



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO
PREMATURO EN GESTANTES DEL HOSPITAL
CARLOS MONGE MEDRANO, 2024**

TESIS PRESENTADA POR:
CARLOS ALBERTO BELLIDO VILAVILA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

JULIACA - PERÚ

2025

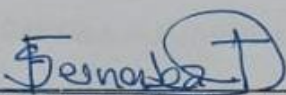


NÉSTOR CÁCERES VELÁZQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO
PREMATURO EN GESTANTES DEL HOSPITAL
CARLOS MONGE MEDRANO, 2024

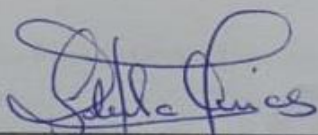
TESIS PRESENTADA POR:
CARLOS ALBERTO BELLIDO VILAVILA
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
OBSTETRA

APROBADA POR:

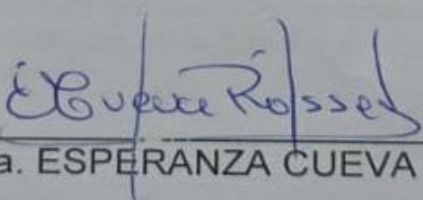
PRESIDENTE

: 
Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

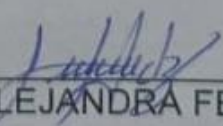
PRIMER MIEMBRO

: 
Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

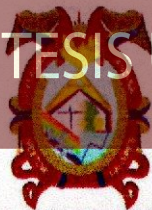
SEGUNDO MIEMBRO

: 
Dra. ESPERANZA CUEVA ROSSEL

ASESOR DE TESIS

: 
Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN : SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA – P06

**RESOLUCIÓN DECANAL N° 1433 2025-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 24 de Diciembre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 2025 – 13216 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PREMATURO EN GESTANTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024**

CONSIDERANDO:

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad.

SE RESUELVE

PRIMERO: Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional: **OBSTETRA** del bachiller: **BELLIDO VILAVILA CARLOS ALBERTO** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes;

- | | |
|------------------|--|
| * Presidente : | Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA |
| * 1er. Miembro : | Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE |
| * 2do. Miembro : | Dra. ESPERANZA CUEVA ROSSEL |
| * Asesor (a) : | Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO |

SEGUNDO: Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

DIA	:	LUNES 29 DE DICIEMBRE DEL 2025
HORA	:	09:00 HORAS
LOCAL	:	Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud

TERCERO: Realizado la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el bachiller sustentante.

CUARTO: La Dirección de la Escuela Profesional de Obstetricia y la **Comisión de Grados y Títulos** de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.



DISTRIBUCIÓN:
- Jurados (3)
- Interesado (1)
- Asesor de Tesis (1)
- Archivo FCS 2025(1)

**UNIVERSIDAD ANDINA**
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"**RESOLUCIÓN DECANAL N° 1372 2025-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 16 de diciembre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 12516-2025 de fecha 12 de diciembre del 2025, presentado por el Bachiller: **BELLIDO VILAVILA CARLOS ALBERTO** quien solicita la revisión de Informe Final de investigación (Borrador de Tesis) Titulado: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PREMATURO EN GESTANTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024** Por los jurados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de Tecnología Médica

CONSIDERANDO:

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- * **Presidente** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**
- * **1er. Miembro** : **Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE**
- * **2do. Miembro** : **Dra. ESPERANZA CUEVA ROSSEL**

- * **Asesor (a)** : **Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**

Estando en la opinión favorable de los miembros del jurado, en concordancia con el Reglamento interno de trabajo de Investigación conducente a Grados y Títulos Resolución N° 094-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N°30220 Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria N° 24661 y el estatuto de la UANCV, que confiere facultades a la Unidad de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud;

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, el **INFORME FINAL** de **INVESTIGACIÓN (BORRADOR DE TESIS)** para la **REVISION** de **SIMILITUD TURNITIN**, presentado por el (la) bachiller: **BELLIDO VILAVILA CARLOS ALBERTO** para optar el título profesional de: **OBSTETRA** con el tema: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PREMATURO EN GESTANTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024** correspondiente a la línea de investigación **SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA P06**

- * **ARTICULO SEGUNDO.- RATIFICAR** como **ASESOR (A) DE INVESTIGACIÓN** a la: **Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**

* **ARTICULO TERCERO.- DISPONER** que la Unidad de Investigación, de la Facultad de Ciencias de la Salud y Secretaría Académica quedan encargadas del cumplimiento de la presente resolución

Regístrese, Comuníquese, y Archívese.

Distribución: interesado Archivo.

**RESOLUCIÓN DECANAL N° 1026-2025-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 31 de octubre del 2025

VISTOS: El Informe N° 009 -2025-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la resolución de aprobación de la propuesta de Investigación de fecha 31 de octubre de la E.P. de Obstetricia

CONSIDERANDO:

Que, el (la) Bachiller: **BELLIDO VILAVILA CARLOS ALBERTO** quien solicita la revisión y aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PREMATURO EN GESTANTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024** para optar el título profesional de **OBSTETRA**

Que al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el reglamento interno de trabajo de investigación conducente a Grados y Títulos plasmado en la Resolución N° 0294-2023-UANCV –CU –R.

Que es requisito indispensable contar con un asesor Docente ordinario de la Facultad de Ciencias de la Salud, con mínimo de 5 años de Docencia, grado de doctor o magister y experiencia en la línea a investigar

Estando en la opinión favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia del Comité de investigación de la Facultad de Ciencias de la salud, y en concordancia con el Reglamento interno de la Unidad de Investigación conducente a Grados y Títulos aprobado con la Resolución N° 294-2023-UANCV –CU –R y en uso de las atribuciones que le concede a la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación la UANCV N°23738 Y modificado N°24661, y el Estatuto de la UANCV la Decana y la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, la **PROPUESTA** de **INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) Bachiller: **BELLIDO VILAVILA CARLOS ALBERTO** para optar el título profesional de: **OBSTETRA** con el tema titulado: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PREMATURO EN GESTANTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024** correspondiente a la línea de investigación **SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA P06**

La misma que deberá proceder con la ejecución de la Propuesta de Investigación aprobado de acuerdo a lo establecido en el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación a grados y Títulos con fines de obtención de Grados y Títulos Profesionales s

ARTICULO SEGUNDO.- RECONOCER, como **ASESOR (A)** de la **PROPUESTA** de **INVESTIGACIÓN** al (la) Docente Ordinario (a) de la Facultad de Ciencias de la Salud **Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**

ARTICULO TERCERO.- DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese



Distribución: Decanato EP-OR Secretaría Académica Archivo



INFORME DE ORIGINALIDAD

18%

INDICE DE SIMILITUD

17%

FUENTES DE INTERNET

7%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL ESTUD

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.unapiquitos.edu.pe

Fuente de Internet

2

Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez

Trabajo del estudiante

3

repositorio.uancv.edu.pe

Fuente de Internet

4

dspace.utb.edu.ec

Fuente de Internet

5

Submitted to Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann

Trabajo del estudiante

6

hdl.handle.net

Fuente de Internet

7

repositorio.ucp.edu.pe

Fuente de Internet

8

repositorio.unap.edu.pe

Fuente de Internet

9

repositorio.unheval.edu.pe

Fuente de Internet

10

repositorio.unsaac.edu.pe

Fuente de Internet

11

Submitted to uncedu

Trabajo del estudiante

12

repositorio.upsjb.edu.pe

Fuente de Internet

13

repositorio.uap.edu.pe

Fuente de Internet

14

repositorio.continental.edu.pe

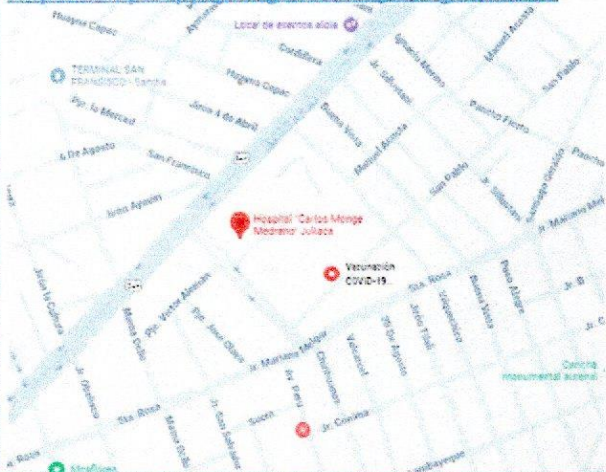
Fuente de Internet

repositorio.unjbg.edu.pe



FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PREMATURO EN GESTANTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	CARLOS ALBERTO BELLIDO VILAVILA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	40570487
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0002-1475-325X
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	01309221
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0007-4145-7030
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01297921
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29344129
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	ESPERANZA CUEVA ROSSEL
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02558176



Datos de investigación	
Línea de investigación	SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA - P06
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Departamento: Puno Provincia: San Román Distrito: Juliaca Latitud: -15.48191 Longitud: -70.12074 https://maps.app.goo.gl/ezTxUvSe7ghSo5ax8 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Julio 2025 - Diciembre 2025
URL de disciplinas OCDE	Obstetricia, Ginecología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02 Medicina clínica https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00

UNIVERSIDAD VICE-RECTOR CACERES VELASQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. María Concepción Figueroa Vika
DIRECTORA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo CARLOS ALBERTO BELLIDO VILAVILA, identificado con DNI
Nro. 40570487, en mi condición de egresado de:

- ☒ Escuela Profesional
☐ Programa de Segunda Especialidad,
☐ Programa de Maestría o Doctorado

OBSTETRICIA

informo que he elaborado el/la ☒ Tesis o ☐ Trabajo de Investigación, ☐ Trabajo Académico
denominada:

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PREMATURO EN GESTANTES DEL
HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024**

Asesorado por: Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna
naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar)
presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de
investigación o similares, en el país o en el extranjero.

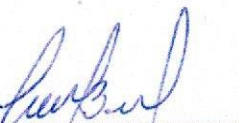
Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de
investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes
encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad
de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del
presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la
Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado
incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se
ocasionen.

Juliaca __31__ de diciembre del 2025


Firma del Asesor
(obligatoria)


Firma del Estudiante
(obligatoria)



Huella



DEDICATORIA:

A Dios que me motiva diariamente.



AGRADECIMIENTO:

A la UANCV



ÍNDICE

Índice de contenidos	i
Índice de tablas	iv
Índice de figuras.....	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
Introducción	ix

CAPÍTULO I

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. EXPOSICIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2.1. Pregunta general.....	3
1.2.2. Preguntas específicas.....	4
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.3.1. Justificación teórica.....	4
1.3.2. Justificación práctica	5
1.3.3. Justificación metodológica	5
1.4. OBJETIVOS	6
1.4.1. Objetivo general	6
1.4.2. Objetivos específicos	6
1.5. IMPORTANCIA Y ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
1.6. LIMITACIÓN Y DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
1.7. HIPÓTESIS	7
1.7.1. Hipótesis general.....	7



1.7.2. Hipótesis específicas.....	7
1.8. VARIABLES E INDICADORES	9
1.8.1. Conceptualización de variables	9
1.8.2. Operacionalización de variables	10

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	12
2.1.1. A nivel internacional	12
2.1.2. A nivel nacional	19
2.1.3. A nivel regional o local	23
2.2. BASES TEÓRICAS.....	25
2.3. MARCO CONCEPTUAL	37

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	39
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	39
3.2.1. Población	39
3.2.2. Muestra	39
3.2.3. Tamaño Muestral	40
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	41
3.3.1. Técnicas.....	41
3.3.2. Instrumentos	41



3.3.3. Validez y confiabilidad de los instrumentos.....	42
3.3.4. Procedimiento de recolección de datos	42
3.3.5. Análisis e interpretación de datos	42
3.3.6. Protección de los derechos humanos	43

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.....	44
4.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	66

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS

ANEXO(S)



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución según edad de las madres con parto prematuro atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024	44
Tabla 2. Distribución según procedencia de las madres con parto prematuro atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	45
Tabla 3. Distribución según estado civil de las madres con parto prematuro atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	46
Tabla 4. Distribución según nivel de instrucción de las madres con parto prematuro atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	47
Tabla 5. Distribución según número de gestaciones de las madres con parto prematuro atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024	48
Tabla 6. Distribución según número de abortos de las madres con parto prematuro atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	49
Tabla 7. Paridad de las madres con parto prematuro atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	50
Tabla 8. Número de controles prenatales de las madres con parto prematuro atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	51
Tabla 9. Periodo intergenésico y antecedentes de gestación previa de las madres con parto prematuro atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	52
Tabla 10. Antecedentes obstétricos de las madres con parto prematuro atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	53
Tabla 11. Morbilidad de las madres con parto prematuro atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, 202.....	54



Tabla 12. Edad y número de gestaciones de las madres con parto prematuro atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	56
Tabla 13. Edad y aborto de las madres con parto prematuro atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	56
Tabla 14. Edad y paridad de las madres con parto prematuro atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	57
Tabla 15. Estado civil y paridad de las madres con parto prematuro atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	57
Tabla 16. Edad y antecedentes de hijo de las madres con parto prematuro atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	58
Tabla 17. Edad y morbilidad de las madres con parto prematuro atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	59
Tabla 18. Edad y tipo de morbilidad de las madres con parto prematuro atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	59
Tabla 19. Relación entre edad y tipo morbilidad de las madres con parto prematuro atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	60
Tabla 20. Relación entre edad de la madre y parto prematuro, Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	61
Tabla 21. Relación entre estado civil de la madre y parto prematuro, Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	61
Tabla 22. Relación entre procedencia de la madre y parto prematuro, Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	62
Tabla 23. Relación entre el nivel de instrucción de la madre y parto prematuro, Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	62



Tabla 24. Relación entre antecedente de prematuridad de la madre y parto prematuro, Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	63
Tabla 25. Relación entre la paridad de la madre y parto prematuro, Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	63
Tabla 26. Relación entre el control prenatal de la madre y parto prematuro, Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	64
Tabla 27. Relación entre la morbilidad de la madre y parto prematuro, Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	64
Tabla 28. Relación entre el tipo de morbilidad de la madre y parto prematuro, Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	65



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución según edad de las madres con parto prematuro atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	44
Figura 2. Distribución según procedencia de las madres con parto prematuro atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	46
Figura 3. Distribución según estado civil de las madres con parto prematuro atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	47
Figura 4. Distribución según nivel de instrucción de las madres con parto prematuro atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	48
Figura 5. Distribución según número de gestaciones de las madres con parto prematuro atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	49
Figura 6. Distribución según número de abortos de las madres con parto prematuro atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	50
Figura 7. Paridad de las madres con parto prematuro atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	51
Figura 8. Número de controles prenatales de las madres con parto prematuro atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	52
Figura 9. Periodo intergenésico y antecedentes de gestación previa de las madres con parto prematuro atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	53
Figura 10. Antecedentes obstétricos de las madres con parto prematuro atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	54



Figura 11. Morbilidad de las madres con parto prematuro atendidas en el hospital

Carlos Monge Medrano, 2024.....55

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados al parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano 2024. **Metodología:** El estudio es de tipo básico, con enfoque cuantitativo y diseño no experimental, de corte transversal, documental y correlacional. De una población de 357 casos de parto prematuro, se seleccionó una muestra conformada por 116 gestantes (casos) y 224 gestantes (controles), considerando los criterios de inclusión y exclusión. La información fue obtenida a partir de las historias clínicas. **Resultados:** Se observó que las gestantes menores de 20 años ($OR = 2.11$) y mayores de 34 años ($OR = 1.13$) presentaron mayor riesgo, aunque sin significancia estadística ($p = 0.375$). Asimismo, las madres casadas ($OR = 1.27$) y solteras ($OR = 2.11$) mostraron mayor riesgo, pero tampoco significativo ($p = 0.128$). En cuanto a la procedencia, tanto de zona rural ($OR = 2.00$) como urbana ($OR = 2.05$), el riesgo fue mayor sin significancia ($p = 0.386$). Respecto al nivel educativo, las madres con instrucción primaria ($OR = 1.65$), superior técnica ($OR = 1.90$) y universitaria ($OR = 1.11$) evidenciaron mayor riesgo, sin resultados significativos ($p = 0.264$). Las gestantes con antecedente de prematuridad ($OR = 3.35$) presentaron mayor riesgo, pero sin significancia ($p = 0.569$). De igual manera, las multíparas ($OR = 1.51$) y gran multíparas ($OR = 1.10$) tuvieron mayor riesgo, sin significancia ($p = 0.142$). Las madres con menos de seis controles prenatales mostraron un OR de 1.02 ($p = 0.302$), y aquellas con morbilidad asociada un OR de 1.44 ($p = 0.302$), sin significancia estadística. **Palabras claves:** Parto prematuro, Factores de riesgo, gestantes.



ABSTRACT

Objective: To determine the risk factors associated with preterm birth among pregnant women treated at Carlos Monge Medrano Hospital in 2024. **Methodology:** This is a basic study with a quantitative approach and a non-experimental, cross-sectional, documentary, and correlational design. From a population of 357 cases of preterm birth, a sample consisting of 116 pregnant women (cases) and 224 pregnant women (controls) was selected, taking into account the inclusion and exclusion criteria. The information was obtained from medical records. **Results:** It was observed that pregnant women under 20 years of age ($OR = 2.11$) and over 34 years of age ($OR = 1.13$) had a higher risk, although this was not statistically significant ($p = 0.375$). Likewise, married mothers ($OR = 1.27$) and unmarried mothers ($OR = 2.11$) showed a higher risk, but this was also not statistically significant ($p = 0.128$). Regarding place of residence, the risk was higher in both rural ($OR = 2.00$) and urban ($OR = 2.05$) areas, though not statistically significant ($p = 0.386$). Regarding educational level, mothers with primary education ($OR = 1.65$), technical secondary education ($OR = 1.90$), and university education ($OR = 1.11$) showed a higher risk, though the results were not significant ($p = 0.264$). Pregnant women with a history of preterm birth ($OR = 3.35$) had a higher risk, but this was not statistically significant ($p = 0.569$). Similarly, multiparous women ($OR = 1.51$) and grand multiparous women ($OR = 1.10$) had a higher risk, though this was not statistically significant ($p = 0.142$). Mothers with fewer than six prenatal visits had an OR of 1.02 ($p = 0.302$), and those with associated morbidity had an OR of 1.44 ($p = 0.302$), neither of which was statistically significant.

Keywords: Premature birth, risk factors, pregnant women.



TESIS UANCV



VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"

X



INTRODUCCIÓN

El principal elemento de riesgo para que se produzcan enfermedades y muertes perinatales es dar a luz de forma prematura. En Juliaca y en otras áreas, el parto prematuro se distingue debido a que el trabajo de parto empieza antes de las 37 semanas o los 259 días de embarazo. Sin embargo, en Juliaca, el aborto espontáneo se entiende como la pérdida del feto, ya sea voluntaria o involuntariamente, dentro del hospital Carlos Monge Medrano. Específicamente, se refiere a la expulsión anticipada del producto de la gestación antes de que se hayan cumplido las primeras 20 semanas y antes de que su desarrollo esté completo. La proporción de nacimientos prematuros en el mundo oscila entre el 4 % y el 16 %. Cerca de 13,4 millones de bebés prematuros nacieron en 2024. Cerca de 15 millones de bebés prematuros nacen anualmente, lo que equivale a cerca del 11% del total de partos en el globo. El 18 % de los fallecimientos de niños inferiores de cinco años se asocia con esta condición, lo que representa el 35 % del total de muertes neonatales. Un metaanálisis y una evaluación detallada demostraron que el parto prematuro es un asunto bastante común en Juliaca, y que más del 65 % de los partos prematuros ocurren en países con recursos medios y bajos. La principal razón de muerte en el periodo neonatal es el parto prematuro, y para los niños que tienen menos de 5 años, es la segunda causa. Asimismo, las discapacidades a largo plazo que son significativas constituyen el 3,1 % de la totalidad de los años vividos ajustados por discapacidad. Con el nacimiento prematuro, se incrementa la posibilidad de que ocurran eventos adversos. Los infantes recién nacidos prematuramente corren riesgos mucho más altos de tener resultados negativos en términos de salud que los que han nacido a término. El riesgo de mortalidad y morbilidad se incrementa a medida que el grado de prematuridad aumenta: los infantes



nacidos en condiciones de extrema prematuridad (previo a las 28 semanas de gestación) presentan el riesgo más alto, después están los que nacen muy prematuros (de la semana 28 a menos de la 32), y por último, los que nacen a término. Parto prematuro, moderado a tardío (entre las semanas 32 y 37).

Un riesgo más alto de parto prematuro está vinculado a varios elementos socioeconómicos y ambientales. Algunas de las variables socioeconómicas vinculadas a la epidemiología del nacimiento prematuro incluyen el acceso limitado a los servicios médicos, un estado nutricional más deficiente en áreas rurales, entornos urbanos perjudiciales y la polución del aire. Los análisis más recientes indican que en las áreas rurales la mortalidad neonatal y el parto prematuro son más frecuentes que en las zonas urbanas. El no identificar a las mujeres embarazadas de alto riesgo ha resultado en medidas preventivas insuficientes.

No obstante, la comunidad global ha hecho un compromiso de evitar el parto prematuro al unir esfuerzos con los Objetivos de Desarrollo Sostenible para fomentar la iniciativa "Cada Mujer, Cada Niño". El gobierno de Perú ha evidenciado, además, su compromiso con el mejoramiento de la atención neonatal y la disminución del peso de los partos prematuros a través de la puesta en marcha de intervenciones neonatales efectivas que salvan vidas en hospitales y centros sanitarios. No obstante, en Perú la carga de parto prematuro continúa siendo elevada.

Desde hace mucho tiempo, el parto prematuro y sus efectos han supuesto un reto para la medicina. En muchos países avanzados, la atención neonatal deficiente aún causa la muerte de los bebés prematuros.

Es fundamental mejorar la prevención y el tratamiento de los partos prematuros para reducir las tasas de mortalidad y morbilidad en neonatos. Sin considerar la



ubicación, es fundamental detectar los elementos de riesgo coligados con el parto primerizo. Así, el propósito de este estudio es examinar los elementos vinculados con el nacimiento prematuro.

Los recién nacidos prematuros han presentado un aumento en su tasa de supervivencia en los últimos años. Los bebés prematuros que persisten tienen una probabilidad mayor de sufrir varias morbilidades a corto y largo plazo las cuales pueden reducirse con intervenciones multidisciplinarias tempranas, como el retraso en el desarrollo neuropsicomotor, problemas de aprendizaje y dificultades visuales y auditivas.

Las investigaciones realizadas han evidenciado que no se entiende del todo la etiología de los partos prematuros. Diversas investigaciones la han visto como un suceso complejo y multifactorial, que presenta diferencias entre regiones y países. Hay factores de riesgo del parto prematuro que son reversibles, pero otros no lo son. Los estudios epidemiológicos han señalado que diversos factores demográficos, socioeconómicos, genéticos y de salud pueden ser desencadenantes de partos prematuros. Entre ellos se encuentran el escaso nivel educativo y las edades exageradas de la madre (menos de 19 años o más de 34 años). Se han estudiado, durante el embarazo, motivos ginecológicos, obstétricos y clínicos como la reproducción asistida en el presente embarazo, la primiparidad, los antecedentes de aborto por método o muerte fetal, los precedentes de prematuridad, la rotura de membranas ováricas precedentemente del parto, los padecimientos del tracto urinario, el cuello uterino corto o dilatado en el segundo trimestre (16 a 28 semanas de gestación), la hipertensión específica del embarazo y los embarazos múltiples. Se ha comprobado que la falta de atención prenatal, la atención prenatal inadecuada y la ausencia (cesárea, diabetes preexistente o gestacional, hipertensión arterial



crónica y puntuaciones bajas en el Apgar a los primeros cinco minutos de vida es un componente de peligro para el parto prematuro.

Asimismo, diversas investigaciones han reportado una relación entre el parto prematuro/trabajo de parto y múltiples infecciones o colonizaciones en el canal genital.

En lo específico los factores de riesgo en fetos e infantes, las investigaciones realizadas han comprobado que la restricción del crecimiento, el sexo masculino, algunas anomalías congénitas (trisomías cromosómicas), la aloinmunización y la hidropesía fetal son elementos de riesgo para el parto prematuro espontáneo. La tesis está dividida en 4 capítulos: El primer capítulo exhibe el problema, las hipótesis, los objetivos y las variables; el segundo expone el marco teórico y conceptual; el tercero describe la muestra, la población, la metodología y los instrumentos; y por concluir, el cuarto exhibe lo resultante, la discusión, el análisis y la comprobación de hipótesis.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. EXPOSICIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Los partos prematuros acontecen antes de la semana 36 completa de embarazo o antes del día 259, que se cuenta a partir del primer día del último ciclo menstrual. Pueden ser espontáneos, o inducidos, cuando hay una indicación clínica por complicaciones asociadas con la mujer embarazada o el feto. En 2024, la prevalencia mundial estimada fue del 11,1 % (IC del 95 %: 9,1% y 13,4 %) en 99 países. En el 2015, sucedieron cerca de 15 millones de partos prematuros en todo el planeta, lo que equivale a más de uno por cada diez nacimientos. El porcentaje de nacimientos (menos de 36 semanas de gestación) en Estados Unidos fue del 9,6 % del total de los partos durante ese mismo año. Por ende, en el año 2024, la proporción de partos prematuros llegó al 10.5% del total de nacimientos en Estados Unidos, siendo este el séptimo año seguido que se incrementa. En consecuencia, la tasa de prematuridad se mantuvo alta y representó un desafío para las economías nacionales y las estructuras de salud pública.

Además, en Brasil, en 2024 se registraron 2.849.146 nacimientos vivos, de los cuales 315.831 (11%) fueron prematuros y 43.233 tuvieron una edad gestacional entre 22 y 31 semanas. La distribución espacial de estos nacimientos prematuros varió entre las regiones. La región Nordeste ocupó el segundo lugar en número absoluto de nacimientos prematuros, con 86.601 en 2024, mientras que la región Centro-Oeste registró el menor número, con 26.545 nacimientos prematuros. El estado de Ceará registró 129.185 nacimientos, de los cuales 14.973 fueron prematuros. Fortaleza mostró una cifra parecida a la media estatal y nacional, con un 11.5 % de infantes prematuros nacidos antes de las 36



semanas de gestación (10.913 nacimientos prematuros). La OMS reveló que Brasil ocupó el décimo lugar en todo el mundo respecto al número total de partos prematuros que ocurrieron durante ese año, lo que es motivo de inquietud para la salud pública del país.

En el mundo, se registraron 55,4 millones de muertes en 2019, de las cuales el 55 % correspondieron a las diez principales causas identificadas por las estimaciones mundiales de salud. Las complicaciones del parto prematuro, sumadas a otras afecciones neonatales, ocuparon el quinto lugar en esta lista, causando 2 millones de muertes. En infantes menores de cinco años, la prematuridad es la primordial motivo de fallecimiento. Igualmente, casi todas estas muertes son capaces de prevenirse si se llevan a cabo intervenciones económicas durante el periodo prenatal.

En Perú, el nacimiento prematuro es un reto permanente para la salud pública. Esto se debe a que es uno de los factores más importantes de mortalidad y morbilidad neonatal, así como porque está relacionado con dificultades que incidan la calidad de vivir y el desarrollo de los bebés recién nacidos. A nivel nacional, numerosos estudios han revelado que el riesgo de partos prematuros, siendo, antes de las 36 semanas de gestación, crece significativamente a causa de factores como hipertensión gestacional, la diabetes durante el embarazo, la anemia en las mujeres embarazadas, las infecciones vaginales y urinarias, la preeclampsia, los bajos ingresos económicos y la ausencia de controles prenatales apropiados. En los hospitales de nivel regional y provincial, esta problemática se hace más grave porque las carencias en términos de infraestructura, recursos humanos y programas preventivos obstaculizan la atención adecuada a embarazadas con gestaciones de alto riesgo. Esto produce una incidencia más alta de partos prematuros y la

necesidad urgente de robustecer las estrategias para intervenir en salud materna y neonatal.

El nacimiento prematuro es una cuestión de salud importante en el Hospital en mención que afecta el bienestar de las madres gestantes y sus hijos, así como también la razón de mortalidad y morbilidad neonatal. Los habitantes que reciben atención en este hospital, en su mayoría, son de áreas rurales y urbano-marginales, donde hay una alta presencia de factores de riesgo como el acceso restringido a controles prenatales apropiados, la anemia, el bajo estatus socioeconómico y la desnutrición. Además, se añaden situaciones clínicas comunes, como infecciones en la vagina y las vías urinarias, diabetes gestacional, hipertensión gestacional y preeclampsia. Estas aumentan el riesgo de que los bebés nazcan antes de cumplir 37 semanas. La insuficiencia de recursos especializados y la alta demanda de servicios obstétricos dificultan la atención oportuna de embarazos de alto riesgo, generando un escenario en el que el parto prematuro se convierte en una problemática recurrente y de gran impacto local.

1.2. FORMULACIÓN DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1. Pregunta general

PG.- ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2024?

1.2.2. Preguntas específicas

PE1.- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos de las gestantes con parto prematuro atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2024?



PE2.- ¿Cuáles son los factores obstétricos de las gestantes con parto prematuro atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2024?

PE3.- ¿Cuáles son los factores de comorbilidad en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2024?

PE4.- ¿Cuáles es la relación de los factores sociodemográficos, factores obstétricos y factores de morbilidad con la presencia de parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2024?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Justificación teórica

El nacimiento prematuro es un asunto de salud pública porque, por su alta prevalencia, afecta a la mortalidad de los prematuros. Diversos estudios internacionales y nacionales han demostrado que factores maternos como la anemia, las infecciones, el embarazo adolescente y las complicaciones obstétricas, inciden de manera significativa en la ocurrencia de nacimientos pretérmino. Sin embargo, en el contexto local de Juliaca y, en particular, en el Hospital Carlos Monge Medrano, existe una limitada producción científica que evidencie la magnitud y los determinantes específicos de este problema. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es proporcionar evidencia contextualizada y actualizada que mejore la literatura biomédica y permita una mejor comprensión de cómo los elementos de riesgo tienen que ver con el alumbramiento prematuro en las mujeres gestantes de la zona altiplánica.

1.3.2. Justificación práctica

Se realizó el estudio utilizando un método cuantitativo y observacional, analítico y transversal. Se emplearon métodos de recolección de datos que eran confiables y validados mediante el examen de historias clínicas y registros hospitalarios.

Se utilizó un muestreo apropiado para asegurar que las gestantes atendidas en 2024 estén debidamente representadas. Se empleará la estadística descriptiva e inferencial para examinar los datos y determinar las relaciones relevantes entre las variables analizadas. Este diseño de método garantiza que los hallazgos sean válidos y confiables, lo cual asegura que los descubrimientos se puedan emplear como evidencia científica en el escenario académico y hospitalario.

1.3.4. Justificación metodológica

El personal sanitario del Hospital Carlos Monge Medrano podrá desarrollar tácticas de prevención y detección temprana dirigidas a las mujeres embarazadas más vulnerables, si se identifican los elementos de riesgo vinculados con el parto prematuro.

Los hallazgos de esta investigación se utilizarán para reforzar el control prenatal, orientar intervenciones específicas en casos de riesgo y optimizar el uso de recursos hospitalarios, contribuyendo a disminuir la tasa de partos prematuros y las complicaciones neonatales asociadas. Como resultado, este trabajo afectará de modo directo la calidad de vivir de los recién nacidos y las mamás, lo que concuerda con la finalidad de Desarrollo Sostenible que buscan disminuir la mortalidad infantil y aumentar el bienestar materno.



1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo general

OG.- Determinar los factores de riesgo asociados al parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2024.

1.4.2. Objetivos específicos

OE1.- Identificar los factores sociodemográficos de las gestantes con parto prematuro atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2024.

OE2.- Identificar los factores obstétricos de las gestantes con parto prematuro atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2024.

OE3.- Identificar los factores de morbilidad en gestantes con parto prematuro atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2024.

OE4.- Relacionar los factores sociodemográficas, factores obstétricos y factores de morbilidad con la presencia de parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2024.

1.5. IMPORTANCIA Y ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación de los factores de peligro asociados con el parto reciente en embarazadas, es muy importante ya que ayuda a identificar las condiciones sociales, clínicas y económicas que incrementan la cantidad de partos ocurridos antes de las 37 semanas. Se trata de una evidencia científica que puede contribuir a mejorar la atención materna y neonatal a nivel local. Su alcance se enfoca en las mujeres embarazadas que recibieron solicitud en el hospital durante el año específico; sin embargo, sus hallazgos tienen el potencial para servir como referencia a otras instituciones sanitarias en la región Puno y ayudar



al diseño de estrategias preventivas e intervencionistas que fortalezcan el control prenatal y disminuyan la morbilidad neonatal.

1.6. LIMITACIÓN Y DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio empleó instrumentos estructurados. El estudio se realizó en gestantes – parto prematuro durante el periodo especificado (2024). Para abordar esta problemática, el periodo de investigación se extendió durante todo el periodo del 2024. Se presentaron algunos casos de información insuficiente o faltante, sobre todo en los registros. No obstante, este problema se resolvió incorporando información de las tarjetas de control prenatal para complementar los datos faltantes.

1.7. HIPÓTESIS

1.7.1. Hipótesis general

HG1.- Los factores de riesgo están significativamente asociados al parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2024.

HG0.- Los factores de riesgo no están significativamente asociados al parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2024.

1.7.2. Hipótesis específicas

HE1-1.- Los factores sociodemográficos están significativamente asociados al parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2024.

HE1-0.- Los factores sociodemográficos no están significativamente asociados al parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2024.

HE2-1.- Los factores obstétricos están significativamente asociados al parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2024.

HE2-0.- Los factores obstétricos no están significativamente asociados al parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2024.

HE3-1.- Los factores de comorbilidad están significativamente asociados al parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2024.

HE3-0.- Los factores de comorbilidad no están significativamente asociados al parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2024.

HE4-1.- Los factores sociodemográficos, obstétricos y de comorbilidad están significativamente asociados al parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2024.

HE4-0.- Los factores sociodemográficos, obstétricos y de comorbilidad están significativamente asociados al parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2024.

1.8. VARIABLES E INDICADORES

1.8.1. Conceptualización de variables

Variable de estudio independiente (1): FACTORES DE RIESGO

Definición: Los riesgos a los que se presentan las mujeres en estado de embarazo durante el primer trimestre pueden estar relacionados también con cualquier trastorno congénito de salud, como la enfermedad cardiovascular, la hipertensión arterial, la anemia, la talasemia, la enfermedad renal y la tirotoxicosis. La regla 5-5-5 es una directriz acerca de la clase de asistencia que una madre requiere después del parto: cinco días en reposo, cinco días en cama (es decir, con el mínimo movimiento) y los siguientes cinco días permaneciendo en casa. Esta práctica te asistirá en la recuperación y en el descanso al mismo tiempo que incrementas progresivamente la actividad.

Variable de estudio dependiente (2): PARTO PREMATURO

Definición: Se estima que un bebé es prematuro si nace precedentemente de que hayan pasado 37 semanas del embarazo. Los subcategorías de parto prematuro, que se clasifican según la edad gestacional, son las siguientes: muy prematuro (de 28 a 32 semanas) y sumamente prematuro (menos de 28 semanas).

En algunos grupos de raza y etnia, el nacimiento prematuro es más habitual. Siendo, los bebés de mujeres blancas tienen menos posibilidades de nacer antes de tiempo que los bebés de mujeres afroamericanas. Las mamás nativas de Alaska o indígenas estadounidenses tienen más probabilidades que las mamás blancas de tener partos prematuros.



Operacionalización de variables

Variables	Dimensiones	Indicadores	Nivel de Medición
FACTORES DE RIESGO VARIABLE INDEPENDIENTE(1)	1.1.Factores sociodemográficos	1.1.1.Edad de la Gestante asociado al parto prematuro	1) ≤20 años
			2) 20 a 34 años
			3) ≥35 años
		1.1.2.Procedencia asociado al parto prematuro	1)Urbana
			2)Urbana marginal
			3)Rural
		1.1.3.Nivel de Instrucción asociado al parto prematuro	1)Sin estudios
			2)Primaria
			3)Secundaria
			4)Superior técnica o universitaria
		1.1.4.Estado Civil asociado al parto prematuro	1)Soltera
			2)Casada
			3)Conviviente
	1.2.Factores Obstétricos	1.2.1.Antecedente de hijo prematuro asociado al parto prematuro	1)SI
			2)NO
		1.2.2.Paridad asociado al parto prematuro	1)Nulípara
			2)Primípara
			3)Multípara
		1.2.3.Número de controles prenatales asociado al parto prematuro	4)Gran Multípara
			1)Controlada (≥6 controles prenatales)
			2)No controlada (<6 controles prenatales)
	1.3.Factores de Comorbilidad	1.3.1.Infección del tracto urinario asociado al parto prematuro	1)SI
			2)NO
		1.3.2.Vulvovaginitis asociado al parto prematuro	1)SI
			2)NO
		1.3.3.Anemia asociado al parto prematuro	1)SI
			2)NO
		1.3.4.Hipertensión inducida del embarazo asociado al parto prematuro	1)SI
			2)NO
			1)SI



		1.3.5. Pre eclampsia asociado al parto prematuro	2)NO
		1.3.6.Ruptura prematura de membrana asociado al parto prematuro	1)SI
			2)NO
		1.3.7.Eclampsia asociado al parto prematuro	1)SI
			2)NO
		1.3.8.Desprendimiento prematuro de placenta asociado al parto prematuro	1)SI
			2)NO
		1.3.9.Placenta previa asociado al parto prematuro	1)SI
			2)NO
PARTO PREMATURO VARIABLE DEPENDIENTE (2)	2.1.Parto prematuro	2.1.1.Menor a 37 semanas de gestación	1)SI
			2)NO



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. A nivel Internacional

Barrios V. Componentes esenciales de los riesgos asociados con los partos prematuros. Asunción, 2020. Meta: Determinar los factores agrupados con el nacimiento prematuro. Metodología: Se llevó a cabo un estudio asociacional en el Servicio de Ginecología, incluyendo a 345 mujeres embarazadas y analizando las correlaciones con un nivel de fiabilidad del 95%. Resultados: El nacimiento prematuro se relacionó significativamente con: el segundo trimestre (IC95%; OR 9.93), la preeclampsia (IC95%; OR 4.15), un embarazo de varios fetos (IC95%; OR 15.14) y antecedentes de parto antes del término (IC95%; OR 3.43). No se encontró ningún vínculo entre el tabaquismo, la ruptura precoz de las membranas o la paridad. Conclusión: Se verificaron factores de peligro que están significativamente relacionados con el parto precoz.

Cruz B. Identificación de rasgos de riesgos en partos pretérminos. Hospital Ecuador; año 2020. Meta: Reconocer los factores biológicos y demográficos que se relacionan con el parto prematuro. Metodología: Investigación analítica retrospectiva que abarca a 361 mujeres con partos prematuros entre las 32 y las 37 semanas (período de 2018 a 2020). Resultados: Las mujeres gestantes con menos de 19 años y más de 35 tuvieron una mayor cantidad de partos prematuros. Se asociaron factores como la multiparidad, el escaso nivel educativo y la falta de atención durante el embarazo. Conclusión: La falta de



control anterior al nacimiento y los factores socio-biológicos incrementaron notablemente la posibilidad de que se produzca un parto prematuro.

Mora G. Factores que influyen en los peligros obstétricos relacionados con partos prematuros en mujeres gestantes atendidas en el Hospital General Martín Icaza; 2019. Meta: Detectar peligros obstétricos asociados con el nacimiento pretérmino, considerado un asunto de salubridad pública por su conexión con una elevada tasa de morbilidad y mortalidad perinatal. Metodología: Estudio retrospectivo. Resultados: De acuerdo con las publicaciones a nivel regionalizado, nacional e internacional, el veinte punto cinco por ciento de los partos prematuros fueron causados por factores de riesgo obstétrico. Conclusión: Es fundamental que las mujeres embarazadas tomen conciencia para poder reconocer los peligros obstétricos y prevenir partos prematuros mediante prácticas saludables tanto para ellas como para el feto.

Vásquez T. Rasgos de los riesgos maternos y obstétricas vinculados con el parto precoz en gestantes. Guayaquil, 2019. Meta: Detectar los elementos de riesgo y las complicaciones vinculadas con el parto prematuro. Metodología: Análisis no experimental, cuantitativo y descriptivo de 142 pacientes gestantes con partos pretérminos durante el año 2019, basado en sus historias clínicas. Resultados: Predominaron mujeres de 20–34 años (52,2%), con secundaria incompleta y dedicadas al hogar. Se halló preeclampsia en 31,7%, infecciones vaginales en 36,6% y como complicación neonatal más frecuente el distrés respiratorio (50,7%). Conclusión: Se encontraron varias determinantes vinculadas al parto prematuro, siendo la mayor complicación en los neonatos prematuros el distrés respiratorio.



Estudio de gestantes en el hospital Maternidad Matilde Hidalgo, en el periodo de 2018 a 2020. Guayaquil, en el año dos mil veinte. Meta: Estimar los factores de peligro que afectaron a las mujeres embarazadas desde el 2018 hasta el 2020 y contribuyeron al parto prematuro. Método: Investigación no experimental, retrospectiva y observacional, realizada en 608 embarazadas de entre 12 y más de 35 años. Resultados: En el embarazo actual, los factores más relevantes fueron la preeclampsia, el control prenatal inadecuado, la pérdida de líquido amniótico, los antecedentes de partos prematuros y el embarazo múltiple. Para concluir: Se ratificaron factores clínicos y obstétricos que aumentan de manera significativa el riesgo de sufrir un parto prematuro.

Fernández B. llevó a cabo una investigación en el Policlínico "Hermanos Cruz" de Cuba para determinar cuáles son los factores de peligro más comunes asociados con el parto precoz en las mujeres embarazadas. Se utilizó un método no experimental y uno descriptivo transversal retrospectivo, ambos de carácter cuantitativo. La investigación fue observacional y descriptiva. Las mujeres embarazadas atendidas en 2022 constituyeron la población, y se seleccionó la muestra mediante el examen de historias clínicas. Las infecciones en las vías urinarias, la anemia, la fractura prematura de membranas, el haber tenido un parto prematuro antes y la preeclampsia fueron los factores más frecuentes que revelaron los datos. Se concluyó que la detección temprana de estos factores facilita el diseño de tácticas preventivas efectivas, lo que resalta la relevancia del control prenatal a tiempo.

Khezri R. Propósitos: En todo el mundo, el parto prematuro es un problema, y la mayor parte de los partos prematuros tienen lugar en países de ingresos medios y minimos, como Irán. Esta investigación determinó la prevalencia y los factores

de peligro asociados a los partos prematuros en zonas rurales de Sardasht, Irán. Diseño de la investigación: Investigación de casos y monitoreos. Métodos: Con 414 mujeres embarazadas de áreas rurales que vivían en Sardasht, Irán (138 casos y 276 controles), se efectuó a cabo una evaluación de casos y manejos. Se extrajeron la data de historias clínicas. Se aplicó la ecografía para el calculo de la edad gestacional en el primer trimestre. Se efectuaron análisis estadísticos utilizando la regresión logística. Resultados: Las consecuencias del análisis de regresión logística multivariable indicaron que las siguientes situaciones estaban asociadas de forma significativa con el parto prematuro: la diabetes gestacional [ORa = 7.87 (IC del 95 %; 2.19-28.31)], la anemia del primer trimestre de embarazo [ORa = 4.92 (IC del 95 %; 1.30-18.71)], la preeclampsia [ORa = 6.14 (IC del 95 %; 1.74-21,7)], las visitas prenatales [ORa = 2.74 (IC del 95 %; 1.42-5,28)], los antecedentes de aborto precoz [ORa =2,69 (IC del 95 %;1,26-9,69)], la paridad [ORa=3,47 (IC del 95 %;1,26–9,68)] y la ruptura precoz de las membranas [ORa=8,31 (IC del 95 %;2,88–23,90)]. IC; [1,23-5,90] y la edad de la madre. En conclusión: En gran parte, el parto prematuro estuvo relacionado con la preeclampsia, la diabetes gestacional, los antecedentes de aborto, el número de hijos, la edad materna, las visitas prenatales y la ruptura precoz de membranas. Para prevenir el nacimiento prematuro, las mujeres embarazadas que corren un alto riesgo deben ser atendidas prenatalmente con mayor rigurosidad.

Barreto M. Contexto/Propósitos: Las tasas de prematuridad continúan elevadas y representan un desafío para los sistemas de salud pública en todas las naciones, lo que tiene un efecto importante en la mortalidad neonatal. El fin del estudio fue estimar la frecuencia y los factores de peligro materno-fetales y

ambientales para el nacimiento prematuro en un grupo de mujeres parturientas cuyos neonatos fueron vigilados en una unidad de arreglados intensivos neonatales del hospital privado. Métodos: Se efectuó un estudio en la que participaron mujeres que dieron a luz entre 2013 y 2018 en una capital del noreste de Brasil, cuyos bebés fueron admitidos en la unidad neonatal de cuidados intensivos. El Comité de Ética abonó el estudio. Los datos obtenidos abarcaron información hidrosanitaria de las casas de las madres y datos de sus historias clínicas. Resultados: En este hospital, entre 2013 y 2018, la prevalencia de prematuridad en los nacidos vivos ($n = 9778$) fue del 23%. El 76,9 % de las mujeres elegibles ($n = 480$) tuvo partos prematuros, mientras que el porcentaje de bebés prematuros ($n = 369$) respecto al total de nacimientos durante ese periodo fue del 3,8 %. En el análisis multivariante, los elementos de riesgo relevantes para la prematuridad fueron ser primípara ($RR = 1,104$; IC del 95 %: 1,004-1,213) y padecer síndromes hipertensivos en el embarazo ($RR = 1,262$; IC del 95 %: 1,161-1,371). Por otro lado, el factor protector relevante fue tener más consultas prenatales ($RR = 0,924$; IC del 95 %: 0,901-0,947). Conclusiones: Este análisis ayuda a que la atención prenatal sea más visible y a entender con mayor claridad las dificultades durante el parto y el embarazo. Estos resultados indican la imperiosa requerimiento de implementar políticas públicas que fomenten la atención dirigida a las mujeres embarazadas y mejoren la calidad de vivir de los residentes, con el objetivo de reducir los partos prematuros y, en consecuencia, la mortalidad en neonatos e infantes.

Villanueva: En su investigación sobre el perfil epidemiológico de parto prematuro (2008), señala que esta condición es el origen fundamental de mortalidad neurológica a corto - largo plazo. Las familias y los gobiernos se ven afectados

de manera importante a nivel social y económico por este problema de salud. En las regiones más favorecidas del mundo, su frecuencia fluctúa entre el 5% y el 12%, pero puede alcanzar hasta el 40% en las zonas más empobrecidas. Numerosas son las causas, siendo la vaginosis, que se coliga a la corioamnionitis, y el referente de parto prematuro los principales factores de peligro. A pesar de que muchas características maternas están asociadas con la enfermedad, en numerosas ocasiones sus causas no son evidentes; no obstante, el impacto de las enfermedades infecciosas, especialmente las intrauterinas, es considerable. Para muchas mujeres que tienen una alta posibilidad de tener un parto prematuro, incluyendo a las jóvenes, las de bajos recursos y las que carecen de apoyo social, es especialmente importante contar con acceso temprano y apropiado a la atención prenatal.

Osomo y su equipo (2008) establecieron la prevalencia de factores de riesgo maternos y su vínculo con el nacimiento prematuro en la población que analizaron. El Centro Médico llevó a cabo una evaluación de un grupo de recién nacidos vivos que pesaban al menos 500 g. Los neonatos prematuros fueron considerados casos, mientras que los neonatos con 37 semanas de gestación o más fueron clasificados como controles. Se realizó un estudio comparativo entre la frecuencia de prematuridad con factores de riesgo y la prevalencia sin ellos. Se definieron los intervalos de confianza del 95% y la razón de momios para cada uno de los antecedentes examinados, así como las dimensiones que se pueden asignar a la población expuesta y a la población total. El porcentaje de prematuridad fue del 11.9%, lo que equivale a 3,018 casos sobre 25,345. de los factores de riesgo que se asocian con prematuridad, resaltan los siguientes: madre analfabeta (RM: 1.55; IC 95%, 1.6-1.95), madre no casada, laboriosa,

mayor de edad (RM: 1.80; IC 95%, 1.54-2.08), madre con parto precoz en el pasado (RM: 2.20; IC 95%, 1.55-3.14), embarazo múltiple, morbilidad (preeclampsia-eclampsia; RM: 7.8; IC95%, 6.5-9.5), diabetes durante el embarazo (RM: 2.4; IC 95%, 1.74-2.91), contagios urinarias y vaginales, ruptura temprana de membranas, oligohidramnios y polihidramnios (RM: 4.47; IC 95%, 3.02-6.5), placenta previa y desprendimiento precoz de placenta (RM: 9.95; IC 95%, 5.61-17.8). De los partos prematuros, el 43% (1,302 de 3,018) sucedió en embarazos con desarrollo normal. Que las membranas se fragmenten antes de lo esperado y que la madre padezca morbilidad durante el embarazo fueron los más importantes factores de peligro para la precosidad.

En su estudio de 2012, Ovalle y col. examinaron a 407 nacimientos prematuros, individuales, con una gestación de entre 22.0 y 34.0 semanas, para determinar la mortalidad perinatal asociada al parto precoz y los elementos de riesgo relacionados. Las muertes de los fetos y neonatos durante la primera semana de vida fueron analizadas. Fallecieron un total de 122 niños, de los cuales 58 fueron neonatales y 64 fetales; se realizó autopsia a 78. El 30 % (122 de 407) de los casos presentaron mortalidad perinatal. El 71% (87 de 122) de los fallecimientos se produjeron antes de la semana 30, y el 81% (99 de 122) en recién nacidos que pesaban menos de 1500 gramos. El 41% (50/122) de los fallecimientos perinatales se debió a infecciones bacterianas ascendentes (IBA); el 20% (24/122), a malformaciones congénitas; y el 12% (15/122), a hipertensión arterial. Los elementos de peligro para la muerte perinatal, determinados a través de análisis de regresión logística, se identificaron como: hipertensión arterial ($p=0,03$), infección por bacterias ascendente ($p=0,02$), anomalía congénita ($p<0,001$) y edad gestacional del parto ($p<0,001$). Los motivos más importantes

de mortalidad perinatal fueron: el 28% se debió a hipoxia (aguda o crónica), el 23% a infecciones congénitas (sobre todo neumonía, con un 18%), también con un 18%, al desprendimiento prematuro de placenta, que se produjo junto con hipoxia y shock hipovolémico; anomalía congénita, en la misma proporción; y por último, al síndrome hipertensivo, que incluye hipoxia aguda o crónica, con un 7%.

Conclusiones: La razón más común de fallecimiento perinatal entre las semanas 22 y 34 del embarazo fue la infección bacteriana ascendente; el principal factor que provocó la muerte fue la hipoxia, y el riesgo más alto de mortalidad se presentó en base de la edad gestacional al acto del parto su relación y el efecto que tienen sobre la precosidad de los neonatos en el Hospital. En el grupo de casos, se analizaron a 300 mujeres que dispusieron a dar a luz entre las semanas 27 y 36, y durante el lapso de abril a septiembre del año 2011, se estudió a un total de 600 pacientes que lo hicieron entre las semanas 37 y 41. Los elementos de riesgo para el nacimiento precoz dentro del grupo de casos incluidos fueron las infecciones urinarias (46%), la placenta previa (9.3%) y tener más de 35 años (14.6%). En la cervicovaginitis, la unión de factores como infecciones y fractura prematura de membranas fue más significativa (76%). La falta de atención prenatal y la existencia simultánea de dos o más factores de peligro fueron los aspectos que sobresalieron entre los riesgos asociados a los recién nacidos prematuros. Es innegable que la atención y el monitoreo a los pacientes con elementos de riesgo prevenibles deben mejorarse.

2.1.2. A nivel Nacional

Escobar B. Determinantes vinculados a parto prematuro dentro de un centro de segundo nivel. Año 2019. Meta: Detectar factores que están relacionados con el parto prematuro. Metodología: Investigación observacional de casos y

inspecciones, con un enfoque analítico y retrospectivo, llevada a cabo en 688 mujeres embarazadas (344 casos y 344 controles). Resultados: Las infecciones urinarias (RM=4.1; $p=0.000$), la preeclampsia (RM=6.38; $p=0.00$), la referencia de parto pretérmino (RM=10.1; $p=0.005$) y la placenta antes (RM=10.1; $p=0.005$) se asociaron con el fenómeno en cuestión. Conclusión: Las infecciones urinarias y los factores maternos tuvieron una fuerte correlación con los partos que ocurrieron antes de tiempo.

Chira J. Elementos que determinan los partos precoces en embarazadas del Hospital de Lambayeque en el año 2019. Meta: Identificar los elementos que tienen relación con el parto prematuro. Metodología: Se alterna de un análisis transversal - descriptivo, que incluye 80 casos y 160 controles. Resultados: Elementos de riesgo: falta de controles prenatales, anemia (OR=1.79; $p=0.04$), prematuridad previa (OR=2.12; $p=0.0385$), infecciones en vías urinarias (OR=2.65; $p=0.0003$), ruptura temprana de membranas (OR=7.21; $p=0.00$) y gestación múltiple (OR=11.27; $p=0.0000$). En conclusión: Estos elementos incrementaron el peligro de parto prematuro de forma notable.

Aliaga G. Factores clínicos asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Centro Médico Naval Santiago Távora. Año 2019.

Meta: Comprobar factores clínicos vinculados con el parto precoz. Metodología: Un estudio de carácter retrospectivo que incluye a 160 mujeres embarazadas (80 casos y 80 controles). Hallazgos: Se halló una asociación significativa con los siguientes factores: edad menor a 20 años (OR=3.17; $p=0.00$), insuficiencia de atención prenatal, multiparidad (OR=5.00; $p=0.00$), pre eclampsia (OR=5.94; $p=0.02$), infección urinaria (OR=2.46; $p=0.01$) y desprendimiento prematuro de



placenta. Conclusión: Los riesgos más significativos fueron la juventud de la madre, la falta de controles prenatales y los factores obstétricos.

Murguía F. Factores que determinan los riesgos maternos vinculados con los partos precoces en adolescentes embarazadas. Meta: Describir los rasgos maternos que propician el nacimiento prematuro en adolescentes. Metodología: Investigación retrospectiva observacional, con 180 adolescentes (70 casos y 110 controles). La edad media fue de 17,5 años; la mayoría de los individuos eran adolescentes tardíos (75%). La preeclampsia y las anemias fueron los factores que más se relacionaron. Conclusión: La preeclampsia y la anemia fueron los riesgos maternos más significativos en las adolescentes.

Frecuencia de características vinculadas con el parto precoz en embarazadas adolescentes del Hospital Tarapoto, según Pérez M. Año 2019. Meta: Detectar los factores vinculados con el parto precoz en jóvenes de menos de 19 años. Metodología: Investigación no experimental con 112 adolescentes embarazadas. Resultados: Factores maternos: vivir en el campo (61.6%), estar en una unión libre (68.8%), tener entre 14 y 19 años (47.3%) y poseer educación secundaria (59.8%). Obstétricos: primigestas (74.1%), primíparas (85.7%), atención prenatal apropiada (69.6%). El 91.1 % de los nacimientos fueron partos prematuros moderados (32-37 semanas). Conclusión: El 14,3% de los partos en adolescentes fue pretérmino y estuvo vinculado principalmente a elementos obstétricos y sociodemográficos.

Salas C. realizó una investigación en dos hospitales de la región Cusco, Perú, con el fin de reconocer los elementos patológicos, sociodemográficos, personales y obstétricos que se vinculan con el parto prematuro en adolescentes gestantes. La investigación se realizó desde un ámbito cuantitativo y a nivel

relacional, con enfoque observacional, analítico y no experimental. La población se compuso por adolescentes embarazadas que fueron atendidas entre 2020 y 2024, y el muestreo fue de tipo probabilístico. Según lo resultante, el factor de peligro más significativo fue la ruptura prematura de membranas, la anemia, tener antecedentes de aborto espontáneo, quedar embarazada a una edad temprana y los breves espacios entre uno y otro embarazo. Se instituyó que presente una asociación significativa entre estas circunstancias y los partos prematuros, lo que indica el requerimiento de fortificar los programas de salud materna dirigidos a adolescentes.

Parra, su estudio se centró en identificar los factores de riesgo maternal, fetal y sociodemográfico coligados con el parto prematuro en las mujeres embarazadas que recibieron atención entre 2010 y 2012 en el Hospital Hipólito Unanue. Su estudio de casos y controles en el que la población se compuso por la totalidad de las pacientes que experimentaron un embarazo que concluyó con el nacimiento de un recién nacido vivo antes del término, durante el intervalo designado. Se lograron 416 casos elegibles, conforme a los criterios de exclusión e inclusión. Con el objetivo de optimizar la potencia estadística, se optó por una asociación 1:2 en comparación con los controles, lo que dio como resultado la selección de 400 controles. Los factores relacionados con el parto prematuro, de acuerdo con el análisis estadístico, incluyen lo siguiente: tener menos de 18 años, haber tenido un parto prematuro antes, que la distancia entre embarazos sea menor a dos años, que durante la gestación se incremente el peso por debajo de ocho kilos, padecer preeclampsia y ruptura temprana de membranas, estar en un embarazo gemelar, ser soltera y desempeñarse como agricultora.

Evaluar las variables maternas asociadas con el parto prematuro y su impacto sobre el recién nacido fue el propósito del estudio de Meza. El estudio se realizó entre enero de 2002 y diciembre de 2006 en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. Se llevaron a cabo estudios en 285 casos de mujeres embarazadas diagnosticadas con parto prematuro y sus respectivos bebés. El parto abdominal, la ruptura de las membranas antes de tiempo, la multiparidad materna y estar entre las 24 y las 30 semanas de la gestación se relacionan con un aumento del riesgo de morbilidad neonatal. Además, si la edad gestacional varía entre las 24 y las 30 semanas, se incrementa la posibilidad de que aparezca depresión neonatal. Asimismo, existe una relación entre la asfixia neonatal y tener una edad gestacional de 23 a 30 semanas, ser madre con varios hijos y ser obeso. Finalmente, elementos que tienen relación con la madre, como el control prenatal deficiente y una edad gestacional desde 24 y las 30 semanas, están asociados con un riesgo más alto de mortalidad neonatal.

2.1.3. A nivel Regional o Local

Chaiña E. Factores de la madre y sus efectos en el parto precoz en mujeres embarazadas del Hospital Puno. Meta: Explicar los factores determinantes maternos y cómo afectan a los partos prematuros. Metodología: Se lleva a cabo una investigación explicativa, recolectando datos con una ficha creada para el estudio. Resultados: El incremento de peso funcionó como un factor protector; otros elementos fueron tenidos en cuenta como determinantes de riesgo. Conclusión: La ocurrencia de partos prematuros se ve incidida en gran modo por los factores maternos.

Ccosi C. Elementos asociados con la posibilidad de un parto precoz en pacientes gestantes del Hospital Essalud Puno. Año 2019. Meta: Identificar los elementos vinculados con el nacimiento prematuro. Metodología: Investigación prospectiva y de relación que abarca a 79 gestantes. Resultados: Riesgos para la madre: tener entre 19 y 34 años (62 %), beber alcohol (73 %) y tener un intervalo intergenésico corto (51 %). Riesgos obstétricos: RPM (84%) y embarazo con más de un feto (14%). Infecciones urinarias: uretritis (2%), cistitis (16%) y bacteriuria asintomática (82%). Conclusión: Las infecciones urinarias tienen una correlación importante con el parto prematuro, lo que confirma la hipótesis.

Flores J. Elementos relacionados con el nacimiento prematuro y la preeclampsia en mujeres embarazadas del hospital de Puno. El año dos mil veinte. Meta: Identificar los peligros relacionados con el parto prematuro y la preeclampsia. Metodología: Investigación analítica, retrospectiva y no experimental que incluye 246 historias clínicas (todas ellas de 123 pacientes con preeclampsia y 123 sin ella). Resultados: Se relacionaron con los siguientes factores: <6 controles prenatales (OR=2.99; p=0.000), obesidad, ser ama de casa (OR=5.85; p=0.005) y vivir en el campo (OR=2.52; p=0.001). El grado educativo elevado fue un factor de resguardo (OR=0.15-0.35). Conclusión: El peligro de parto prematuro en mujeres embarazadas con preeclampsia se ve afectado por los factores obstétricos y sociodemográficos.

Escobar D. Características de riesgos vinculados con la probabilidad de parto precoz en mujeres embarazadas atendidas del Hospital Puno. Año 2019. Meta: Identificar amenazas relacionadas con el peligro de parto prematuro. Metodología: Investigación de carácter descriptivo. Resultados: La proporción de partos prematuros fluctúa entre el 8 y el 10 % a nivel global, alcanzando un 9 %

en las naciones subdesarrolladas. Los estándares para el diagnóstico tienen una sensibilidad y especificidad limitadas (20-30%). Conclusión: A nivel local y global, los partos prematuros son un problema epidemiológico que se repite.

Ramos R. realizó una investigación en el Hospital Carlos Monge Medrano, , para identificar los factores de riesgo implicados con el parto prematuro en mujeres embarazadas atendidas durante 2023. El enfoque fue cuantitativo, con un método descriptivo no experimental. Se utilizó una categorización basada en la observación y se adoptó un punto de vista correlacional-retrospectivo. La población estuvo integrada por mujeres embarazadas con parto prematuro, y el grupo de la muestra abarcó a 114 mujeres elegidas a través del análisis de documentos. Los factores con mayor importancia que se revelaron en los resultados fueron: preeclampsia, infección urinaria, enfermedad periodontal, tabaquismo, vaginosis, ruptura de membranas prematura, alteraciones cervicales, placenta previa y oligohidramnios. Se determinó que estos elementos están fuertemente relacionados con el parto pretérmino, por lo que se aconsejó establecer protocolos de detección temprana y monitoreo especializado.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. PARTO PREMATURO

2.2.1.1. Definiciones

Se estima que el bebé es prematuro si nace precedentemente de que se alcance la semana 37 del embarazo. El embarazo es un proceso fisiológico que tiene una duración aproximada de 280 días, con una variación de alrededor de 15 días.

Según su edad gestacional, la OMS ha clasificado a los infantes prematuros en:

- a) Prematuro global: menos de 37 semanas.
- b) Prematuro tardío: desde la semana 34 a la semana 36 con 6/7 días.
- c) Muy prematuro: corresponde a los recién nacidos antes de las 32 semanas de gestación.
- d) Extremadamente prematuro: se refiere a los nacidos con menos de 28 semanas. (67)

En Estados Unidos y Latinoamérica también se emplea una clasificación basada en el peso al nacer, que se detalla a continuación:

- a) Bajo peso al nacer: inferior a 2 500 g, sin considerar la edad gestacional.
- b) Muy bajo peso al nacer: menor de 1 500 g.
- c) Extremadamente bajo peso al nacer: inferior a 1 000 g. (68)

2.2.1.2. Epidemiología

A pesar de los intentos para reducir este fenómeno, la proporción media de bebés nacidos prematuramente en las naciones desarrolladas se ha duplicado desde 1995 y ahora es del 6%. A nivel mundial, en el transcurso de los dos años últimos, la cifra de recién nacidos prematuros ha aumentado considerablemente. En el año 2010, de un total de 135 millones de bebés nacidos, alrededor de 15 millones llegaron al mundo antes de tiempo y aproximadamente 1,1 millón falleció. Esta información proviene del informe "Born Too Soon", elaborado como del programa "Cada Mujer, cada Niño" de las Naciones Unidas. Se ha vuelto un serio problema de salud pública la prematurez, porque invade el primer lugar entre las causas de víctima neonatal y el segundo entre los inferiores a 5 años. (69)

Según el boletín de la OMS del año 2010, el Perú tiene una tasa de prematuros de 7.3, que es más baja que la de Brasil (9.3), Colombia (8.7), Bolivia (9.1), Venezuela (8.0), Argentina (8.3), Paraguay (7.6) y México (7.3). Sin embargo, supera a la cifra de Chile (7.0), Cuba (6.3) y Ecuador (5.2).

Según las cifras de la OMS, en Perú fallecen anualmente aproximadamente 12,500 recién nacidos y cerca de 1 millón a nivel del globo no logran sobrevivir. En la Maternidad de Lima, se registra anualmente un total de 1,600 partos prematuros. En los cinco años pasados, esta cifra no ha cambiado. En esta institución, el 9% de los partos totales son prematuros; este grupo requiere un tratamiento más especializado y hospitalizaciones más largas. (67)

En Perú, la tasa de partos prematuros reportada fluctúa en 3.6% y el 11.8%, lo que representa un elemento significativo de discapacidad y mortalidad en neonatos. No obstante, cuando se aborda el serio tema de las adolescentes embarazadas, la cifra de nacimientos prematuros sube significativamente, alcanzando entre el 14 y el 16%; esto ocurre paralelamente a que las cifras de morbilidad y mortalidad tanto materna como infantil lo hacen también. Se ha hallado una prevalencia del 7.2% en el año 1995³⁴ y del 7.9% en el año 2008³⁵ en la región Loreto.

Casi la mitad de los fallecimientos de recién nacidos en todo el mundo son debido a partos prematuros, lo que los sitúa como la segunda causa más importante de muertes en niños menores de cinco años, por detrás solamente de la neumonía. (68)

2.2.1.3. Etiología

A pesar de que dichos procesos suceden a menudo, ciertamente tienen una particularidad bioquímica y física exclusiva, con patrones epidemiológicos

diferentes y expresiones temporales variables. Sin tener en cuenta el evento que los inicia, estos procesos se encuentran en una trayectoria biológica común. Esta situación se distingue por degradar la membrana de matriz extracelular en el cuello uterino y en el feto, además del crecimiento del miometrio, que causa contracciones uterinas cada vez más fuertes y frecuentes, provocando cambios cervicales con o sin RPM.

La mayoría de partos prematuros se asocian, según la experiencia clínica y experimental, a 4 procesos patológicos diferentes:

- a) Activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, ya sea de origen materno o fetal.
- b) Procesos inflamatorios en la decidua y en las membranas amniocoriónicas.
- c) Presencia de hemorragia a nivel decidual. (68)
- d) Distensión uterina anormal, como ocurre en embarazos múltiples o en casos de polihidramnios.

Más del 50% de los prematuros son aquellos que nacen tras un nacimiento prematuro espontáneo o una amniorrexia prematura. A pesar de que el tratamiento antibacteriano no mejora el parto prematuro espontáneo, se presume la presencia de infección clínica o subclínica. Por otro lado, su uso en la amniorrexia precoz posibilita que el embarazo dure más tiempo, disminuye el riesgo de corioamnionitis y mejora los resultados para los recién nacidos. Otros factores relacionados son el tabaquismo de la madre, tener antecedentes de partos prematuros y las malas condiciones socioeconómicas de la madre. La gestación de más de un feto, ya sea espontánea o inducida, incrementa la cantidad de nacimientos prematuros y constituye cerca del veinticinco por ciento de todos los partos pretérmino. Durante los primeros tiempos de la invención de

las técnicas de reproducción, se notó un aumento en el número de trillizos y gemelos. La mayor parte de gemelos y el total de los trillizos y múltiples son neonatos pretérminos.

Las dificultades que inciden a la madre o al feto causan entre el 15 y el 25% de los nacimientos prematuros. La hipertensión de la madre y la desnutrición dentro del útero son los principales factores, seguidos por el polihidramnios. En algunas condiciones fetales, como la fetopatía diabética o la hidropesía fetal, la prematuridad es inducida obstétricamente. (69)

2.2.1.4. Diagnóstico

Los síntomas y signos iniciales de un parto precoz abarcan: convulsiones uterinas con violencia leve a periodos irregulares, dolor lumbar bajo y persistente, así como flujo sanguíneo. No obstante, estos signos y sintomatologías no son exclusivos y suelen aparecer en las mujeres cuando el impedimento está cerca de finalizar (68).

Se supone que el análisis de un parto precoz es fácil. Su fundamento es identificar contracciones en el útero que tengan suficiente frecuencia e intensidad para provocar una dilatación y un borramiento del cérvix entre las semanas 20 y 37 de la gestación. Al principio, se definieron criterios específicos para detectar a mujeres con parto precoz. Estos criterios comprendían convulsiones uterinas ininterrumpidas (4 cada 21 minutos o 8 cada hora), la documentación de los patrones cervicales o el borramiento del cuello uterino (del 80 %) y la dilatación del cérvix (más de 2 cm). Que solo se tome en cuenta el contenido de contracciones uterinas de criterio para el análisis ha resultado en que el parto precoz sea la razón más usual de internaciones hospitalarias en mujeres gestantes. No obstante, todavía no existe un procedimiento preciso que permita

detectar a las mujeres que sufren contracciones del útero prematuras y causan partos pre término. Según una revisión sistemática, cerca del 30% de los partos precoces se solucionaron espontáneamente. A pesar de que se han hecho numerosos intentos por parte de los científicos, no han conseguido determinar el nivel de intensidad de las contracciones del útero que permita detectar con precisión a las mujeres que van presentar un parto prematuro.

La reproducibilidad del examen cervical digital es limitada entre quienes lo llevan a cabo, particularmente cuando los cambios no son significativos (69).

2.2.1.5. Predictores de parto prematuro

El mejor método para anticipar un parto prematuro es, según la mayoría de los análisis originales, revisiones sistemáticas y guías clínicas, una combinación entre medir la longitud cervical con ultrasonido a través de un transductor endovaginal y determinar la fibronectina fetal (FNF) en mucosidad cérvico-vaginal (SCV). Esto se debe a la flexibilidad y falta de sensibilidad en la data del examen físico, así como a la exploración física por medio de métodos tradicionales para detectar el parto prematuro.

- a) **Fibronectina fetal (FNF):** La FNF es glicoproteína que genera la membrana coriónica y se encuentra en la decidua basal, cerca de la zona intervellosa. Su objetivo primordial parece ser el de funcionar como una molécula adhesiva (parecida a un pegamento), que contribuye a la unión de las membranas coriónicas con decidua materna adyacente. (68)

Usualmente se puede encontrar en SCV durante las primeras 23 SDG. En términos virtuales, no se encuentra en la misma secreción entre las 24 y 34 semanas de gestación, a no ser que el cérvix haya experimentado una dilatación y un borramiento precoz, normalmente junto con contracciones sintomáticas del útero. Se ha hallado una fuerte relación entre dar a luz prematuramente y la



expresión de FNF en SCV. Se ha evidenciado en diversas investigaciones que existe una correlación entre los partos pretérminos y la presencia de FNF; también se ha observado que el peligro de nacimientos prematuros se reduce si lo resultante de estos ensayos es negativo. Un meta-evaluación de 28 investigaciones mostró que, si se usaba el nacimiento <33 SDG como resultante, una prueba positiva de FNF señalaba que el 61% de los casos eran nacimientos pretérminos. Con un 83% (70) de probabilidad, fue posible predecir que el embarazo continuara con una prueba negativa tras la semana 34.

Las ventajas de utilizar la prueba de FNF 21 son las siguientes:

- Reducción de las entradas económicas de los hospitales y del tiempo que permanecen los pacientes en el hospital.
- Determinación más adecuada de individuos que requieren tratamiento con agentes tocolíticos y esteroides.
- Se ha reducido el empleo de agentes tocolíticos en usuarios que no corren el riesgo de tener un parto prematuro.
- Disminución de la ansiedad y el estrés para la mujer que está embarazada y su familia, ya que no tienen que pasar por una hospitalización o un traslado innecesario.
- Para la FNF, las instrucciones son: gestaciones de 23 a 35 SDG, presencia de síntomas de parto precoz (contracciones del útero regulares superiores a seis por hora y presión en la pelvis), membranas amnióticas sin romperse, dilatación del cérvix menor a tres centímetros y fortuna fetal debidamente registrado.

Las exclusiones para la utilización de FNF son las siguientes: ruptura prematura de membranas, sangrado genital activo, cerclaje, cérvix dilatado en más de 3 cm, relaciones sexuales o examen vaginal en el

último día. También es contraindicado si la edad gestacional es menor a 24 semanas o mayor a 34 semanas completas.

- b) **Longitud del cervix por ultrasonido y estimaciones de FNF en SCV como predicciones de parto prematuro:** Se recomienda que las mujeres con contracciones prematuras se sometan, primero, a una evaluación de la longitud cervical por medio de ultrasonido y, posteriormente, al FNF. La habilidad para diferenciar entre las que sí comenzarán el trabajo de parto prematuro y las que no lo harán se incrementa cuando el cérvix es corto, en un lapso de 7 a 14 días. Un estudio demostró que las mujeres cuyo cuello uterino medía más de 30 mm tenían menos posibilidades de comenzar el trabajo de parto precoz y que las mediciones del FNF no incrementaban la capacidad predictiva del ultrasonido. Además, si el cérvix tenía una longitud de menos de 30 mm, la posibilidad de que ocurriera un parto en los siete días siguientes con FNF positiva y negativa fue del 45 % y del 11 %, respectivamente. Las probabilidades de que naciera en los siguientes 14 días fueron del 56 % y del 13 %, respectivamente. El 75 % de las mujeres con un cuello uterino de menos de 15 mm y un FNF positivo (71) tuvieron a sus bebés la semana posterior.
- Una investigación a ciegas de tipo prospectivo ultimó que la FNF siendo más eficaz en damas con síntomas y longitud cervical entre 16 y 31 mm. Los investigadores no pudieron observar los resultados de esta investigación. Una FNF mayor a 51 ng/ml fue mucho más confidencial que la longitud cervical por ultrasonido inferior a 26 mm para detectar a pacientes que tendrían un parto precoz. Una longitud cervical menor a 26 mm para el parto prematuro presentó una sensibilidad, especificidad, niveles predictivos negativos y positivos de 75%, 63%, 24% y 94%, respectivamente; por otro lado, para FNF mayor a 50 ng/ml las cifras fueron del 63%, el 81%, el 33% y el 93%, respectivamente (68).

2.2.2. FACTORES DE RIESGO

2.2.2.1. Factor

La Real Academia Española define un factor como "un componente o motivo que interactúa con otros" (71). Asimismo, se considera a los factores como variables independientes que pueden afectar la variabilidad de la variable de interés (72).

Un factor es una entidad que ejerce influencia sobre algo y que determina o afecta la forma en que algo ocurre. Los factores son las diferentes variables que participan y funcionan como causa para generar un efecto. La relación entre los factores y el efecto no es necesariamente matemática o lógica, sino que los factores ejercen un grado de influencia sobre el hecho, aunque su determinación no sea definitiva. (73)

2.2.2.2. Definición de factores de riesgo

El INEI aduce como factor de riesgo a "toda característica o circunstancia que pueda percibirse en un individuo o grupo y que se conoce está vinculada con un alto riesgo de padecer, desplegar o estar arriesgado a un padecimiento" (72). En la salud, el término "factores de riesgo" se refiere a una suceso o condición que incrementa las posibilidades de que un usuario sufra de un problema específico o padezca una enfermedad. (74)

Los elementos de riesgo son situaciones, características o conductas que aumentan la posibilidad de sufrir una lesión o contraer una enfermedad y suelen manifestarse de manera individual. No obstante, en la práctica, estos elementos no suelen presentarse de manera aislada, sino que tienden a coexistir e interactuar entre ellos. Un incremento de peso, hipertensión arterial y niveles altos de colesterol pueden ser consecuencia, por ejemplo, de una escasez de ejercicio físico. La combinación de estos factores aumenta considerablemente el

peligro de sufrir enfermedades cardiovasculares crónicas y otros perjuicios de salud relacionados. (71)

Los factores de riesgo se refieren a cualquier rasgo o acontecimiento que se observa en una persona o un grupo y que está relacionado con una probabilidad aumentada de padecer una enfermedad o experimentar un evento negativo.

Las siguientes son las que se toman en cuenta en esta investigación actual:

a. Factores de riesgo sociodemográficos

Se alude a las características siguientes:

- Edad: Se considera que el comienzo y el término de la vida reproductiva son periodos en los que pueden surgir diversos problemas perinatales y, además, se tienen como posibles factores de riesgo para un parto prematuro, ya sea antes de cumplir 20 años o después de pasar los 34.
- Grado de instrucción: El parto prematuro está vinculado con un grado educativo mínimo, pues este se relaciona con un nivel económico deficiente y una falta de recursos para proporcionar la atención necesaria a la gestante.
- Procedencia: Es el sitio donde viven; en dicho estudio, se fraccionan en dos categorías: rurales y urbanas. (82)

b. Factores de riesgo obstétricos

Un elemento de riesgo obstétrico puede aumentar el riesgo de complicaciones y mortalidad en embarazadas debido a su naturaleza médica, sociodemográfica u obstétrica. Además, puede repercutir en la salubridad tanto de la mamá como de el feto en comparación con la población general. (83) Se tienen en cuenta los siguientes:

- Atención prenatal: Se lleva a cabo como un instrumento de protección para evitar el nacimiento prematuro. Las recomendaciones más recientes de la OMS (oms)

enfatan que un control prenatal apropiado es aquel que comprende al menos seis visitas, sean presenciales o a distancia por efecto de la pandemia del COVID-19. Para lograr el total de visitas, es necesario que el centro de atención haya sido visitado antes de las 12 semanas y que la suplementación con ácido fólico sea de calidad antes de 7 semanas, además de realizarse los exámenes de sangre oportunas.

Con el objetivo de garantizar una experiencia posnatal satisfactoria, la OMS ha fijado ciertas recomendaciones. Estas incluyen proporcionar atención médica de calidad durante un mínimo de 24 horas después del nacimiento y llevar a cabo revisiones posnatales adicionales en las primeras seis semanas. Esto puede implicar visitas a domicilio para ayudar a que se produzca la transición hacia el cuidado en casa. Asimismo, es necesario establecer medidas para identificar y actuar ante las señales de peligro en el recién nacido y en la madre, y proporcionar tratamiento y apoyo para asistir durante la recuperación posparto y gestionar problemas habituales. Además, es necesario hacer pruebas para identificar problemas visuales y auditivos en los recién nacidos y aplicar las vacunas requeridas. Es necesario impulsar el contacto entre los miembros familiares y el recién nacido, así como originar la lactancia materna exclusiva, el acceso a métodos anticonceptivos y realizar actividad física. Se debe fomentar, finalmente, que la pareja participe en los reconocimientos después del parto y en el cuidado del neonato para ayudar a la madre y al niño. (84)

- Multigesta: Es decir, la experiencia previa de varios embarazos es vista como un elemento de riesgo significativo durante el embarazo, el parto. Se ha asociado

con la morbi-mortalidad materna y los problemas durante el embarazo, como la enfermedad trofoblástica gestacional. El útero puede perder su normalidad fisiológica debido a los partos múltiples, lo que provoca complicaciones como el uso de oxitócicos, la retención de la placenta, los sangrados después del parto por atonía uterina y los partos prolongados. (85)

- Antecedente de parto pretérmino: Se argumenta que haber tenido un parto prematuro previamente incrementa la probabilidad de tener otro en el futuro. En otras palabras, a menor edad de gestación, mayor es el peligro de que se exhibe un parto pretérmino. (86)
- Infección del tracto urinario: El contenido de signos y síntomas que sugieren la expansión y el desarrollo de microorganismos dañinos en el sistema urinario.
- La infección del tracto urinario (ITU) puede tener consecuencias muy graves para la salud de la madre y el feto en las mujeres embarazadas. Por ello es fundamental identificar y tratar con rapidez la bacteriuria asintomática. Se aconseja llevar a cabo urocultivos de forma regular durante la totalidad del embarazo y hay varios tratamientos seguros y eficaces para tratar la ITU. (87)
- Índice de masa corporal: Es la ecuación matemática que posibilita el cálculo del índice de masa del cuerpo fraccionando el peso en kg por la altitud al cuadrado en metros. El IMC es una medida que se emplea para evaluar la condición nutricional de un individuo, y se fracciona en diversas fases dependiendo de los valores obtenidos: menos de 18.5 es signo de desnutrición; entre 18.5 y 24.9, se considera un rango normal; entre 25.0 y 29.9, señala sobrepeso; y más de 30, obesidad. (88)
- Trastorno hipertensivo de la gestación: Se trata de problemas que surgen en mujeres que no padecen hipertensión previa, pero desarrollan hipertensión reciente y proteinuria o disfunción orgánica después de la

semana 20 del embarazo. Los criterios a continuación se analizan para su diagnóstico:

- La medición de la presión arterial que señala una número sistólica de 130 mmHg o más, o un número diastólica de 90 mmHg mucho más.
 - Indicios de mal funcionamiento en órganos particulares, como un recuento plaquetario bajo (por debajo de 100,000), niveles duplicados de creatinina en el suero o concentraciones incrementadas de transaminasas en la sangre.
 - En una muestra de orina extraída en un lapso de 24 horas, la proteinuria es igual o superior a 0.3.
- **Anemia:** enfermedad que se produce cuando hay una porción demasiado pequeña de glóbulos rojos para satisfacer las necesidades corporales. (29) La anemia durante la gestación es un factor de riesgo significativo, lo que significa que las mujeres embarazadas con anemia tienen 16 veces más posibilidades de tener un parto precoz con respecto a aquellas cuyos niveles de hemoglobina son normales. (89)

Se ha vinculado la anemia en gestación con un riesgo incrementado de parto prematuro, particularmente durante los primeros dos trimestres. El riesgo aumenta aún más en caso de que el déficit de hemoglobina sea severo. Por ejemplo, si la concentración de Hb es inferior a 95 g/L, el riesgo de parto precoz se aumenta al doble. La anemia podría causar hipoxia crónica, lo que a su vez puede desencadenar una reacción de estrés en la madre y la placenta puede liberar hormona

adrenocorticotrópica (CRH). El resultado de estas circunstancias es que puede incrementarse la producción de cortisol por el feto, lo cual a su vez eleva la posibilidad de un parto precoz. (91)

- **Ruptura prematura de membranas:**

El saco amniótico, que encierra el líquido y al feto en el útero, se quiebra de manera natural antes o durante el parto. Sin embargo, cuando esto sucede antes de semana 37 de gestación, se produce una rompimiento precoz de las membranas (RPM). En la mayor parte de los no se conoce el número de casos. Algunos factores de peligro y causas potenciales que podrían estar vinculados con la ruptura precoz de las membranas (RPM) antes del séptimo mes de gestación son: infecciones vaginales, uterinas o cervicales; tener más de un feto; el tabaquismo; el hecho de haber tenido cirugías o biopsias en la zona cervical en embarazos anteriores; presentar excesos de líquido amniótico, así como contar con antecedentes de RPM o RPMP. (92)

2.3. MARCO CONCEPTUAL

2.3.1. Anemia materna

Situación que se distingue por tener en la sangre de la mujer embarazada niveles bajos de hemoglobina, lo cual puede influir negativamente en el desarrollo del feto y elevar las posibilidades de un parto que se produzca antes del tiempo previsto.

2.3.2. Control prenatal

Conjunto de evaluaciones médicas periódicas durante el embarazo que permiten identificar y tratar factores de riesgo; su ausencia o deficiencia aumenta la probabilidad de complicaciones y parto prematuro.

2.3.3. Diabetes gestacional

Alteración del metabolismo de la glucosa que aparece durante el embarazo y que puede generar complicaciones obstétricas, incluyendo mayor riesgo de parto prematuro.

2.3.4. Hipertensión gestacional

Incremento de la presión de la arteria que se origina durante el embarazo y que, si no se controla, puede derivar en complicaciones como preeclampsia y parto prematuro.

2.3.5. Infecciones urinarias y vaginales

Procesos infecciosos comunes en mujeres embarazadas que, si no se tratan a tiempo, aumentan la posibilidad de que las membranas se rompan temprano y de que el parto sea adelantado.

2.3.6. Parto prematuro

Nacimiento que sucede precedentemente a la semana 37 completa de gestación, con un mayor riesgo de complicaciones para el bebé.

2.3.7. Preeclampsia

Trastorno que se determina por daño en órganos del hígado o los riñones y por hipertensión durante la gestación, vinculado a partos antes del tiempo previsto y a problemas serios.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Este estudio tiene un enfoque básico y cuantitativo, con una estructura no experimental, transversal, correlacional y basada en documentos. Examina cómo los elementos de riesgo (las variables independientes) afectan al parto prematuro (la variable dependiente).

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

En el Hospital Carlos Monge Medrano, en 2024, se llevó a cabo este estudio de investigación con una población de 357 mujeres que habían tenido un parto prematuro.

3.2.2. MUESTRA

Se conformará una muestra de 116 mujeres embarazadas que tuvieron un parto prematuro (caso) y 224 que dieron a luz a término (control), las cuales satisfacen los criterios de inclusión - exclusión.

3.2.3. TAMAÑO MUESTRAL

Se utilizó el muestreo probabilístico. Después de determinar la unidad de estudio, se numeraron y, mediante números aleatorios, se eligieron hasta que se obtuvo el tamaño del muestreo.

La fórmula se empleó para obtener la muestra:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * S^2}{d^2 * (N-1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * S^2}$$

Población	N=	357
Alfa(Error tipo I)	α =	0,05
Nivel de Confianza(error tipo II)	$\beta=1-\alpha/2$	0,95
Z de (1- $\alpha/2$)	$Z(1-\alpha/2)$	1,96
Desviación estándar	s=	0,04
Varianza	s^2	0,22
Precisión	d=	0,07

Tamaño de muestra	n=	116
-------------------	----	-----

Donde:

$$n = 116$$

Los criterios de inclusión fueron:

- Se incluyeron todos los casos de partos prematuros ocurridos en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2024.
- Se consideraron únicamente aquellas gestantes con historia clínica materna completa.
- Asimismo, fue requisito contar con la historia clínica perinatal.

Criterios de exclusión:

- Se excluyeron los casos sin historia clínica o sin historia clínica perinatal.
- También se descartaron aquellas historias clínicas o perinatales incompletas.
- Finalmente, se excluyeron los registros con información ilegible en la historia clínica o perinatal..

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

3.3.1. TÉCNICAS

La metodología utilizada para el estudio actual es el análisis documental. Esto se debe a que se examinó información de fuente secundaria, en concreto las historias clínicas de madre y la historia perinatal del individuo.

3.3.2. INSTRUMENTOS

La ficha de compilación de datos (ANEXO 1) que se emplea en esta investigación está fraccionada en 3 partes. La primera parte exhibe información sobre las peculiaridades sociodemográficas, que comprenden el estado civil, los años de edad, la ubicación de nacimiento y el nivel educativo. La segunda parte incluye información sobre rasgos relacionados con la obstetricia, tales como la paridad, el control prenatal, el período entre embarazos y los antecedentes de hijos que hayan nacido con bajo peso o que hayan experimentado un retraso en su crecimiento uterino. Por último, la tercera sección incluye datos sobre cualquier comorbilidad que la madre haya podido sufrir durante su embarazo (entre ellas: hipertensión causada por el embarazo, infección urinaria o anemia).

3.3.3. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

El instrumento utilizado en este estudio actual es: Anexo 1: Formulario para la recopilación de datos según Arevalo (2016). Este instrumento, que se ha

validado previamente con especialistas y una población semejante (Alfa de Cronbach= 0.91), recoge datos en tres ítems de madres con partos prematuros. Para confirmar su idoneidad para nuestro contexto, se realizó un ensayo piloto con 30 madres que habían tenido partos prematuros. El Alfa de Cronbach fue de 0.88, lo que alude que el instrumento es fiable y válido para esta investigación.

3.3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para obtener los números de la historia clínica de las madres con bebés prematuros, se analizó el libro de hospitalización del Servicio de Gineco-Obstetricia y Pediatría del Hospital antes de que el proyecto de tesis fuera aprobado. Los registros fueron analizados para distinguir los que alcancen con los criterios de inclusión en el estudio y los que no. Con la ayuda de números aleatorios producidos por Randon, se eligieron las historias clínicas que se incorporarían a la investigación. El autor de esta tesis tuvo a su cargo la recopilación de los datos.

3.3.5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Los datos que se han recopilado serán añadidos a una base de data generada por el programa SPSS 15.0. En el futuro, se llevarán a cabo análisis univariados. Se utilizarán tablas de frecuencias relativas univariadas para mostrar los resultados, mediante la estadística descriptiva y analítica. Siendo la desigualdad (OR) para cada categoría se calculará en la estadística analítica, y se empleará el método chi cuadrado. La información resultante será presentada en cuadros de contingencia.

3.3.6. PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

Se examinó la declaración de Helsinki mundial sobre principios éticos en la



investigación médica en humanos. Dado que nuestro estudio no es de tipo experimental, la experimentación no se realiza y la confidencialidad de los datos se mantiene.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

A. Factores sociodemográficos de las madres con parto prematuro atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano en el periodo 2024

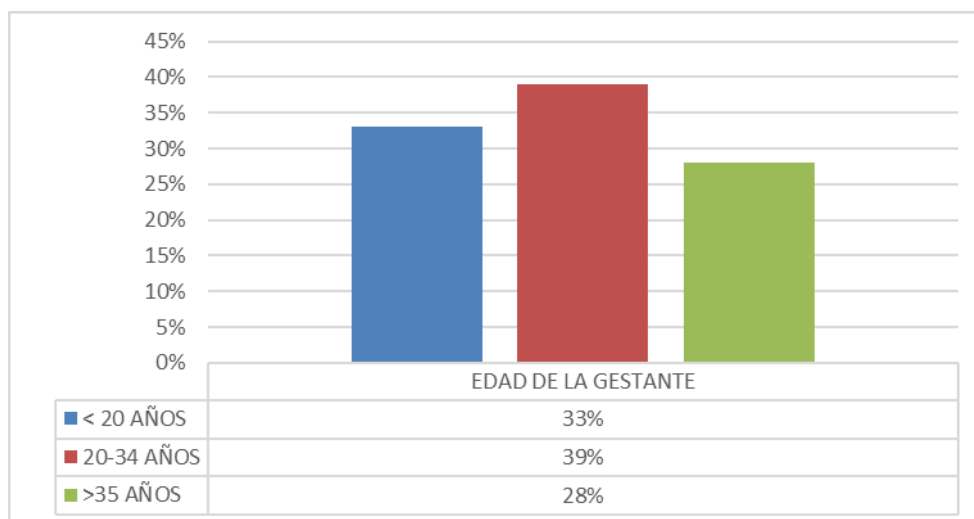
Tabla 1

*Distribución según edad de las madres con parto prematuro
Hospital Carlos Monge Medrano, 2024*

Edad	fi	%
<20 años	38	33.0%
20 a 34 años	45	39.0%
>34 años	33	28.0%
Total	116	100.0%

Figura 1

*Distribución según edad de las madres con parto prematuro
Hospital Carlos Monge Medrano, 2024*



Interpretación: Se evaluaron 116 historias de madres con parto prematuro, donde el porcentaje mayor 39.0% (45 gestantes), tenían una edad de entre 20 a 34 años durante su gestación; y el porcentaje menor 28.0% (33 gestantes) tenían una edad >34 años.

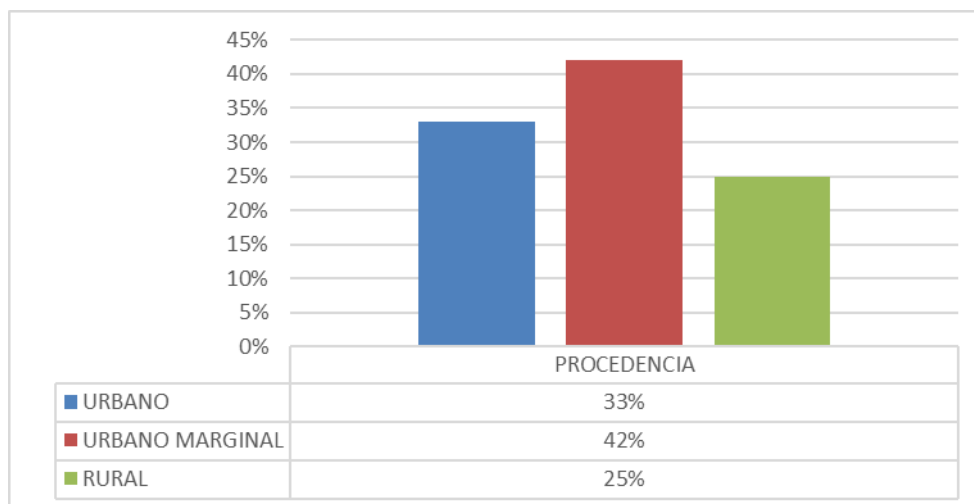
Tabla 2

***Distribución según procedencia de las madres con parto prematuro
Hospital Carlos Monge Medrano, 2024***

Procedencia	fi	%
Urbano	38	33%
Urbano marginal	49	42%
Rural	29	25%
Total	116	100%

Figura 2

***Distribución según procedencia de las madres con parto prematuro
Hospital Carlos Monge Medrano, 2024***



Interpretación: El 42% de las madres con partos prematuros son originarias de áreas urbanas marginales.

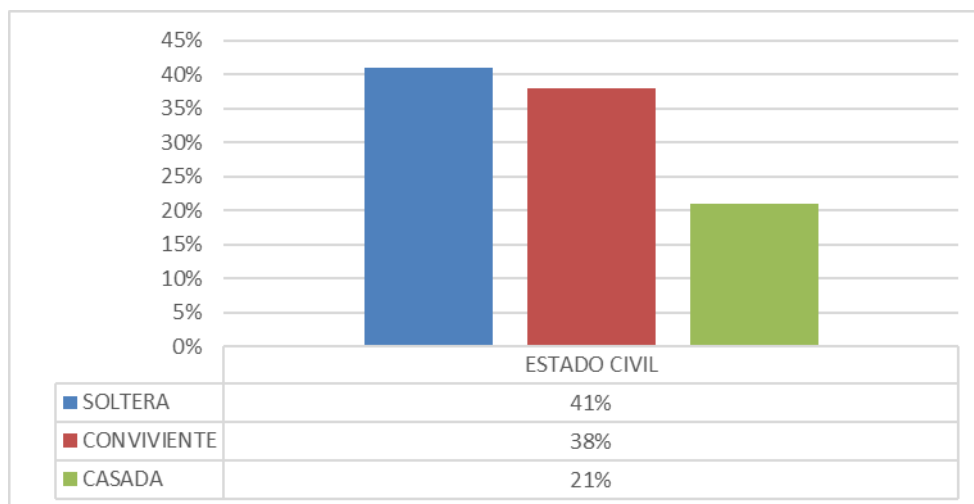
Tabla 3

***Distribución según estado civil de las madres con parto prematuro
Hospital Carlos Monge Medrano, 2024***

Estado Civil	fi	%
Soltera	48	41%
Conviviente	44	38%
Casada	24	21%
Total	116	100%

Figura 3

***Distribución según estado civil de las madres con parto prematuro
Hospital Carlos Monge Medrano, 2024***



Interpretación: El porcentaje mayoritario (41%) de las mamás con parto prematuro tenían el estado civil de solteras y el porcentaje menor (21%) eran casadas.

Tabla 4

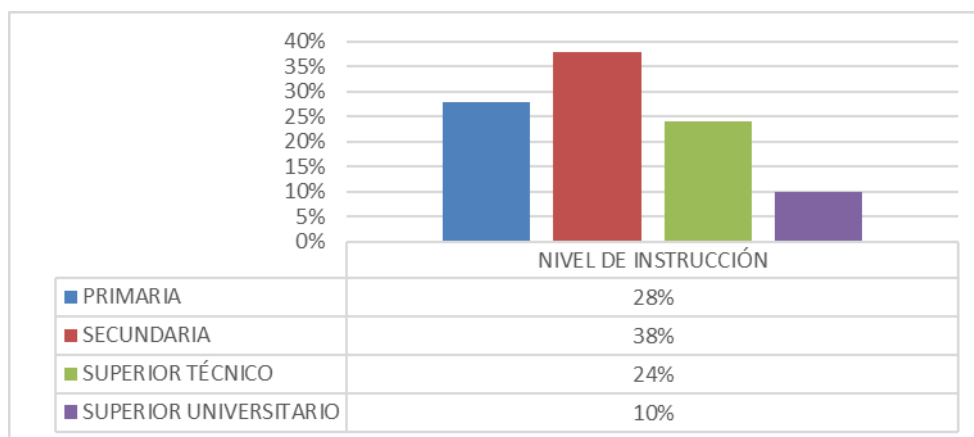
***Distribución según Nivel de Instrucción de las madres con parto prematuro
Hospital Carlos Monge Medrano, 2024***

Nivel de Instrucción	fi	%
Primaria	32	28%
Secundaria	44	38%
Superior Técnica	28	24%
Superior Universitaria	12	10%
Total	116	100%

Figura 4

Distribución según Nivel de instrucción de las madres con parto prematuro

Hospital Carlos Monge Medrano, 2024



Interpretación: La mayoría de las madres con parto prematuro tenían secundaria como grado de instrucción (38%) y un porcentaje pequeño tenían superior universitario como grado de instrucción (10%).

B. Factores Obstétricos de las madres con parto prematuro atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano en el periodo 2024

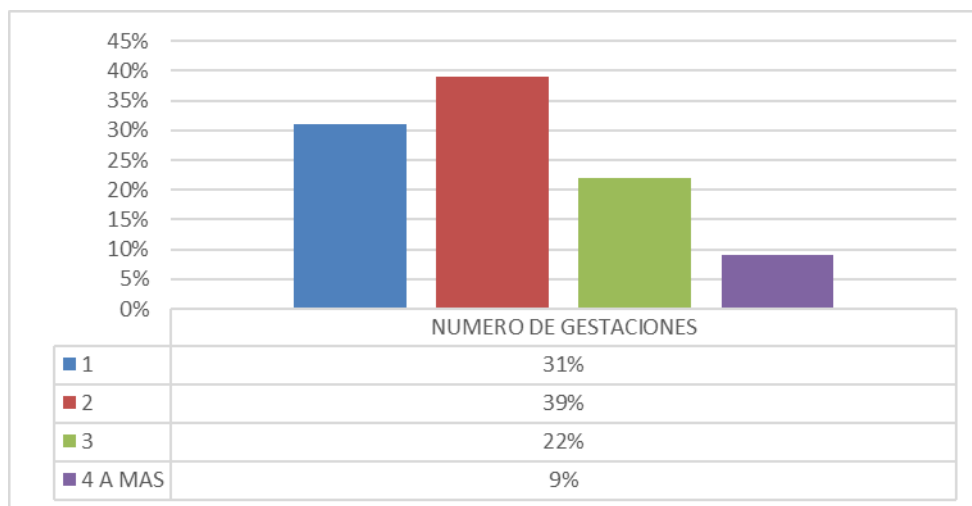
Tabla 5

Distribución según N° de gestaciones de las madres con parto prematuro
Hospital Carlos Monge Medrano, 2024

N° Gestaciones	fi	%
1	36	31%
2	45	39%
3	25	22%
4 a más	10	9%
Total	116	100%

Figura 5

***Distribución según N° de gestaciones de las madres con parto prematuro
Hospital Carlos Monge Medrano, 2024***



Interpretación: El 39 % de las madres que dieron a luz prematuramente tuvieron dos embarazos, y el 9 % de ellas tuvieron cuatro o más.

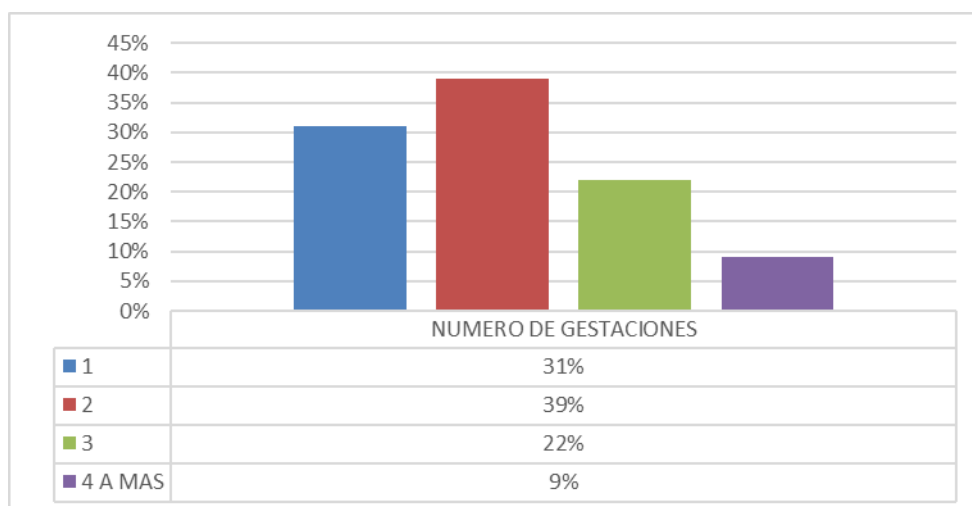
Tabla 6

***Distribución según N° de abortos de las madres con parto prematuro
Hospital Carlos Monge Medrano, 2024***

N° de abortos	N°	%
Ninguno	96	83%
1	10	9%
2	9	8%
3 a más	1	1%
Total	116	100%

Figura 6

***Distribución según N° de abortos de las madres con parto prematuro
Hospital Carlos Monge Medrano, 2024***



Interpretación: Del total de madres con parto prematuro, el 83% indico que no tuvo este antecedente y solo el 1% indico que tuvo 3 a más abortos.

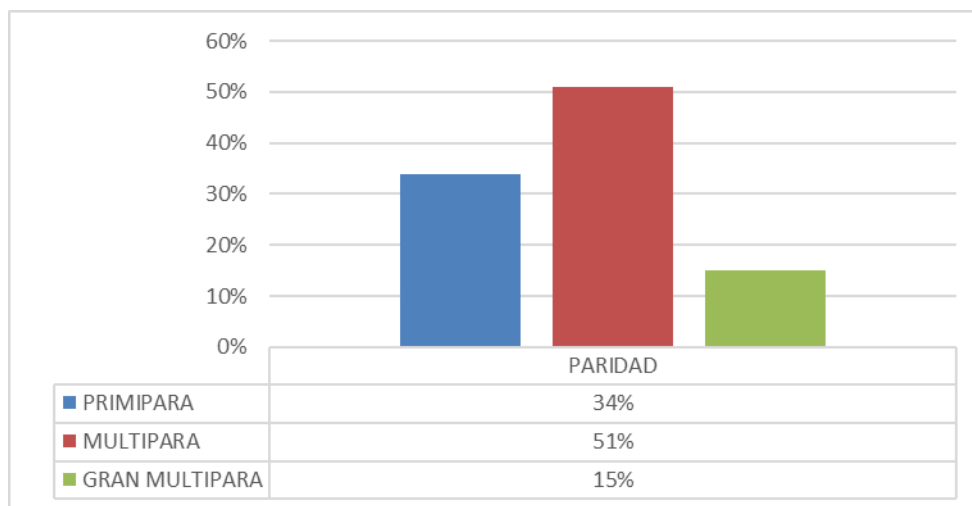
Tabla 7

***Paridad de las madres con parto prematuro
Hospital Carlos Monge Medrano, 2024***

Paridad	N°	%
Primípara	39	34%
Multípara	59	51%
Gran Multípara	18	15%
Total	116	100%

Figura 7

***Paridad de las madres con parto prematuro
Hospital Carlos Monge Medrano, 2024***



Interpretación: El 51% de las mamás con parto prematuro son múltípaaras y 34% son primíparas.

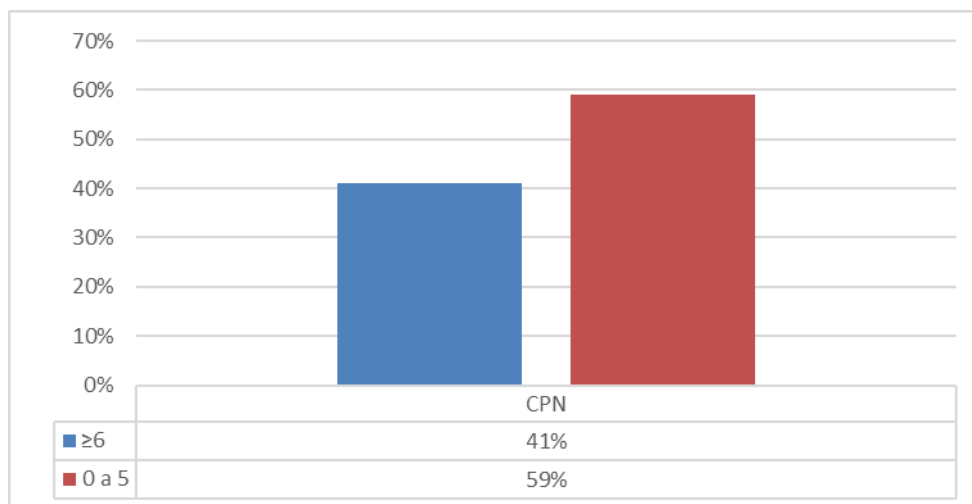
Tabla 8

***Número de controles prenatales de las madres con parto prematuro
Hospital Carlos Monge Medrano, 2024***

CPN	fi	%
≥6	47	41.0%
0 a 5	69	59.0%
Total	116	100%

Figura 8

***Número de controles prenatales de las madres con parto prematuro
Hospital Carlos Monge Medrano, 2024***



Interpretación: El 59% de las madres que dieron a luz prematuramente tuvieron entre cero y cinco controles prenatales.

Tabla 9

***Periodo intergenésico y antecedente de gestación previa de las madres
con parto prematuro***

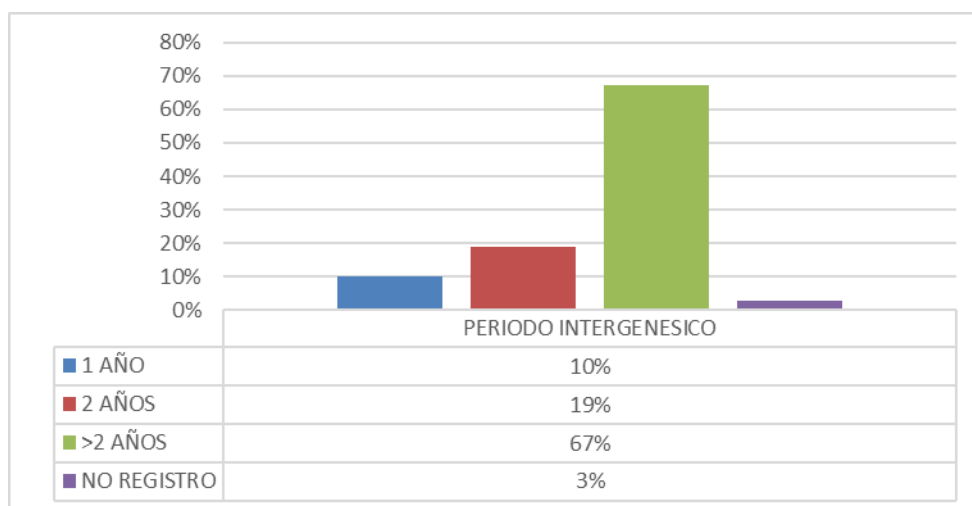
Hospital Carlos Monge Medrano, 2024

Periodo Intergenésico	fi	%
1 año	12	10%
2 años	22	19%
>2 años	78	67%
No registro	4	3%
Total	116	100%

Figura 9

Periodo intergenésico y antecedente de gestación previa de las madres con parto prematuro

Hospital Carlos Monge Medrano, 2024



Interpretación: Entre las 116 madres con antecedentes de gestación anterior y partos prematuros, el 67% experimentaron un intervalo intergenésico inferior a los dos años.

Tabla 10

Antecedentes obstétricos de las madres con parto prematuro

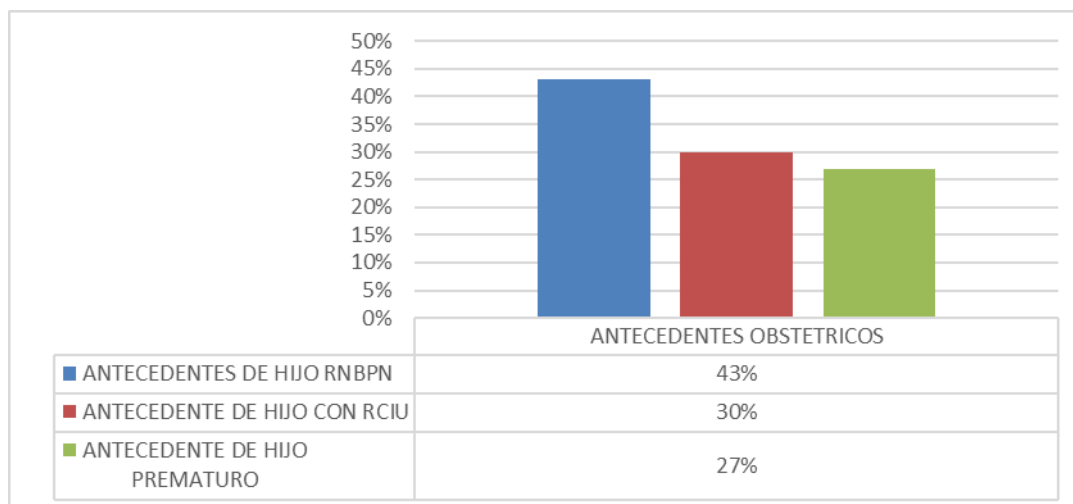
Hospital Carlos Monge Medrano, 2024

Antecedentes Obstétricos	fi	%
hijo RNBPN	50	43%
hijo con RCIU	35	30%
hijo prematuro	31	27%
Total	116	100%

Figura 10

Antecedentes obstétricos de las madres con parto prematuro

Hospital Carlos Monge Medrano, 2024



Interpretación: El 27% de las mujeres que dieron a luz prematuramente habían tenido previamente un hijo prematuro, el 43% un hijo con RNBPN y el 30% uno con RCIU.

**C. Factores de Comorbilidad de las madres con parto prematuro
atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano en el periodo 2024**

Tabla 11

Comorbilidad de las madres con parto prematuro

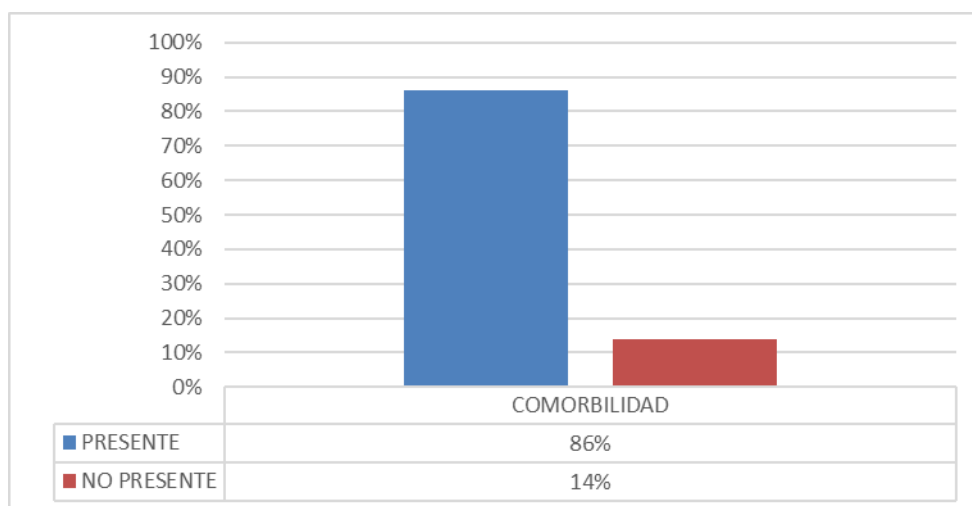
Hospital Carlos Monge Medrano, 2024

Comorbilidad	fi	%
Comorbilidad Presente	100	86.0%
Infeción urinaria	78	67.1%
Vulvovaginitis	52	44.7%
Anemia	25	21.5%
Hipertensión inducida del embarazo	20	17.2%

Pre eclampsia	16	13.8%
Ruptura prematura de membrana	14	12.0%
Eclampsia	13	11.2%
Desprendimiento prematuro de placenta	4	3.4%
Placenta previa	4	3.4%
Comorbilidad No Presente	16	14.0%

Figura 11

***Comorbilidad de las madres con parto prematuro
Hospital Carlos Monge Medrano, 2024***



Interpretación: El 86% de las mamás que poseyeron un parto prematuro experimentaron alguna comorbilidad durante el embarazo. Las más usuales fueron la hipertensión incitada por el embarazo (17.2%), la anemia (21.5%), la vulvovaginitis (44.7%) y la infección urinaria (67.1%).

D. Relación entre los factores sociodemográficos, obstétricos y comorbilidad de las gestantes con parto prematuro atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano en el periodo 2024

Tabla 12

***Edad y número de gestaciones de las madres con parto prematuro
Hospital Carlos Monge Medrano, 2024***

EDAD	Número de gestaciones								Total
	1		2		3		4 a más		
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	
<20 años	17	44.7%	12	31.6%	6	15.8%	3	7.9%	38
20 a 34 años	13	28.9%	17	37.8%	9	20%	6	13.3%	45
>34 años	6	18.2%	16	48.5%	10	30.3%	1	3%	33
Total	36	31%	45	39%	25	22%	10	9%	116

p=0.000

Interpretación: El 37.8% de las mamás con edades entre 20 y 35 años, y el 48.5% de las que tienen más de 34 años, tuvieron dos embarazos; se detecta un vínculo importante ($p=0.000$) entre la cantidad de gestaciones y la edad.

Tabla 13

***Edad y Aborto de las madres con parto prematuro
Hospital Carlos Monge Medrano, 2024***

EDAD	Aborto	%	Total
<20 años	2	5.7%	38
20 a 34 años	13	29%	45
>34 años	5	15.2%	33
Total	20		116

p=0.012

Interpretación: Las madres con menos de 20 años son primíparas (65.8%), mientras que las que poseen más de 34 son multíparas (63.6%). Se observa una relación importante entre la cuantía de partos y la edad en mujeres embarazadas con parto prematuro ($p=0.000$).

Tabla 14

***Edad y Paridad de las madres con parto prematuro
Hospital Carlos Monge Medrano, 2024***

Edad	Primípara		Multípara		Gran Multípara		Total
	fi	%	fi	%	fi	%	
<20 años	25	65.8%	13	34.2%	0	0.0%	38
20 a 34 años	12	26.6%	25	55.6%	8	17.8%	45
>34 años	2	6.1%	21	63.6%	10	30.3%	33
Total	39	34%	59	51%	18	15%	116

p=0.000

Interpretación: Las madres con menos de 20 años son primíparas (65.8%), mientras que las que tienen más de 34 son multíparas (63.6%). Se observa una relación importante entre la cantidad de partos y la edad en mujeres embarazadas con parto prematuro (p=0.000).

Tabla 15

***Estado Civil y Paridad de las madres con parto prematuro
Hospital Carlos Monge Medrano, 2024***

Estado Civil	Primípara		Multípara		Gran Multípara		Total
	fi	%	fi	%	fi	%	
Soltera	28	58.3%	18	37.5%	2	4.2%	48
Conviviente	5	11.3%	31	70.5%	8	18.2%	44
Casada	6	25%	10	41.7%	8	33.3%	24
Total	39	34%	59	51%	18	%	116

Fuente: Ficha de recolección de datos.

p=0.009

Interpretación: Las madres que tienen un parto prematuro son más a menudo multíparas (70.5%) que las solteras y las casadas; existe una relación reveladora entre la paridad de la madre con parto prematuro y su estado civil (p=0.009).

Tabla 16

***Edad y antecedente de hijo de las madres con parto prematuro
Hospital Carlos Monge Medrano, 2024***

EDAD	Antecedente de hijo						Total
	RNBPN		RCIU		Prematuro		
	fi	%	fi	%	fi	%	
<20 años	18	47.4%	10	26.3%	10	26.3%	38
20 a 34 años	22	48.9%	14	31.1%	9	20%	45
>34 años	10	30.3%	11	33.3%	12	36.4%	33
Total	50	43%	35	30%	31	27%	116
p	p=0.000		p=0.000		p=0.236		

Interpretación: Las madres que tuvieron partos prematuros entre los 20 y los 34 años mostraron con más frecuencia que sus hijos presentaban RNBPN (48.9%), mientras que las de más de 34 años, en cambio, exhibieron con mayor frecuencia antecedentes de hijos con RCIU (33.3%); no existe una correlación significativa ($p=0.236$) de la edad y el antecedente de prematuridad.

Tabla 17

***Edad y morbilidad de las madres con parto prematuro
Hospital Carlos Monge Medrano, 2024***

Edad	Morbilidad	%	Total
<20 años	27	71.0%	38
20 a 34 años	40	88.8%	45
>34 años	33	100%	33

Total 100 116

$p=0.144$

Interpretación: La totalidad de las madres que poseyeron un parto prematuro y que eran mayores de 34 años presentaron morbilidad durante el embarazo, en contraste con el 71 % de las que eran menores de 20 años y el 88.8 % de aquellas cuya edad estaba entre los 20 y los 34 años; no se halló una relación significativa de la edad y la morbilidad ($p=0.144$).

Tabla 18

***Edad y tipo de Morbilidad de las madres con parto prematuro
Hospital Carlos Monge Medrano, 2024***

Morbilidad	<20 años		20 a 34 años		>34años		Total
	fi	%	fi	%	fi	%	
Infección del tracto urinario	16	20.5%	42	53.8%	20	25.7%	78
Vulvovaginitis	10	19.2%	33	63.5%	9	17.3%	52
Anemia	5	20.0%	14	56.0%	6	24.0%	25
Hipertensión inducida del embarazo	4	20.0%	9	45.0%	7	35.0%	20
Pre eclampsia	2	12.5%	8	50.0%	6	37.5%	16
RPM	1	7.1%	8	57.1%	5	35.8%	14
Eclampsia	1	7.7%	7	53.8%	5	38.5%	13
DPP	1	25.0%	2	50.0%	1	25.0%	4
Placenta previa	1	25.0%	2	50.0%	1	25.0%	4

Interpretación: En la edad de 20 a 35 años, las madres mostraron más frecuentemente preeclampsia (50%), hipertensión inducida por el embarazo (45%), anemia (56.0%), vulvovaginitis (63.5) e infección del tracto urinario (53.8%).

Tabla 19



**Relación entre edad y tipo de Morbilidad de las madres con parto
prematureo**

Hospital Carlos Monge Medrano, 2024

Edad	ITU	Vulvo- vaginitis	Anemia	HIE	Pre eclampsia	RPM	Eclampsia	DPP	PP
<20 años	16 42.1%	10 26.1%	5 13.2%	4 10.5%	2 5.3%	1 2.6%	1 2.6%	1 2.6%	1 2.6%
20 a 34 años	42 93.3%	33 73.3%	14 31.1%	9 20.0%	8 17.7%	8 17.7%	7 15.5%	2 4.4%	2 4.4%
>34 años	20 60.6%	9 27.3%	6 18.2%	7 21.2%	6 18.2%	5 15.2%	5 15.2%	1 3.0%	1 3.0%
p	0.176	0.065	0.702	0.001	0.007	0.219	0.219	0.221	0.221

Interpretación: Al correlacionar el tipo de comorbilidad con la edad, se encontró que las madres que tuvieron partos prematuros a los 20 años, entre los 20 y 34 años y a partir de los 34 años tenían una mayor cantidad de infecciones del tracto urinario ($p=0.176$).

Tabla 20

Relación entre Edad de la madre y parto prematuro
Hospital Carlos Monge Medrano, 2024

Edad de la madre	Parto Prematuro				OR
	SI		NO		
	fi	%	fi	%	
<20 años	38	33.0%	42	18.8%	2.11
20 a 34 años	45	39.0%	124	55.4%	0.51
>34años	33	28.0%	58	25.8%	1.13
Total	116	100%	224	100.0%	

p=0.375

Interpretación: Las madres de 34 años o más tuvieron menos partos prematuros (28.0%) en comparación con las madres de menos de 20 años (33.0%) y las de entre 20 y 34 años (39.0%); sin embargo, esta tendencia no fue importante desde el ángulo estadístico.

Tabla 21

Relación entre Estado civil de la madre y parto prematuro
Hospital Carlos Monge Medrano, 2024

Estado civil	Parto prematuro				OR
	SI		NO		
	fi	%	fi	%	
Soltera	48	41.0%	56	25.0%	2.11
Conviviente	44	38.0%	130	58.1%	0.44
Casada	24	21.0%	38	16.9%	1.27
Total	116	100%	224	100.0%	
p=0.128					

Interpretación: Se registró un 41.0% de partos prematuros en las madres solteras, lo que fue más que el 21.0% de las casadas y el 38.0% de las

convivientes; sin embargo, esta dinámica no tuvo significancia estadística ($p=0.128$).

Tabla 22

***Relación entre Procedencia de la madre y parto prematuro
Hospital Carlos Monge Medrano, 2024***

Procedencia	Parto Prematuro				OR
	SI		NO		
	fi	%	fi	%	
Urbana	38	33.0%	43	19.2%	2.05
Urbano Marginal	49	42.0%	149	66.6%	0.36
Rural	29	25.0%	32	14.2%	2.00
Total	116	100%	224	100.0%	
					p=0.386

$p=0.386$

Interpretación: El 25% de las madres provenientes del área rural tuvieron partos precoces, con un OR de 2.00; el 33% de las que vienen del área urbana, con un OR de 2.05; y el 42% de las madres procedentes de zonas urbano marginales, quienes tenían un OR protector (0.36) para tener partos prematuros; No obstante, esta tendencia no fue relevante en términos estadísticos ($p=0.386$).

Tabla 23

***Relación entre Nivel de Instrucción de la madre y parto prematuro
Hospital Carlos Monge Medrano, 2024***

Nivel de Instrucción	Parto Prematuro				OR
	SI		NO		
	fi	%	fi	%	
Primaria	32	28.0%	42	18.8%	1.65
Secundaria	44	38.0%	122	54.4%	0.51
Superior Técnica	28	24.0%	32	14.3%	1.90
Superior universitaria	12	10.0%	28	12.5%	1.11
Total	116	100%	224	100.0%	

$$p=0.264$$

Interpretación: El porcentaje de partos prematuros fue superior entre las mujeres que tenían educación secundaria (38%) en comparación con aquellas que tenían educación primaria (28%), técnica (24%) y universitaria (10%). No obstante, según la perspectiva estadística, esta tendencia no tuvo importancia ($p=0.264$).

Tabla 24

Relación entre el antecedente de prematuridad de la madre y parto prematuro

Hospital Carlos Monge Medrano, 2024

Antecedente de prematuridad	Parto Prematuro				OR
	SI		NO		
	fi	%	fi	%	
SI	31	27.0%	22	9.8%	3.35
NO	85	73.0%	202	90.2%	0.29
Total	116	100%	224	100.0%	

$$p=0.569$$

Interpretación: El 27.0 % de las mamás con pasados de partos precoces tuvieron también partos prematuros, en contraste con el 73.0 % que no los tuvieron; sin embargo, este patrón no fue estadísticamente significativo ($p=0.569$).

Tabla 25

Relación entre la paridad de la madre y parto prematuro

Hospital Carlos Monge Medrano, 2024

Paridad	Parto Prematuro				OR
	SI		NO		
	fi	%	fi	%	
Primípara	39	34.0%	56	25.0%	0.66

Múltipara	59	51.0%	136	60.7%	1.51
Gran Múltipara	18	15.0%	32	14.3%	1.10
Total	116	100%	224	100.0%	

p=0.141

Interpretación: El 51,0 % de las mamás múltiples tuvo partos precoces, lo que indica una frecuencia más alta comparada con las primíparas (34,0 %) y las gran múltiples (15,0 %); no obstante, esta disparidad no es significativa (p=0.141).

Tabla 26

***Relación entre el control prenatal de la madre y parto prematuro
Hospital Carlos Monge Medrano, 2024***

Control Prenatal	Parto Prematuro				OR
	SI		NO		
	fi	%	fi	%	
≥6	47	41.0%	92	41.1%	0.97
0 a 5	69	59.0%	132	58.9%	1.02
Total	116	100%	224	100.0%	
p=0.302					

Interpretación: El 59.0 % de las mamás que tuvieron menos de seis controles prenatales tuvieron partos prematuros, con una razón de odds (OR) de 1.02; en cambio, el 41.0% que contaron con más de seis controles lo hicieron, siendo este último un factor protector (OR=0.97). Sin embargo, esta tendencia no alcanzó significación estadística (p=0.302).

Tabla 27

***Relación entre la morbilidad de la madre y parto prematuro
Hospital Carlos Monge Medrano, 2024***

Morbilidad asociada	Parto Prematuro				OR
	SI		NO		
	fi	%	fi	%	
SI	100	86.0%	182	81.3%	1.44

NO	16	14.0%	42	18.7%	0.69
Total	116	100%	224	100.0%	

p=0.341

Interpretación: El 86.0% de las madres con comorbilidad en el embarazo tuvieron un parto adelantado, con un OR de 1.44; por otro lado, el 14.0% que no tenían comorbilidad también lo experimentaron, siendo este último un factor preservador con un OR de 0.69; sin embargo, dicha dinámica no fue significativa ($p=0.341$).

Tabla 28

**Relación entre el tipo de morbilidad de la madre y parto prematuro
Hospital Carlos Monge Medrano, 2024**

Comorbilidad			Parto Prematuro				Total	OR, p
			SI		NO			
			fi	%	fi	%		
Infección del tracto urinario			78	31.2%	172	68.8%	250	1.18, 0.135
Vulvovaginitis			52	27.9%	134	72.1%	186	1.56, 0.139
Anemia			25	47.2%	28	52.8%	53	2.36, 0.586
Hipertensión inducida del embarazo			20	43.4%	26	56.6%	46	1.99, 0.590
Pre eclampsia			16	21.0%	60	79.0%	76	0.63, 0.205
RPM			14	18.6%	61	81.4%	75	0.54, 0.059
Eclampsia			13	27.1%	35	72.9%	48	0.91, 0.183
DPP			4	14.3%	24	85.7%	28	0.40, 0.174
Placenta previa			4	16.7%	20	83.3%	24	0.48, 0.158

Interpretación: No se evidenció, desde el punto de vista estadístico, una relación entre las madres que presentaron comorbilidades durante su embarazo y el parto prematuro.

4.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Según el análisis, la mayoría de las mamás con partos prematuros tienen entre 20 y 34 años (39.0%), que en su mayoría cohabitan (38.0%) y que tienen educación secundaria (38.0%). Sin embargo, la mayor parte procede de zonas urbano marginales (42.0%), lo que indica que pertenecen a un nivel socioeconómico más bajo, un elemento de riesgo para la prematuridad según se expone en la literatura; como se menciona en el trabajo de VILLANUEVA (5), donde se señala una tendencia más alta hacia los partos prematuros en los estratos más económicamente desfavorecidos.

En su investigación, OSOMO (7) reporta la condición del estado civil, y determina que las mujeres embarazadas solteras tienen un riesgo de 1.8 de sufrir parto prematuro. Según el PARRA 8, ser soltera es un elemento relacionado con la prematuridad.

Se observó una inclinación mayor hacia los abortos en las madres de edad avanzada; no obstante, no se consiguió establecer si el aborto ocurrió justo después del parto prematuro. Esto podría tener un impacto en la duración del intervalo intergenésico, que es inferior a dos años y es considerado un factor de peligro para el nacimiento prematuro. La investigación muestra que una tercera parte de las mamás que han tenido partos adelantados tienen un intervalo entre gestaciones menor a dos años. Según PARRA (8), el intervalo intergenésico de menos de dos años está relacionado con el nacimiento prematuro.

La mitad de las madres que tienen partos prematuros han dado a luz más de una vez; MEZA (6) sostiene en su investigación que la multiparidad está relacionada con un aumento del riesgo de morbilidad neonatal.

Se ha notado que más de la mitad de las mamás que proporcionaron a luz prematuramente tuvieron un control prenatal apropiado. Villanueva (5)

argumenta que en mujeres con un alto riesgo de prematuridad, el acceso feliz y adecuado a la atención prenatal es particularmente relevante. No obstante, dado que casi el 90% de estas embarazadas presentó alguna morbilidad durante su gestación, se anticipaba una tasa de cumplimiento más elevada. Según Meza (6), la detección temprana de los factores asociados con el parto prematuro se ve obstaculizada por un control prenatal inadecuado.

Cerca de una cuarta parte de las mujeres que poseyeron un parto prematuro ya habían tenido un nacimiento prematuro en el pasado. Villanueva (5) lo considera el factor de peligro relevante en su investigación y lo señala como un elemento vinculado importante. De igual manera, Osomo (7) indica que las mujeres con este antecedente tienen 2.2 veces más posibilidades de tener otro parto prematuro que las que no lo experimentan. En la misma línea, Parra (8) también lo reconoce como un factor de riesgo significativo, mientras que García (11), en su revisión, concluye que la historia previa de parto pretérmino constituye el predictor más importante de recurrencia de prematuridad.

La reinfección de algunas morbilidades es evidente en los diferentes grupos de edad, resaltando dos infecciones: la vulvovaginitis y la del tracto urinario. Según Villanueva (5), la vaginosis bacteriana está relacionada con corioamnionitis y incrementa las posibilidades de que se produzca el parto prematuro; no obstante, aunque en nuestro estudio se evidencia infección vaginal, no se precisa la etiología de las vulvovaginitis. Por su parte, Osomo (7) también señala que tanto las infecciones urinarias como las vaginales elevan la probabilidad de parto prematuro. Rodríguez (10), de acuerdo con lo anterior, considera que las infecciones urinarias forman un elemento de riesgo para el nacimiento prematuro. También señala que la cervicovaginitis se asocia con los casos de

rompimiento temprana de membranas. García (11) afirma en su revisión que la atención oportuna de las infecciones vaginales ayuda a someter la tasa de partos adelantados.

Un 25% de las mamás que han tenido un parto prematuro ya han parido a otro niño en esa misma condición. PARRA (8) estima dicho antecedente un factor de riesgo, y OSOMO (7) afirma que las personas que lo tienen corren un peligro 2.2 veces superior de tener otro parto adelantado respecto a las que no lo tienen. También VILLANUEVA (5) lo considera el factor de riesgo más trascendente en su investigación. De acuerdo con la revisión de GARCIA (11), haber tenido un parto prematuro en el pasado es el principal indicador de riesgo para prever otro nacimiento prematuro.

La anemia es la tercera razón de comorbilidad, y afecta a una de cada cinco madres que dan a luz antes de tiempo. De acuerdo con un informe de RAMIREZ (30), las mujeres embarazadas que padecen anemia tienen problemas perinatales, como el aborto, la prematuridad y el mínimo peso al nacer. Giacomini y Iglesias (31, 32) señalan además que las mujeres embarazadas con anemia tienen una propensión más elevada a la prematuridad comparadas con aquellas sin anemia.

Una de las causas más relevantes de morbilidad en mujeres que tienen partos prematuros y son mayores de 20 años es la ruptura precoz de membranas. MEZA (6) sugiere que una rompimiento prematura de la membrana es un factor de riesgo para el nacimiento anticipado, algo que PARRA (8) también notó.

CONCLUSIONES

PRIMERA. - Se estimó que hay una relación significativa entre los factores de peligro y el parto precoz en gestantes atendidas en el Hospital. Además, se evidenció una correlación positiva de 0,760 y un p valor de 0,000, el cual es inferior a 0,05; por lo tanto, se admite la hipótesis alternativa y se contradice la hipótesis nula.

SEGUNDA. - Los elementos sociodemográficos de las féminas en periodo de gestación con parto prematuro que recibieron atención en el Hospital abarcan: en cuanto a la edad, la mayoría tenía entre 20 y 34 años (39.0%); acerca del origen la mayoría provenía de zonas marginales urbanas (42.0%); y en cuanto al nivel educativo, predominó el nivel secundario (38.0%).

TERCERA. - Se determinaron las particularidades obstétricas de las mujeres embarazadas que tuvieron partos prematuros: Las mamás con partos prematuros tienen dos gestaciones (39.0%), no han tenido abortos (83.0%), son multíparas (51.0%) y cuentan con menos de seis controles prenatales (59.0%). El 67.0% tiene un intervalo intergenésico mayor a dos años, el 27.0% tiene antecedentes de prematuridad.

CUARTA. - El 86.0% ha tenido morbilidad a lo largo del embarazo; las que más se han reportado son: vulvovaginitis (44.7%), Infección de las vías urinarias (67.1%), hipertensión provocada por el embaarazo (17.2%), anemia (21.5%), fractura prematura de membranas (12.0%) y preeclampsia (13.8%).

QUINTA. -

- i. Hay una asociación notable entre el grupo de edades de 20 a 34 años y los partos prematuros; además, las mujeres embarazadas que vienen del área urbana marginal tienen más probabilidad de tener un parto prematuro en comparación con las madres que provienen de zonas

rurales y urbanas. Hay una relación entre el estado civil, así que las mujeres embarazadas casadas y solteras corrieron más peligro, a pesar de que no es relevante si se compara con las embarazadas que viven en compañía. El nivel educativo constituye un peligro entre la formación secundaria y el parto prematuro.

- ii. Las embarazadas con referencias de parto prematuro mostraron un mayor riesgo, aunque sin significancia estadística ($p=0.569$); en cambio, la ausencia de este antecedente funciona como factor protector. Respecto a la paridad, no se encontró relación significativa ($p=0.141$), pero las primíparas evidenciaron un OR protector (0.66). Por otro lado, tener menor a seis controles prenatales se asoció con un leve incremento del riesgo ($OR=1.02$; $p=0.302$), mientras que contar con seis o más controles mostró un efecto protector ($OR=0.97$).
- iii. Las madres que presentaron morbilidad asociada mostraron un OR de 1.44 ($p=0.301$) frente al parto prematuro, mientras que la ausencia de morbilidad evidenció un efecto protector ($OR=0.69$). Asimismo, condiciones como infección urinaria ($OR=1.18$; $p=0.134$), vulvovaginitis ($OR=1.56$; $p=0.138$), anemia ($OR=2.36$; $p=0.585$) e hipertensión durante el embarazo ($OR=1.99$; $p=0.580$) se relacionaron con mayor probabilidad de parto precoz. En contraste, la eclampsia ($OR=0.91$; $p=0.183$), la ruptura adelantada de membranas ($OR=0.54$; $p=0.058$) y la preeclampsia ($OR=0.63$; $p=0.205$) mostraron un efecto protector; por lo que se infiere que la infección urinaria previa sería un factor determinante en la ocurrencia del parto prematuro.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: AL DIRESA Puno, Red de Salud San Román y Ministerio de Salud para que difundan información fundamental sobre los peligros del parto prematuro en las entidades privadas y públicas, así como en los centros de salud, de forma temprana y simple.

SEGUNDA: Se aconseja al Ministerio de Salud, DIRESA Puno y Red de Salud Román que se extienda la cobertura del control prenatal a todas las mujeres embarazadas, sobre todo en los asentamientos humanos y los pueblos jóvenes con escasa accesibilidad a la atención médica.

TERCERA: Se aconseja que el Hospital mejore los programas de control prenatal para detectar precozmente los elementos de peligro que predisponen a un parto prematuro y poner en marcha tácticas preventivas que disminuyan su frecuencia.

CUARTA: Al Hospital, enfocar la atención en el monitoreo de mujeres gestantes que presenten elementos de riesgo asociados con el parto prematuro.

QUINTA: Se recomienda que el Hospital ponga en marcha campañas sanitarias orientadas a las embarazadas, centradas en prevenir y tratar de manera oportuna los problemas de salud comunes durante el embarazo, asegurando una atención integral que reduzca las complicaciones obstétricas.



REFERENCIAS

1. Aliaga Rafael G. Factores clínicos asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Centro Médico. repositorio.urp.edu.pe. 2019 abril; 44(4).
2. Arias K. Ruptura prematura de membranas. revista médica Costa Rica. 2022 mayo; 80(2).
3. Barrios V. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. scielo.py. 2020 julio; 40(3).
4. Baviera L. Anemia:. pediatriaintegra.es. 2021 junio; 90(2).
5. Benites R. Estilos de vida: Es muy importante considerar los hábitos que una persona tiene. portal.amelica.org. 2023 octubre; 90(2).
6. Bisquerra, R. (2014). Metodología de la investigación educativa. Editorial La Muralla.
7. Bunge, M. (2003). Epistemología: Curso de actualización. Siglo XXI Editores.
8. Ccosi Mamani C. Riesgos Asociados a la amenaza de Parto Pretérmino en Gestantes del Hospital de Essalud Base III Puno. alicia.concytec.gob.pe. 2019 octubre; 30(2).
9. Chagua Poma E. Los estilos de vida y su influencia en habitos. mayoclinic.com. 2022 setiembre; 70(7).
10. Chaiña Paco E. Factores maternos que influyen en el parto pretérmino en gestantes que acuden al Hospital Regional Manuel. repositorio.ujcm.edu.pe. 2019 junio; 60(8).
11. Chira Sosa J. factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del hospital provincial docente Belén de Lambayeque. revistas.uss.edu.pe. 2019 agosto; 6(2).
12. Couto Nuñez D. Prematuro leve: Cuando el parto ocurre entre las 34 y 37 semanas. scielo.sld.cu. 2023 setiembre; 70(8).
13. Cruz B. Identificación de factores de riesgo de parto pretérmino. Caso Hospital Enrique C. Sotomayor. redalyc.ec. 2020 abril; 60(2).
14. Cruz Godoy J. el parto prematuro en el departamento de Puno. unap.com.pe. 2021 junio; 50(2).
15. Diaz A. La importancia de la edad. scielo.mx. 2020 octubre; 90(9).



16. Dois A. Factores de riesgo obstétrico. revista de Chile. 2021 setiembre; 80(2).
17. Egan L. Parto prematuro. Revista obstetrica. 2022 noviembre; 10(1).
18. Escobar C. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia. unap.com.pe. 2020 julio; 90(5).
19. Escobar Lupaca D. Factores de riesgo asociados a la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el hospital Regional Manuel. alicia.concytec.gob.pe. 2019 setiembre; 60(3).
20. Escobar Padilla B. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. www.medigraphic.com. 2019 agosto; 80(5).
21. Ezcurra R. Síntomas: Contracciones prolongadas y fuertes. Presión en el pubis y dolor en la zona lumbar. iscii.es. 2023 noviembre; 60(2).
22. Fajardo Mancia W. Ruptura prematura de membranas. pesquisa.bvsalud.com. 2019 mayo; 60(6).
23. Flores Pari J. Factores de riesgo asociados a la preeclampsia y parto pretérmino en gestantes de un hospital de Puno. repositorio.uss.edu.pe. 2019 setiembre; 40(2).
24. Fuentes A. Parto prematuro. google.es. 2019 junio; 90(8).
25. Fuster V. Prevencion secundaria. elsevier.com. 2021 abril; 70(2).
26. Gonzalez Araya H. Enfermedades preexistentes como la anemia. uchile.cl. 2021 octubre; 70(2).
27. Guitierrez A. Parto prematuro. scholar.google.es. 2021 mayo; 2(1).
28. Guzman Llanos M. Anemia: Es un trastorno en el cual carece de glóbulos rojos suficientes para transportar un nivel adecuado de oxígeno a los tejidos del cuerpo. scielo.iscii.es. 2020 febrero; 90(8).
29. Hernandez Sampier R. Metodologia de la investigacion. mc hall grill. 2021 octubre; 10(1).
30. Hernandez Vasquez A. Atención prenatal. revista peruana. 2021 diciembre; 10(2).
31. Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). Metodología de la investigación. McGraw-Hill.



32. Herrera C. Edad gestacional en la mujer. Revista ginecologica. 2022 diciembre; 80(2).
33. Herrera Sanchez K. Preeclampsia un problema en la salud publica. Revista medica. 2019 diciembre; 60(6).
34. Huertas Tachino E. Tipos de parto prematuro. scielo.org.pe. 2022 junio; 10(1).
35. Jimenez J. Infeccion urinaria. elsevier.com. 2021 setiembre; 90(2).
36. Kerlinger, F., & Lee, H. (2002). Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales. McGraw-Hill.
37. Leon Echevarria E. Dependencia económica en el Peru. unheal.edu.pe. 2021 octubre; 22(2).
38. Leyva B. Atención prenatal en las gestantes. revista medica Chile. 2021 octubre; 90(2).
39. Lopez D. Dependencia económica. uccor.edu.ar. 2021 mayo; 2(2).
40. Lopez I. Edad gestacional para el parto. elsevier.com. 2022 octubre; 60(2).
41. Mendoza L. Prevencion del aprto prematuro. elsevier.com. 2022 enero; 77(7).
42. Mendoza Tascon L. El parto prematuro. scielo.cl. 2019 octubre; 90(2).
43. Mora Alvarado G. Factores de riesgo obstétrico asociados a parto pretérmino en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia. Universidad tecnica babahoyo. 2020 diciembre; 40(4).
44. Moreno Chavez C. Edad y sus conceptos. iris.paho.es. 2021 julio; 33(3).
45. Murguia Ricalde F. Factores de riesgo maternos asociados a parto prematuro en gestantes adolescentes atendidas en el Hospita. repositorio.urp.edu.pe. 2019 diciembre; 50(5).
46. Ovalle A. problema de salud pública el parto prematuro. amelica.org.com. 2022 diciembre; 20(2).
47. Ovalle F. Factores asociados al parto prematuro. scielo.cl. 2019 junio; 20(9).
48. Palacios R. Infección urinaria en la gestante. elsevier.pe. 2022 diciembre; 64(2).
49. Perez Kuga M. Incidencia de los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital II-2-. repositorio.unsm.edu.pe. 2019 octubre; 60(2).



50. Pita Fernandez S. Factor de riesgo. Revista cubana. 2019 setiembre; 70(2).
51. Popper, K. (2002). La lógica de la investigación científica. Paidós.
52. Quirantes Moreno A. Estilos de vida: Es muy importante para llevar con éxito la vida. scielo.cu. 2022 setiembre; 80(2).
53. Rodrigues Gutierrez O. morbilidad y mortalidad perinatal del parto prematuro. scielo.mx. 2021 octubre; 80(2).
54. Rodriguez S. Prematuro moderado: Cuando el parto ocurre entre las 32 y 33.6 semanas de gestación. msdmanuals.com. 2019 junio; 80(5).
55. Rojas Alvarez L. Antecedentes de parto prematuro. medisur.com. 2022 enero; 6(1).
56. Salcedo Ramos F. Parto pretermino tardio y su morbilidad. bvsalud.org.com. 2021 diciembre; 80(3).
57. Santander R. unlp.edu.ar. 2019. agosto setiembre; 60(2).
58. Sarango E. Los principales objetivos del control prenatal son identificar aquellos pacientes de mayor riesgo con el fin de realizar intervenciones en forma oportuna que permitan prevenir dichos riesgos y así lograr un buen resultado. iris.paho.org. 2019 diciembre; 22(4).
59. Stromata J. Dependencia económica. iade.org.ar. 2019 junio; 2(1).
60. Tamayo, M. (2011). El proceso de la investigación científica. Editorial Limusa.
61. Ticona E. Prevencion secundaria de la preclampsia. scielo.cl. 2022 junio; 22(4).
62. Vasquez Garibay E. Embarazo una vista general. Revista panamericana. 2021 julio; 30(8).
63. Vasquez T. Factores de riesgo y complicaciones de parto pretérmino en gestantes atendidas en el hospital Luis Gabriel. Repositorio digital Utn. 2020 junio; 10(2).
64. Vera Torres Y. Prematuros en gestantes de la Maternidad Matilde Hidalgo de Procel entre 2018-2020. repositorio.ug.edu.ec. 2020 enero; 30(5).
65. Vilchez Leon A. La Paridad: Hablar de parto. unaleon.edu.ni. 2019 octubre; 80(2).



66. Villacreses W. Medidas de prevención: se sabe que un buen tamizaje de intervención oportuna permitiría prevenir hasta el 44%. *dialnet.uniroja.es*. 2023 enero; 60(2).
67. Magee LA, von Dadelszen P, Rey E, et al. Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. *Obstet Gynecol*. 2022;139(2):e1–e25.
68. Catalano PM, Shankar K. Obesidad y embarazo: mecanismos e implicaciones clínicas. *Cell Metab*. 2021;33(3):518–32.
69. Carson MP, Kelly AG, Reddy UM. Edad materna avanzada y resultados del embarazo. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;222(6):e1–e7.
70. Silver RM, Branch DW, Sciscione AC. Cesárea y riesgos en embarazos futuros. *Obstet Gynecol*. 2023;141(1):23–31.
71. Metzger BE, Lowe LP, Dyer AR, et al. Hiperglucemia y resultados adversos del embarazo. *Diabetes Care*. 2021;44(2):e1–e7.
72. Neal S, Channon AA, Chintsanya J. Embarazo adolescente y resultados adversos. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):1–9.
73. Devries KM, Mak JY, García-Moreno C, et al. Violencia de pareja y resultados del embarazo. *Lancet*. 2022;399(10323):2106–15.
74. England LJ, Bunnell RE, Pechacek TF, et al. Tabaquismo durante el embarazo: riesgos e intervenciones. *Am J Prev Med*. 2021;60(2):e1–e8.
75. Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Garcia-Casal MN, et al. Suplementación diaria de hierro durante el embarazo. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;7:CD004736.
76. Gilbert NM, O'Brien VP, Hultgren S, et al. Infección urinaria en el embarazo. *Nat Rev Urol*. 2023;20(1):1–15.
77. Villar J, Papageorgiou AT, Knight HE, et al. Atención prenatal y resultados del embarazo. *Lancet Glob Health*. 2021;9(1):e1–e10.
78. Blickstein I, Keith LG. Embarazo múltiple: epidemiología y resultados. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2022;76:3–12.
79. Knight M, Bunch K, Vousden N, et al. Características y resultados de mujeres embarazadas con COVID-19. *BMJ*. 2021;372:n198.
80. Dunkel Schetter C, Tanner L. Estrés psicológico y embarazo. *Curr Opin Psychiatry*. 2020;33(2):118–23.



81. Goldenberg RL, McClure EM. Epidemiología del parto prematuro. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2020;69:3–10. doi:10.1016/j.bpobgyn.2020.01.001
82. Romero R, Gotsch F, Pineles B, Kusanovic JP. Inflamación en el embarazo: sus roles en la fisiología reproductiva, complicaciones obstétricas y daño fetal. *Nutr Rev.* 2021;69(Supl 1):S17–25. doi:10.1111/j.1753-4887.2011.00491.x
83. Dunkel Schetter C. Ciencia psicológica sobre el embarazo: procesos de estrés y cuestiones emergentes de investigación. *Annu Rev Psychol.* 2020;71:531–58. doi:10.1146/annurev.psych.031809.130727
84. Iams JD, Goldenberg RL, Meis PJ, et al. La longitud del cuello uterino y el riesgo de parto prematuro espontáneo. *N Engl J Med.* 2020;334(9):567–72. doi:10.1056/NEJM199602293340903
85. Cnattingius S. Epidemiología del tabaquismo durante el embarazo: características maternas y resultados del embarazo. *Nicotine Tob Res.* 2021;6(Supl 2):S125–40. doi:10.1080/14622200410001669187
86. Chen XK, Wen SW, Fleming N, et al. Embarazo adolescente y resultados adversos del nacimiento: estudio de cohorte poblacional. *Int J Epidemiol.* 2020;36(2):368–73. doi:10.1093/ije/dyl017
87. Luke B, Brown MB. El panorama cambiante del embarazo múltiple en Estados Unidos: contribución de la tecnología de reproducción asistida. *Fertil Steril.* 2022;84(2):524–5. doi:10.1016/j.fertnstert.2005.03.039
88. Villar J, Ba'aqeel H, Piaggio G, et al. Ensayo aleatorizado de la OMS sobre atención prenatal para evaluar un nuevo modelo de atención rutinaria. *Lancet.* 2021;357(9268):1551–64. doi:10.1016/S0140-6736(00)04722-X
89. Fonseca EB, Celik E, Parra M, et al. Progesterona y riesgo de parto prematuro en mujeres con cuello uterino corto. *N Engl J Med.* 2020;357(5):462–9. doi:10.1056/NEJMoa067815
90. Berghella V, Odibo AO, Tolosa JE. Cerclaje para cuello uterino corto en ecografía: metaanálisis de ensayos con datos individuales. *Obstet Gynecol.* 2022;106(1):181–9. doi:10.1097/01.AOG.0000172405.98224.1c
91. Fernández-Borbón H. Factores de riesgo asociados al parto prematuro, Policlínico Universitario “Hermanos Cruz”, 2022. *Rev Ciencias Médicas Pinar*

- del Río [Internet]. 2023 [citado 28 oct 2025];27(6). Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942023000700016
92. Salas Cusihuamán OH. Factores de riesgo y parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas en dos hospitales de la región del Cusco, 2020–2024 [Internet]. Cusco: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2024 [citado 28 oct 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/10903>
93. Ramos Ramos E. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca [Internet]. Juliaca: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2023 [citado 28 oct 2025]. Disponible en: <https://repositorio.uancv.edu.pe/items/a199f14a-c27a-449e-b042-94d3276c42bd>
94. Khezri R, Askari S, Jahanian S, Ashayeri N. Parto prematuro y desafíos de salud pública: incidencia y factores de riesgo. Public Health. 2025 mar;237:3-10. doi:10.1016/j.puhe.2025.03.003. PMID: 40107093.
95. Barreto MGP, Manso MC, Barreto RP, Barreto RP, Vasconcelos LMT, Silva C. Frecuencia y factores de riesgo asociados con la prematuridad: un estudio de cohorte en una unidad de cuidados intensivos neonatales. J Clin Med. 2024;13(15):4437. doi:10.3390/jcm13154437.



ANEXOS



ANEXO 1

UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PREMATURO EN EL

HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024 – JULIACA

1. FACTORES SOCIODEMOGRAFICAS		
1.1. EDAD DE LA MADRE	años	
1.2. PROCEDENCIA	1.Urbana	
	2.Urbano marginal	
	3.Rural	
1.3. ESTADO CIVIL	1.Soltera	
	2.Conviviente	
	3.Casada	
1.4. NIVEL DE INSTRUCCIÓN	1.Sin estudios	
	2.Primaria	
	3.Secundaria	
	4.Superior Técnico	
	5.Superior Universitario	

1. FACTORES OBSTÉTRICOS		
1.1. FORMULA OBSTÉTRICA	G	
	P	
1.2. PARIDAD	1.Primípara	
	2.Multípara	
	3.Gran múltipara	
1.3. CONTROL PRENATAL	1.De 0 a 5 controles	
	2.>6 controles	
1.4. PERIODO INTERGENESICO	años	
1.5. ANTECEDENTE DE HIJO PREMATURO	1.SI	
	2.NO	

1.1. ANTECEDENTE DE HIJO CON RCIU	1.SI	
	2.NO	
1.2. ANTECEDENTE DE HIJO CON BPN	1.SI	
	2.NO	



1. FACTOR DE MORBILIDAD		
1.1. MADRE SIN PATOLOGIA DURANTE SU EMBARAZO	1.SI	
	2.NO	
1.2. ANEMIA	1.SI	
	2.NO	
1.3. INFECCION DEL TRACTO URINARIO	1.SI	
	2.NO	
3.4. VULVOVAGINITIS	1.SI	
	2.NO	
3.5. PRE ECLAMPSIA	1.SI	
	2.NO	
3.6. ECLAMPSIA	1.SI	
	2.NO	
3.4. HIPERTENSION INDUCIDA DEL EMBARAZO	1.SI	
	2.NO	
3.4. DPP	1.SI	
	2.NO	
3.5. OTROS		



**SOLICITO: PERMISO PARA
RECOLECTAR DATOS**

SEÑOR:

Dr. JOSE W. MAMANI VILCA

DIRECTOR DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO

Yo, **CARLOS ALBERTO BELLIDO VILAVILA**,
identificado con DNI. N° 40570487 con domicilio en la Av.
Huaynacapac N° 478 , Distrito de Juliaca, Provincia de San
Román, Región Puno. Ante ud. me presento y expongo:

Que, siendo bachiller de la carrera profesional de
obstetricia perteneciente a la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Andina
"Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; vengo realizando mi trabajo de investigación
titulado: "Factores de riesgo asociados al parto prematuro en gestantes del Hospital
Carlos Monge Medrano, 2024" para lo cual **SOLICITO** a usted respetuosamente, se me
brinde la autorización y las facilidades de poder realizar la recolección de datos de las
Historias clínicas de la población elegida del servicio de Gineco-Obstetricia de la
institución que ud. dirige, datos que serán de suma importancia para el cumplimiento de
los objetivos de la investigación ya mencionada.

POR LO EXPUESTO;

Ruego a Ud. Señor Director acceder a mi petición por ser de justicia.


.....
Carlos Alberto Bellido Vilavila
DNI. 40570487



Dr. Jose W. Mamani Vilca
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 057400



TESIS UANCV

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓNAUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCVFormato digital ☒Fecha de entrega: 31/12/2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: CARLOS ALBERTO BELLIDO VILAVILA
Dirección: Av. Huayna Capac Mz. K11 – Lt. 18
DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 40570487
Teléfono: 931008872 email: carlos3176master@gmail.com
Nombres y Apellidos: _____
Dirección: _____
DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____
Teléfono: _____ email: _____
Facultad y/o Escuela de Posgrado: CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional o Mención: OBSTETRICIA
Título o Grado Académico a optar: OBSTETRA
Asesor: Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación ☐ Tesis ☒ Trabajo de Suficiencia Profesional ☐ Trabajo Académico ☐FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PREMATURO EN GESTANTES DEL HOSPITAL CARLOS
MONGE MEDRANO, 2024Palabras claves, (3 a 5 términos): abortos, anemia, crecimiento intrauterino retardado, enfermedades maternas, infecciones
urinarias.¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1,2}?1¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.

OFICINA DE INVESTIGACIÓN

Tesis Publicada con autorización del autor

<http://repositorio.uancv.edu.pe/>



2. Referencia de tesis:

☐ Bachiller ☒ Título ☐ 2da Especialidad ☐ Maestría ☐ Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o autor (es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- ☒ Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- ☐ Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- ☐ No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- ☒ Sí autorizo
- ☐ No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

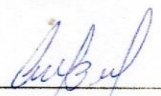
La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral. Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

☒ Internacional Nacional

☐ Nacional

Línea de investigación: SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA - P06


Firma de Autor



huella digital

31 de diciembre del 2025

Fecha