similares a los obtenidos por Pacherrres (28) donde del total de partos prematuros la mayor frecuencia de estos se encontraba dentro de las 34 a 37 semanas con un 5.8%.

El peso al nacer, de los recién nacidos con parto prematuro, fue 40% en mayor o igual 2500 gramos, el 43.5% entre 1500 a 2499 gramos, el 9% de 1000 a 1499 gramos y 7.5% menor a 1000 gramos. Estos resultados concuerdan con lo encontrado por Pacherrres (28) donde la mayor frecuencia de recién nacidos con parto prematuro se encontraban dentro de 1501 a 2000 gramos con una frecuencia de 63.9%.

Finalmente en la figura N°11 respecto a la letalidad neonatal se obtuvo que el 86.8% de recién nacidos con parto prematuro no presentaron letalidad a diferencia del 13.2% de recién nacidos que fallecieron. Estos resultados demuestran una elevada tasa de frecuencia de mortalidad neonatal, resultados similares se obtuvo en la investigación de Carnero (19) en el cual se encontró que la mayor frecuencia de mortandad neonatal fue en la costa con 39.5%.

## VI. CONCLUSIONES

1. La incidencia de partos pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2010 al 2020 fue de 8.3%.
2. El 75.3% de las madres con parto pretérmino estaban dentro de los 18 a 35 años de edad, el 73% de ellas se encontraba dentro de las 34 a 36 semanas de edad gestacional, el 70.2% eran convivientes, el 54.6% tenían grado de instrucción de secundaria, el 32.5% procedían de Trujillo, el 49.7% tuvieron mayor igual a 2 gestaciones previas y el 99.5% estaban sanas al momento del egreso.
3. La ruptura prematura de membranas (25.4%), la hipertensión inducida por el embarazo (14.6%), la vaginosis (7.8%), el embarazo múltiple (12%), la infección del tracto urinario (7%), las patologías del líquido amniótico (5%), las enfermedades crónicas preexistentes (3.7%), la placenta previa (2.8%), el desprendimiento prematuro de placenta (2.1%), la diabetes gestacional (0.9%) y la corioamionitis (0.5%); son factores de riesgo de parto pretérmino. Por otro lado se obtuvo que el 18.3% no presento ningún factor de riesgo.
4. Respecto a la caracterización de los recién nacidos pretérmino se evidenció que predominaron los prematuros tardíos, de bajo peso al nacer y de estos la letalidad fue de 13.2%.



## VII. RECOMENDACIONES.

- ✓ En fundamento al actual estudio realizado se sugiere investigar otros factores asociados al desarrollo del parto pretérmino para darles un adecuado tratamiento oportuno.
  
- ✓ Se sugiere ejecutar una investigación de superior poder estadístico que incluya poblaciones de otros hospitales de la ciudad de Trujillo.
  
- ✓ La Dirección del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo debe motivar a la captación de pacientes con riesgo de parto prematuro para minimizar los factores de riesgo que son modificables en estas pacientes, y con ello brindar con calidad la atención prenatal y así mismo evitar el parto prematuro que conllevan a las complicaciones ya descritas.

## REFERENCIAS

1. OMS - Organización Mundial de la Salud. Informe de acción global sobre nacimientos prematuros. [Online]; 2019. Acceso 25 de Agosto De 2019. Disponible en: [https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm\\_birth\\_report/es/index3.html](https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/es/index3.html).
2. OMS - World Health Organization. Preterm Birth. [Online]; 2018. Acceso 20 de Agosto de 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
3. Retureta S, Retureta M, León O, Rojas L, Álvarez M. Characterization of preterm delivery in Ciego de Ávila municipality. MEDICIEGO [Internet]. 2014; 20(1): p. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/rt/printerFriendly/180/1439>.
4. INMP - Instituto Nacional Materno Perinatal. Boletín Estadístico 2019. [Online]; 2019. Acceso 25 de Setiembre de 2020. Disponible en: <http://www.inmp.gob.pe/institucional/boletines-estadisticos/1422371837>.
5. OMS - Organización Mundial de la Salud. premature births. [Online]; 2018. Acceso 08 de Octubre de 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
6. Menon R, Williams S, Lamont R. Research to achieve a reduction in the global rate of preterm birth needs attention: Preface to the special issue by the preterm Birth International Collaborative (PREBIC). Placenta [Internet]. 2019; 79(1): p. 1 - 2. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0143400418312074>.
7. Bonsaffoh A, Bannerman G, Sar O, Seffah J. Determinants and outcomes of preterm births at a tertiary hospital in Ghana. Placenta [Internet]. 2019; 79(1): p. 62 - 67. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0143400418310567>.
8. MINSA - Ministerio de Salud. Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos, 2011 – 2012. [Online]; 2014. Acceso 24 de Julio De 2019. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2745.pdf>.
9. Suff N, Story L, Shennan A. The prediction of preterm delivery: What is new? ELSEVIER [Internet]. 2018; 24(1): p. 27 - 32. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S1744165X18301112?scrollTo=%23tbl1>.
10. Barfield W. Public Health Implications of Very Preterm Birth. Clinics in Perinatology [Internet]. 2018; 45(3): p. 565 - 577. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0095510818313666?scrollTo=%23hl0000500>.

11. Kyu J, Lappas M, Liu C, Qiao C, Pallavi K, Takeda J, et al. Preterm birth rate and dilemma of preterm labor treatment in Asia. *Placenta* [Internet]. 2019; 79(1): p. 68 - 71. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0143400418310701?scrollTo=%23hl0000135>.
12. Rodriguez R, Rodriguez E. Epidemiología y factores de riesgo para parto pretérmino en el servicio de Maternidad del Hospital Militar Central. [Tesis de Título]. Nueva Granada: Universidad Militar Nueva Granada, 2015. Disponible en: <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/10282/Rodriguez%20Ruben2010.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.
13. Retureta S, Retureta M, León O, Rojas M. Characterization of preterm delivery in Ciego de Ávila municipality. *MEDICIEGO* [Internet]. 2014; 20(1): p. 99 - 120. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/180/1439>.
14. Jiang M, Mustafa M, Xianghua D. A case control study of risk factors and neonatal outcomes of preterm birth. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2018; 57(6): p. 814 - 818. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1028455918302328>.
16. Norman J, Marlow N, Messow C, Shennan A, Bennett P, Thornton S, et al. Vaginal progesterone prophylaxis for preterm birth (the OPPTIMUM study): a multicentre, randomised, double-blind trial. *Lancet* [Internet]. 2016; 387(10033): p. 2106 - 2116. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0140673616003500?scrollTo=%23hl0001832>.
17. Hendryx M, Chojenta C, Byles J. Latent Class Analysis of Low Birth Weight and Preterm Delivery among. *Journal of Pediatrics* [Internet]. 2020; 218(1): p. 42 - 48. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S002234761931515X>.
18. Blostein F, Gelaye B, Sánchez S, Williams M, Foxman B. Vaginal microbiome diversity and preterm birth: results of a nested case control study in Peru. *Annals of Epidemiology* [Internet]. 2020; 41(1): p. 28 - 34. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2019.11.004>.
19. Carnero Y. Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el periodo enero – junio del 2015. [Tesis de Título]. Lima: Universidad San Marcos, 2016. Disponible en : [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4712/Carnero\\_cy.pdf?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4712/Carnero_cy.pdf?sequence=1).
20. Sánchez K. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Belén de Trujillo 2012 -2014. [Tesis de Título]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo, 2016. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/1052/TESIS%20KAROL%20SANCHEZ%20PACHECO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
21. Ovalle A, Kakarieka E, Rencoret G, Fuentes A, Del Río M, Morong C, et al. Risk factors for preterm deliveries in a public hospital. *Rev Med Chile* [Internet]. 2012; 140(1): p. 19 - 29. Disponible en :

- <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v140n1/art03.pdf>.
22. Guillén D, Rodríguez E, Ortiz J, Rivera W, Hernández N. Epidemiology and risk factors in preterm newborns, Regional Hospital, Gracias, Lempira. REV MED HONDUR [Internet]. 2012; 80(4): p. 78 - 99. Disponible en : <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2012/pdf/Vol80-4-2012-3.pdf>.
  23. Blanc J, Ressenguier N, Goffinet F, Lorthe E, Kayem G, Delorme PAP. Association between gestational age and severe maternal morbidity and mortality of preterm cesarean delivery: a population-based cohort study. American Journal of Obstetrics and Gynecology [Internet]. 2019; 220(4): p. 1 -9. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0002937819300079>.
  24. Paredes M. Determinantes de riesgo obstétrico y perinatal que aumentan la incidencia de parto pretérmino: una visión epidemiológica en el embarazo de mujeres adolescentes atendidas en el hospital provincial general Docente de Riobamba durante el año 2008. [Tesis de Título]. Riobamba: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, 2009. Disponible en: <http://dspace.espoch.edu.ec/bitstream/123456789/176/1/94T00055.pdf>.
  25. Ahumada M. Risk Factors for premature birth in a hospital of Lima. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2016; 24(1): p. 120 - 135. Disponible en : [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es\\_0104-1169-rlae-24-02750.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02750.pdf).
  26. Coveñas H. Preeclampsia y su relación con el parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional II-2 Tumbes, 2015-2016. [Tesis de Título]. Tumbes: Universidad Nacional de Tumbes, 2018. Disponible en: <http://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/UNITUMBES/220/TESIS%20-%20COVE%C3%91AS%20VILCHEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
  27. Guadalupe S, Canashiro S. RISK FACTORS ASSOCIATED WITH PRETERM DELIVERY IN PREGNANT WOMEN IN GYNECOLOGY-OBSTETRICS SERVICE OF THE MARÍA AUXILIADORA HOSPITAL DURING THE YEAR 2015. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2017; 17(1): p. 32 - 42. Disponible en : [http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/1072/Shessira\\_Guadalupe.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/1072/Shessira_Guadalupe.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
  28. Pacherras Y, Ruiz L. Perfil Clínico Epidemiológico del recién nacido prematuro atendido en el Hospital Regional II-2 Tumbes - 2015. [Tesis para Título]. Tumbes: Universidad Nacional de Tumbes, 2016. Disponible en: <http://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/UNITUMBES/72/TESIS%20-%20PACHERRES%20Y%20RUIZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
  29. Olórtegui M. Preeclampsia leve en el parto pretérmino como factor de riesgo para recién nacidos pequeños para la edad gestacional en el Hospital Belén de Trujillo enero 2005-diciembre 2009. [Tesis para Título]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo, 2010. Disponible en: [http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/167/OlorteguiVera\\_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/167/OlorteguiVera_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
  30. OMS - World Health Organization. Born too soon: The global action report on preterm birth. [Online]; 2012. Acceso 2 de Octubre de 2019. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44864/9789241503433\\_eng.pdf;jsessionid=36BE5CD01B196D37BB82F54B0C3BAB64?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44864/9789241503433_eng.pdf;jsessionid=36BE5CD01B196D37BB82F54B0C3BAB64?sequence=1) .

31. MINSA - Ministerio de Salud del Perú. Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la amenaza de trabajo de parto pretérmino y trabajo de parto pretérmino. [Online]; 2011. Acceso 15 de Agosto de 2019. Disponible en:  
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1889.pdf> .
32. ESSALUD - Seguro Social de Salud. Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Manejo del Parto Pretérmino. [Online]; 2018. Acceso 3 de Octubre de 2019. Disponible en:  
[http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC\\_Parto\\_Pretermino\\_Version\\_Corta.pdf](http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Parto_Pretermino_Version_Corta.pdf) .
33. Mercer B, Goldenberg R, Moawad A, Meis L. The preterm prediction study: effect of gestational age and cause of preterm birth on subsequent obstetric outcome National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. American Journal of Obstetrics & Gynecology [Internet]. 1999; 181(5): p. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10992202>.
34. MINSA - Ministerio de Salud. Guía Técnica para la Atención, Diagnóstico y Tratamiento de Parto Pretérmino. [Online]; 2011. Acceso 5 de Octubre de 2019. Disponible en:  
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1889.pdf> .
35. Quinn J, Muñoz F, Gorrik B, Cutland C, Das H, Ramos A. Preterm birth: Case definition & guidelines for data collection, analysis, and presentation of immunisation safety data. Vaccine [Internet]. 2016; 34(49): p. 6047 - 6056. Disponible en:  
<https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0264410X16300287>.
36. Wilkerson G, Ogunbede A. Hypertensive Disorders of Pregnancy. Emergency Medicine Clinics of North America [Internet]. 2019; 37(2): p. 301 - 316. Disponible en:  
<https://doi.org/10.1016/j.emc.2019.01.008>.
37. Escobar B, GL, Horacio M. Risk factors associated with preterm birth in a second level hospital. [Online]; 2016. Acceso 7 de Octubre de 2019. Disponible en:  
<https://www.mediagraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im174d.pdf> .
38. Escalante G, Delcid A, Gonzales C, Guevara I, Lagos S, Valerio R, et al. Characterization of Preterm Childbirth in Pregnant Attending the Hospital Materno Infantil. iMedPub Journals [Internet]. 2017; 13(17): p. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6060896>.
39. Samejima T, Nagamatsu T, Iriyama T. Impact of additional risk factors on the incidence of preterm delivery among pregnant women diagnosed with short cervix. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology [Internet]. 2020; 59(2): p. 195 - 199. Disponible en:  
<https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S102845592030005X>.
40. MINSA - Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica de Parto Prematuro. [Online]; 2013. Acceso 8 de Octubre de 2019. Disponible en:  
[http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2013/rd\\_481\\_2013.pdf](http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2013/rd_481_2013.pdf) .
41. Raghavan R, Bustamante B, Cerda S, Ji Y, Irina B, Fu L. Preterm birth subtypes, placental pathology findings, and risk of neurodevelopmental disabilities during

- childhood. Placenta [Internet]. 2019; 83(1): p. 17 -25. Disponible en:  
<https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S014340041930503X>.
42. Alfonso P. Métodos y Diseño de Investigación. [Online]; 2015. Acceso 10 de Octubre de 2019. Disponible en:  
<http://www.postgradoune.edu.pe/pdf/documentos-academicos/ciencias-de-la-educacion/11.pdf> .
  43. Whittembury A. El perfil epidemiológico y el análisis de situación, Lima. Ministerio de Salud. [Online]; 2009. Acceso 10 de Octubre de 2019. Disponible en:  
<http://www.esperantra.org/biblioteca/peaepweb.pdf> .
  44. Colimon K. Fundamentos en epidemiología. Tercera edición. Barcelona: ECOE Ediciones; 2010.
  45. Argimon J, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Cuarta ed. Barcelona: Elsevier España; 2013.
  46. M. U. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Enero - Julio 2018. [Tesis de Título]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal, 2018. Disponible en :  
[http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3039/UNFV\\_RAMOS\\_GONZALES\\_PAMELA\\_LIZ\\_TITULO\\_PROFESIONAL\\_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3039/UNFV_RAMOS_GONZALES_PAMELA_LIZ_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
  47. Whittembury A. El Perfil Epidemiológico y el Análisis de Situación del País. [Online]; 2017. Acceso 02 de Abril De 2020. Disponible en:  
<http://www.esperantra.org/biblioteca/peaepweb.pdf> .
  48. AMM- Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de los Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Online]; 2017. Acceso 2019 de Junio de 30. Disponible en:  
<https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/> .

## ANEXO 3

### MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| Variable   | Definición conceptual  | Definición operacional                                      | Indicador  | Escala de medición       |
|--|--|---|--|--------------------------|
| <b>Perfil clínico epidemiológico de parto pretérmino</b> | <p>Perfil clínico epidemiológico de parto pretérmino:<br/>Es aquel que describe el daño o padecimiento del parto pretérmino, dependiendo del carácter epidémico, igualmente como las características de la patología clínica, pre-patogénicas, patogénicas y post patogénicas.. (43)</p> <p>Sub variables:<br/>Perfil clínico:<br/>Es la identificación de la signología, sintomatología, medios diagnósticos, complicaciones y tratamiento de PP (44)</p> <p>Perfil epidemiológico materno: Es una investigación de las características de la proporción, propensión, conducta de la morbimortalidad y factores de riesgo de parto pretérmino. (45)</p> | Edad maternal   | <18 años<br>18 - 35 años<br>>35 años                     | Cuantitativa<br>Discreta |
|  |  | Edad Gestacional  | < 23 sem.<br>23 -31 sem.<br>32 – 33 sem.<br>34 a 36 sem. | Cuantitativa<br>Discreta |
|  |  | Estado civil  | Soltera<br>Casada<br>Conviviente                         | Cualitativa<br>Nominal   |
|  |  | Grado de instrucción  | Analfabeta<br>Primaria<br>Secundaria<br>Superior         | Cualitativa<br>Ordinal   |
|  |  | Lugar de procedencia  | La Esperanza<br>Florencia de Mora<br>El Porvenir         | Cualitativa<br>Nominal   |
|  |  | Gestaciones previas   | 0<br>1<br>>2   | Cuantitativa<br>Discreta |
|  |  | Condición de egreso   | Sana<br>Con patología<br>Fallece                         | Cualitativa<br>Nominal   |
|  | <p>Factores de riesgo para PP:<br/>Un factor es un elemento que actúa en conjunto con otros y riesgo por su parte alude a cercanía o eminencia a un daño. La noción se utiliza en el territorio de la salud para hacer referencia al hecho o la circunstancia de que incrementa las posibilidades de que un individuo sufra determinado problema o contraiga una enfermedad. (46)</p>  | Infección del tracto urinario(ITU)                          | Presente<br>No presenta                                  | Cualitativa<br>Nominal   |
|  |  | Vaginosis   | Presenta<br>No presenta                                  | Cualitativa<br>Nominal   |
|  |  | Ruptura prematura de membranas                              | Presente<br>No presenta                                  | Cualitativa<br>Nominal   |
|  |  | Corioamnionitis   | Presente<br>No presenta                                  | Cualitativa<br>Nominal   |
|  |  | Enfermedad hipertensiva del embarazo(HIE)                   | Presenta<br>No presenta                                  | Cualitativa<br>Nominal   |
|  |  | Diabetes gestacional  | Presente<br>No presenta                                  | Cualitativa<br>Nominal   |
|  |  | Enfermedades crónicas preexistentes                         | Presente<br>No presenta                                  | Cualitativa<br>Nominal   |
|  | <p>Perfil epidemiológico neonatal: Es la manifestación de la tasa de enfermedad (situación de salud) que sufren los habitantes, y cuya representación requiere de la individualización de las características que la definen. Entre estas características están la morbimortalidad y la calidad de vida. (47)</p>  | Edad gestacional  | 32- 36 semanas<br>28 – 32 semanas<br>< 28 semanas        | Cuantitativo<br>Continuo |
| Peso al nacer  |  | Menor 1000<br>1000- 1499 g<br>1500 – 2499 g<br>Mayor 2500 g | Cuantitativo<br>Continuo                                 |                          |
| Letalidad  |  | Presente<br>No presenta                                     | Cualitativa<br>Nominal                                   |                          |

## ANEXO 4

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“Perfil clínico epidemiológico de parto pretérmino en gestantes en el Hospital Belén de Trujillo, 2010 al 2020”

| PERFIL EPIDEMIOLÓGICO MATERNO |                   |  |
|-------------------------------|-------------------|--|
| Edad Materna                  | <18 años          |  |
|                               | 18 - 35 años      |  |
|                               | >35 años          |  |
| Edad Gestacional              | 22 -23 sem        |  |
|                               | 24 -31 sem        |  |
|                               | 32 – 33 sem       |  |
|                               | 34 a 36 sem.      |  |
| Estado civil                  | Soltera           |  |
|                               | Casada            |  |
|                               | Conviviente       |  |
| Grado de instrucción          | Analfabeta        |  |
|                               | Primaria          |  |
|                               | Secundaria        |  |
|                               | Superior          |  |
| Lugar de procedencia          | La Esperanza      |  |
|                               | Florencia de Mora |  |
|                               | El Porvenir       |  |
|                               | Otros             |  |
| Gestaciones previas           | 0                 |  |
|                               | 1                 |  |
|                               | >2                |  |
| Condición de egreso           | Sana              |  |
|                               | Con patología     |  |
|                               | Fallece           |  |

| FACTORES DE RIESGO PARA PARTO PRETÉRMINO  |             |  |
|---|-------------|--|
| Infección del tracto urinario(ITU)        | Presenta    |  |
|   | No presenta |  |
| Vaginosiis                                | Presenta    |  |
|   | No presenta |  |
| Ruptura prematura de membranas(RPM)       | Presenta    |  |
|   | No presenta |  |
| Corioamnionitis                           | Presenta    |  |
|   | No presenta |  |
| Enfermedad hipertensiva del embarazo(HIE) | Presenta    |  |
|   | No presenta |  |
| Diabetes gestacional                      | Presenta    |  |
|   | No presenta |  |
| Enfermedades crónicas preexistentes       | Presenta    |  |
|   | No presenta |  |

| PERFIL EPIDEMIOLOGICO NEONATAL |                 |  |
|--------------------------------|-----------------|--|
| Edad gestacional               | 32- 36 semanas  |  |
|                                | 28 – 32 semanas |  |
|                                | < 28 semanas    |  |
| Peso al nacer                  | Menor 1000      |  |
|                                | 1000- 1499g     |  |
|                                | 1500 – 2499g    |  |
|                                | Mayor 2500 g    |  |
| Letalidad                      | Presenta        |  |
|                                | No presenta     |  |



## PERMISO DEL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO



GERENCIA REGIONAL  
DE SALUD

*Juntos por la Prosperidad*

"Año de la Lucha contra la Corrupción e Impunidad"

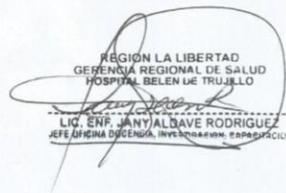
LA JEFA DE LA OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO DEJA:

### CONSTANCIA

Que el SR. VALDEZ ESQUIVEL MAX JOE, alumno de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Cesar Vallejo, quien ha presentado el Proyecto de investigación titulado: "PERFIL CLINICO EPIDEMIOLOGICO DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES EN EL HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO, 2010 AL 2020", aprobado con Resolución Directoral N° 0282-2020- UCV-VA-P23/, revisado y aprobado por el Sub Comité de Investigación del Departamento de Ginecología Obstetricia de nuestra Institución.

Se otorga la presente constancia al interesado para los fines que estimen conveniente.

Trujillo, 05 de noviembre del 2020

RÉGION LA LIBERTAD  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO  
  
LIC. ENF. JANYAL DAVE RODRIGUEZ  
JEFE OFICINA DOCENCIA, INVESTIGACION, EPIDEMIOLOGIA

JAR/georgeth  
Cc. Archivo

**"Juntos por la Prosperidad"**

Jr. Bolívar N° 259 - Trujillo  
Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación  
Página Web: [www.lbt.gob.pe](http://www.lbt.gob.pe)