



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



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA AMENAZA DE
PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN
EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 1 - 4 JOSÉ
ANTONIO ENCINAS - PUNO 2023**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. MARIBEL FLORA MAYTA FLORES

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA**

JULIACA – PERU

2025



NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA AMENAZA DE
PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN
EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 1 - 4 JOSÉ
ANTONIO ENCINAS - PUNO 2023

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. MARIBEL FLORA MAYTA FLORES

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

OBSTETRA

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE

: 
Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

PRIMER MIEMBRO

: 
Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

SEGUNDO MIEMBRO

: 
Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA

ASESOR DE TESIS

: 
Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN : SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - P06



RESOLUCIÓN DECANAL N° 423-2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 09 de junio del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 2025-4147 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 A LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 1 - 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS – PUNO 2023**

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 de: **OBSTETRA** del (la) bachiller: **MAYTA FLORES MARIBEL FLORA** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes;

- * **Presidente** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
- * **1er. Miembro** : Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE
- * **2do. Miembro** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA

Asesor (a) : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

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

DIA : JUEVES 12 DE JUNIO DEL 2025
HORA : 10:00 HORAS
LOCAL : SALON DE GRADOS

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 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.



UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

 Dra. Ingrid Liz Quispe Ticona
 DECANA (e)
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 CEP: 39216

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

**RESOLUCIÓN DECANAL N° 107-2025-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 03 de abril del 2025

VISTOS:

El Informe N° 030-2025-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, de fecha 28 de marzo del egresado (a) **MAYTA FLORES MARIBEL FLORA** quien solicita la aprobación del Informe Final Titulado: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 1 - 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS – PUNO 2023** conducente para optar el título Profesional de: **OBSTETRA**

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. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**
- * **1er. Miembro** : **Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE**
- * **2do. Miembro** : **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA**

- * **Asesor (a)** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**

Estando en la opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento interno de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria N° 24661 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, el **INFORME FINAL** de **INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a) **MAYTA FLORES MARIBEL FLORA**; para optar el Título Profesional de **OBSTETRA** Con la Tesis Titulado : **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 1 - 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS – PUNO 2023** correspondiente a la línea de investigación **SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA P06**

ARTICULO SEGUNDO.- DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y secretaria académica de la facultad de ciencias de la salud , quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
.....
Dra. Ingrid Liz Quispe Ticona
DECANA (e)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CEP: 39216

Distribución: Decanato, EP. Obstetricia Archivo.

**RESOLUCIÓN DECANAL N° 1073-2024-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 30 de setiembre del 2024

VISTOS:

El Informe N° 089-2024-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de la Propuesta de Investigación de fecha 26 de setiembre de la E.P. de Obstetricia, folio 00000094;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado (a) **MAYTA FLORES MARIBEL FLORA** ha presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 1 - 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS - PUNO 2023** correspondiente a la línea de investigación: **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA;**

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 comunico que el **Comité de Investigación** para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

- * **Presidente** : **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA**
- * **1er. Miembro** : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**
- * **2do. Miembro** : **M.Sc. MARÍA ANTONIETA LOAYZA LÓPEZ**

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 378-2024-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación de la propuesta de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92- y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

APROBAR, la PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN, presentado por el (la) egresado (a) **MAYTA FLORES MARIBEL FLORA** para optar el título profesional de: **OBSTETRA** titulado: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 1 - 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS - PUNO 2023**

La propuesta de Investigación deberá **ejecutarse** de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

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. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**

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: Obstetricia Archivo.

Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUDDra. ELIZABETH MARGAS ONOFRE
2024



FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA AMENAZA DEL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 1 - 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS - PUNO 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

21%

INDICE DE SIMILITUD

20%

FUENTES DE INTERNET

11%

PUBLICACIONES

12%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	6%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
3	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%




Metadatos complementarios - UANCV

TITULO	
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 1 - 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS - PUNO 2023	
Datos de autor	
Nombres y Apellidos	MARIBEL FLORA MAYTA FLORES
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	70914046
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0007-7321-683X
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	01297921
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-2232-6653
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres Y Apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01309221
Miembro del jurado 1	
Nombres Y Apellidos	ELIZABETH VARGAS ONOFRE
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29216323
Miembro del jurado 2	
Nombres Y Apellidos	MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02405808



Datos de investigación	
Línea de investigación	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - P06
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	<p>Dirección: ESTABLECIMIENTO DE SALUD 1-4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS País: PERÚ Departamento: PUNO Provincia: PUNO Distrito: PUNO Coordenadas. Latitud: -15.83889, Longitud: -70.03511 https://maps.app.goo.gl/onTrUF1CfdUh46Cy9</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	SETIEMBRE 2024 - JUNIO 2025
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	<p>Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00 Ciencias del cuidado de la salud y servicios (administración de hospitales, financiamiento) https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.01</p>

UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CERES VELASQUEZ
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

 Dra. María Amparo del Pilar Chambi Cataccra
 DIRECTORA
 UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo MARIBEL FLORA MAYTA FLORES, identificado con DNI
Nro. 70914046 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 A LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL
ESTABLECIMIENTO DE SALUD 1 - 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS - PUNO 2023

Asesorado por: Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

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 01 de Julio del 2025

FIRMA (ASESOR)

FIRMA (obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

A Dios por ser mi mentor en el camino y permitirme tener y disfrutar a mi familia. A mis padres, VICTOR ANDRES MAYTA MENDOZA y JULIA FLORES DE MAYTA, por su compañía y amor. A mi compañero de vida siempre ha estado presente durante todos estos años, gracias por su apoyo constante y paciencia infinita, por creer en mí, por animarme en los momentos de duda. La empatía y estímulo manifestados resultaron determinantes para sobrellevar las adversidades y consolidar esta conquista; este triunfo pertenece a todos nosotros. A mis hermanos y familiares más allegados, por su respaldo constante y compañía en mis sueños.



AGRADECIMIENTO

A la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, a la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Obstetricia, y a mis catedráticos por las herramientas y conocimientos que me han brindado para mi desarrollo profesional. Agradezco al Establecimiento de Salud 1 - 4 José Antonio Encinas y todo el personal que labora ahí, por ser un segundo hogar durante el internado. A mi asesora, agradezco su guía, paciencia y apoyo en la investigación. Para concluir, manifiesto mi profundo reconocimiento a los integrantes del tribunal evaluador por su dedicación ejemplar y su permanente motivación.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	xi
RESUMEN.....	xiv
ABSTRACT	xv
INTRODUCCIÓN	xvi

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1.1. Descripción del problema	1
1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	3
1.2.1. Problema General.....	3
1.2.2. Problemas específicos	3
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION	3
1.3.1. Justificación Teórica.....	3
1.3.2. Justificación Practica	4
1.3.3. Justificación Metodológica.....	4
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.4.1. Objetivo general.....	5
1.4.2. Objetivos específicos.....	5
1.5. HIPÓTESIS	6
1.5.1. Hipótesis general	6



1.5.2. Hipótesis específicas 6

1.6. VARIABLES 7

1.6.1. Operacionalización de variables..... 8

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN 9

2.1.1. Antecedentes internacionales 9

2.1.2. Antecedentes regionales 14

2.1.3. Antecedentes Regionales..... 19

2.2. MARCO TEÓRICO..... 24

2.3. MARCO CONCEPTUAL 45

CAPÍTULO III..... 48

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN 48

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN 48

3.2. TIPO DE ESTUDIO 48

3.3. MÉTODO APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN 49

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA 50

3.4.1. Población 50

3.4.2. Muestra 50

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN 51

3.5.1. Técnicas..... 51

3.5.2. Instrumento..... 51

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS 51

3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS 52

3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO 53



3.8.1. Validez 53

3.8.2. Confiabilidad 53

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN 54

CONCLUSIONES..... 94

RECOMENDACIONES 96

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 99

ANEXOS..... 112

ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS..... 113

ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA 116

ANEXO 3: INSTRUMENTOS 120

ANEXO 5: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO..... 122

ANEXO 6: AUTORIZACIÓN DE ESTABLECIMIENTO DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN .. 125

ANEXO 7: ANALISIS DE CONFIABILIDAD 127



ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1 Edad como factor sociodemográfico y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1-4 José Antonio Encinas - Puno 2023	44
TABLA 2 Estado civil como factor sociodemográfico y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1-4 José Antonio Encinas - Puno 2023	47
TABLA 3 Grado de instrucción como factor sociodemográfico y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1-4 José Antonio Encinas - Puno 2023	49
TABLA 4 Ocupación como factor sociodemográfico y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1-4 José Antonio Encinas - Puno 2023	51
TABLA 5 Presencia previa de aborto como factor obstétrico y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1-4 José Antonio Encinas - Puno 2023	53
TABLA 6 Atención prenatal como factor obstétrico y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1-4 José Antonio Encinas - Puno 2023	55



TABLA 7	Periodo intergenésico como factor sociodemográfico y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1-4 José Antonio Encinas - Puno 2023	57
TABLA 8	IMC como factor obstétrico y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1-4 José Antonio Encinas - Puno 2023	59
TABLA 9	Paridad como factor obstétrico y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1-4 José Antonio Encinas - Puno 2023	62
TABLA 10	Preeclampsia como factor patológico y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1-4 José Antonio Encinas – Puno 2023	64
TABLA 11	Infección del tracto urinario como factor patológico y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1-4 José Antonio Encinas – Puno 2023	66
TABLA 12	Infecciones vaginales como factor patológico y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1-4 José Antonio Encinas – Puno 2023	69
TABLA 13	Anemia como factor patológico y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1-4 José Antonio Encinas – Puno 2023	72



TABLA 14	Frecuencia de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1-4 José Antonio Encinas – Puno 2023	75
-----------------	--	----



ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág
FIGURA 1 Edad como factor sociodemográfico y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1-4 José Antonio Encinas - Puno 2023	44
FIGURA 2 Estado civil como factor sociodemográfico y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1-4 José Antonio Encinas - Puno 2023	47
FIGURA 3 Grado de instrucción como factor sociodemográfico y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1-4 José Antonio Encinas - Puno 2023	49
FIGURA 4 Ocupación como factor sociodemográfico y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1-4 José Antonio Encinas - Puno 2023	51
FIGURA 5 Presencia previa de aborto como factor obstétrico y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1-4 José Antonio Encinas - Puno 2023	53



FIGURA 6	Atención prenatal como factor obstétrico y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1-4 José Antonio Encinas - Puno 2023	55
FIGURA 7	Periodo intergenésico como factor sociodemográfico y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1-4 José Antonio Encinas - Puno 2023	57
FIGURA 8	IMC como factor obstétrico y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1-4 José Antonio Encinas - Puno 2023	59
FIGURA 9	Paridad como factor obstétrico y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1-4 José Antonio Encinas - Puno 2023	62
FIGURA 10	Preeclampsia como factor patológico y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1-4 José Antonio Encinas – Puno 2023	64
FIGURA 11	Infección del tracto urinario como factor patológico y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1-4 José Antonio Encinas – Puno 2023	66



FIGURA 12	Infecciones vaginales como factor patológico y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1-4 José Antonio Encinas – Puno 2023	69
FIGURA 13	Anemia como factor patológico y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1-4 José Antonio Encinas – Puno 2023	72
FIGURA 14	Frecuencia de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1-4 José Antonio Encinas – Puno 2023	75



RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación que existe entre los factores de riesgo y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1 - 4 José Antonio Encinas - Puno 2023. **Materiales y métodos:** Estudio con enfoque cuantitativo de diseño no experimental, de tipo básica, nivel correlacional, la muestra fue de 80 pacientes revisando las historias clínicas y realizando la recolección de datos. La técnica de recolección de datos fue el análisis documental, y se utilizó el estadístico de chi cuadrado para el análisis.

Resultados: En la presente investigación, se determinó que los factores sociodemográficos como el estado civil ($p=0.046$) donde el 72% eran convivientes, de las cuales el 21% tuvieron amenaza de PP extremos, factores obstétricos como la presencia previa de aborto ($p = 0.043$) donde el 82.5% no tuvo presencia previa de aborto y el 32.5% tuvo PP extremo y factores patológicos como la presencia de infección del tracto urinario ($p = 0.048$) donde el 38% tuvo cistitis y de ellas el 155 tu PP tardío, afectando a las gestantes y se asocia significativamente con la amenaza de parto pretérmino. En contraste, otros factores como la edad ($p = 0.842$), la ocupación ($p = 0.300$) y periodo intergenésico ($p = 0.563$) no mostraron una relación significativa con la amenaza de parto. **Conclusiones:** Se determinó que distintos factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos se asocian significativamente con la amenaza de parto pretérmino en gestantes del establecimiento de salud 1-4 José Antonio Encinas, mientras que algunos factores como la edad, ocupación y periodo intergenésico no mostraron una relación significativa.

Palabras clave: Factores patológicos, amenaza de parto pretérmino, gestantes.



ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between risk factors and the threat of preterm delivery in pregnant women attended at the health facility 1 - 4 José Antonio Encinas - Puno 2023. **Materials and methods:** A quantitative study with a non-experimental, basic, correlational design, the sample consisted of 80 patients, reviewing clinical histories and collecting data. The data collection technique was documentary analysis, and the chi-square statistic was used for the analysis. **Results:** In the present investigation, it was determined that sociodemographic factors such as marital status ($p=0.046$) where 72% were cohabiting, of which 21% had a threat of extreme PP, obstetric factors such as previous presence of abortion ($p=0.043$) where 82.5% had no previous presence of abortion and 32.5% had extreme PP, and pathological factors such as presence of urinary tract infection ($p=0.048$) where 38% had cystitis and 32.5% had cystitis. 5% had no previous presence of abortion and 32.5% had extreme PP and pathological factors such as the presence of urinary tract infection ($p = 0.048$) where 38% had cystitis and of them 155% had late PP, affecting pregnant women and significantly associated with the threat of preterm delivery. In contrast, other factors such as age ($p = 0.842$), occupation ($p = 0.300$) and intergestational period ($p = 0.563$) did not show a significant relationship with threatened delivery. **Conclusions:** It was determined that different sociodemographic, obstetric and pathological factors are significantly associated with the threat of preterm delivery in pregnant women of the health facility 1-4 José Antonio Encinas, while some factors such as age, occupation and intergestational period did not show a significant relationship.

Key words: Pathological factors, preterm labor threat, pregnant women.



INTRODUCCIÓN

Este estudio aborda un tema fundamental en el campo de la salud de madres e hijos. En consonancia con la OMS, se conceptualiza el parto pretérmino como la eventualidad en la cual una gestante comienza el proceso del alumbramiento sin haber completado las 37 semanas de gestación, fenómeno que puede culminar en un nacimiento anticipado; aumentando el riesgo de sufrir complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido, quien podrían enfrentar una gama de problemas de salud (1).

A nivel global, el nacimiento prematuro es responsable de alrededor del 75% de todas las complicaciones graves que se presentan en los neonatos (2). Este problema se presenta como un síndrome multifacético, en el que los factores de riesgo desempeñan un papel fundamental en su aparición, por lo que la investigación de estos factores es una necesidad fundamental para mejorar la atención prenatal. Asimismo, los esfuerzos para evitar la prematuridad pueden clasificarse en estrategias primarias y secundarias, haciendo hincapié en la reconocer los factores de riesgo que facilitan las intervenciones oportunas (3).

Este análisis se enmarca dentro de un enfoque retrospectivo y no experimental, adoptando una metodología de tipo correlacional y situándose en un nivel básico de indagación; se procederá a la implementación de una gama diversa de procedimientos cuantitativos, entre los cuales figuran la elaboración de distribuciones tabulares de frecuencias y representaciones gráficas, valiéndose del entorno informático SPSS como soporte técnico. Dentro de este abanico metodológico, se priorizará la aplicación del test inferencial chi-cuadrado como herramienta predominante para el escrutinio analítico de los datos.



La presente tesis se desarrolla: Capítulo I, brinda una aproximación inicial al problema investigativo junto con la justificación correspondiente; Capítulo II, expone el marco conceptual y los antecedentes relacionados; el Capítulo III, establece las hipótesis junto con las variables implicadas; el Capítulo IV, expone con detalle las estrategias metodológicas aplicadas; el Capítulo V, agrupa las fuentes bibliográficas consultadas; mientras que el Capítulo VI, incluye los anexos y apéndices complementarios.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1. Descripción del problema

A NIVEL INTERNACIONAL, el parto pretérmino representa un problema crítico para la salud pública, representando la génesis primordial de la mortalidad y morbilidad neonatal a nivel ecuménico (1); ya que contribuye al 75% aproximadamente, de la defunción neonatal(2). De acuerdo con las estimaciones emitidas por la OMS (3), anualmente, se contabilizan aproximadamente 13.4 millones de nacimientos que ocurren de manera prematura; trágicamente, más de 1 millón de neonatos fallecen como consecuencia de las complicaciones inherentes a su condición de prematuros; los elementos que incrementan la probabilidad de este fenómeno presentan una naturaleza diversa y multifactorial; entre los principales detonantes etiológicos se identifican procesos infecciosos, alteraciones hipertensivas, desequilibrios nutricionales (2).

A NIVEL NACIONAL, el parto prematuro se configura como un obstáculo significativo dentro del campo de la salud comunitaria, al incidir de forma notable en la salud integral de las personas a lo largo de su ciclo vital (4). De acuerdo con los datos oficiales del MINSA (5), hasta la actualidad, el 7.5% de los nacimientos registrados en el territorio nacional corresponden a neonatos



prematuros. Asimismo, se ha determinado que la prematuridad es responsable del 68% de las muertes neonatales. La incidencia de nacimientos pretérmino en la nación refleja las desigualdades socioeconómicas y geográficas, las embarazadas residentes en zonas rurales y en condiciones económicas desfavorables exhiben una susceptibilidad aumentada al parto prematuro, atribuible a la insuficiencia de cuidados prenatales apropiados, condiciones de vida precarias y un acceso restringido a intervenciones preventivas y educativas (6).

A NIVEL LOCAL, en el Establecimiento de Salud 1 - 4 José Antonio Encinas, ubicado en la región de Puno, no se han realizado investigaciones formales que analicen los factores de riesgo asociados a la amenaza de parto pretérmino en la población gestante atendida. Esta carencia de evidencia científica limita la capacidad para diseñar estrategias preventivas adaptadas a la realidad local. No obstante, la revisión de historias clínicas revela una alta frecuencia de condiciones obstétricas asociadas a este desenlace adverso, tales como anemia materna, preeclampsia, ruptura prematura de membranas (RPM), desprendimiento prematuro de placenta (DPP), así como infecciones del tracto genitourinario, entre ellas vaginosis bacteriana y cistitis. Estas afecciones generan complicaciones durante la gestación como dolor pélvico, flujo vaginal anómalo, prurito, y sintomatología urinaria, factores que pueden desencadenar el trabajo de parto de forma anticipada. Además, se ha observado la ocurrencia de recién nacidos con bajo peso al nacer, indicador indirecto del compromiso en el desarrollo fetal. Todas estas condiciones no solo aumentan el riesgo clínico para la madre y el neonato, sino que también afectan el bienestar psicológico y



emocional de la gestante, y demandan una mayor capacidad de respuesta del sistema de salud.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la relación que existe entre los factores de riesgo y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1 - 4 José Antonio Encinas - Puno 2023?

1.2.2. Problemas específicos

PE1: ¿Cuál es la relación que existe entre los factores sociodemográficos y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1 - 4 José Antonio Encinas?

PE2: ¿Cuál es la relación que existe entre los factores obstétricos y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1 - 4 José Antonio Encinas?

PE3: ¿Cuál es la relación que existe entre los factores patológicos y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1 - 4 José Antonio Encinas?

PE4: ¿Cuál es la frecuencia de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1 - 4 José Antonio Encinas?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION

1.3.1. Justificación Teórica

Desde una perspectiva teórica, se pretende aportar al marco conceptual que permita comprender cómo interactúan distintos factores demográficos, obstétricos y patológicos, incrementado la probabilidad de que el proceso de gestación culmine de forma anticipada, antes de alcanzar el intervalo gestacional



adecuado de 37 a 40 semanas (7). La identificación y análisis de estos determinantes resulta fundamental para fortalecer el cuerpo teórico existente en torno a la fisiopatología del parto prematuro, así como para el desarrollo de nuevos modelos conceptuales que orienten futuras investigaciones clínicas y epidemiológicas. Además, este conocimiento puede servir como base para el diseño de intervenciones preventivas y estrategias de salud pública dirigidas a reducir la incidencia de esta condición en poblaciones vulnerables.

1.3.2. Justificación Práctica

En el plano práctico, el estudio se justifica por su potencial para incidir directamente en la atención prenatal y perinatal. Al reconocer y caracterizar los factores de riesgo preponderantes en las grávidas que reciben atención en el establecimiento de salud, el estudio busca optimizar las estrategias de prevención y abordaje clínico del parto pretérmino. Los resultados obtenidos podrían respaldar el diseño e implementación de intervenciones específicas, como programas de educación prenatal dirigidos a mujeres en situación de vulnerabilidad, protocolos de vigilancia obstétrica intensificada para gestantes con riesgos identificados y guías clínicas adaptadas al contexto local. Estas acciones contribuirían significativamente a mejorar los resultados materno-neonatales, reducir la incidencia de nacimientos prematuros y disminuir la morbilidad neonatal vinculada a esta problemática en la región.

1.3.3. Justificación Metodológica

A nivel metodológico, esta investigación se justifica por su utilidad para identificar y analizar los determinantes más prevalentes asociados al riesgo de parto pretérmino en gestantes. Para ello, se adoptó un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental y de tipo correlacional, que permitió explorar relaciones



entre variables sin manipulación directa de las condiciones de estudio. Esta estrategia metodológica facilitó la recopilación sistemática y el análisis riguroso de datos empíricos obtenidos a partir de las historias clínicas de pacientes atendidas en el Establecimiento de Salud 1 - 4 José Antonio Encinas. A través de una revisión documental exhaustiva y el uso de herramientas estadísticas apropiadas, fue posible identificar los factores clínicos y obstétricos más relevantes vinculados a la amenaza de parto prematuro. Este enfoque no solo asegura la validez de los resultados, sino que también proporciona una base metodológica replicable para futuras investigaciones en contextos similares, fortaleciendo así la evidencia científica en salud materno-neonatal.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo general

Determinar la relación que existe entre los factores de riesgo y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1 - 4 José Antonio Encinas - Puno 2023.

1.4.2. Objetivos específicos

OE1: Identificar la asociación entre los factores sociodemográficos y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1 - 4 José Antonio Encinas.

OE2: Establecer la asociación entre los factores obstétricos y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1 - 4 José Antonio Encinas.

OE3: Analizar la asociación entre los factores patológicos y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1 - 4 José Antonio Encinas.



OE4: Identificar la frecuencia de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1 - 4 José Antonio Encinas.

1.5. HIPÓTESIS

1.5.1. Hipótesis general

Existe relación significativa entre los factores de riesgo y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1 - 4 José Antonio Encinas - Puno 2023.

1.5.2. Hipótesis específicas

HE1: Existe relación entre los factores sociodemográficos (edad, estado civil, grado de instrucción y ocupación) y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1 - 4 José Antonio Encinas - Puno 2023.

HE2: Existe relación entre los factores obstétricos (aborto, controles prenatales, periodo intergenésico, paridad, IMC) y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1 - 4 José Antonio Encinas - Puno 2023.

HE3: Existe relación entre los factores patológicos (preeclampsia, infección al tracto urinario, infecciones vaginales, anemia) y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1 - 4 José Antonio Encinas - Puno 2023.

HE4: Existe una alta frecuencia de amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1 - 4 José Antonio Encinas - Puno 2023.



1.6. VARIABLES

Variable 1: Factores de riesgo

Las variables predisponentes vinculadas con la eventualidad de un alumbramiento anticipado comprenden un conjunto de situaciones clínicas o contextuales que intensifican la posibilidad de que una mujer en estado de gravidez experimente una interrupción gestacional prematura (7).

Variable 2: Amenaza de parto pretérmino

Se hace referencia a un episodio gineco-obstétrico que se manifiesta a través de signos clínicos precoces o reacciones corporales que sugieren una probabilidad sustancial de alumbramiento anticipado, aconteciendo ello tras haberse superado el umbral de la vigésima segunda semana de gestación, aunque sin haberse completado aún la trigésima séptima. Esta eventualidad implica un peligro inminente de interrupción gestacional antes del término esperado, lo cual demanda una vigilancia clínica exhaustiva bajo la responsabilidad de profesionales médicos con alta especialización (7).



1.6.1. Operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORACION
V1: Factores de riesgo	1.1 Factores sociodemográficos	1.1.1 Edad	a. 17-18 años b. 19-29 años c. 30-39 años d. >40 años
		1.1.2. Estado civil	a. Soltera b. Conviviente c. Casada
		1.1.2 Grado de instrucción	a. Primaria Completa b. Primaria incompleta c. Secundaria complete d. Secundaria incompleta e. Superior complete f. Superior incomplete
		1.1.3 Ocupación	a. Ama de casa b. Otras ocupaciones
	1.2 Factores obstétricos	1.2.1 Aborto	a. Si b. No
		1.2.2 Atenciones prenatales	a. Menos de 6 controles b. Más de 6 controles
		1.2.3 Periodo intergenésico	a. Corto b. Largo c. Adecuado
		1.2.4 Paridad	a. Primípara b. Multípara c. Gran multipara
		1.2.5 Incremento de masa corporal (IMC)	a. Delgadez b. Normal c. Sobrepeso d. Obesidad
	1.3 Factores patológicos	1.3.1 Preeclampsia	a. Leve b. moderada c. Severa
		1.3.2. Infección al tracto uterino (ITU)	a. Cistitis b. Bacteriuria Asintomatica c. Pielonefritis
		1.3.3. Infecciones vaginales	a. Hongos(candidiasis) b. Bacterias (vaginosis bacteriana) c. Parasitos (trichomoniasis)
		1.3.3. Anemia	a. Leve b. Moderada c. Severa d. S.A.
V2. Amenaza de parto pretérmino	2.1. Amenaza de parto pretérmino		a) Pretermino extremo (> 22 a 28 sem) b) Muy pretermino (>28 a 32 sem) c) Pretermino tardio (>28 a < 37 sem)



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Antecedentes internacionales

COBO ET AL. (8), en su estudio titulado **“Elementos predisponentes que elevan la probabilidad de un nacimiento prematuro que ocurre de manera no inducida” (2020)** en Estados Unidos, se planteó la finalidad de proporcionar un panorama integral de una esfera investigativa de gran importancia, centrada en los determinantes de riesgo asociados al parto espontáneo anticipado; los resultados alcanzados evidenciaron que los factores analizados en dicha revisión se organizaron en segmentos demográficos, obstétricos, ginecológicos y aquellos concernientes a la gestación vigente, fundamentados en evidencia de alta calidad proveniente de la literatura más reciente. Se presentó un panorama introductorio sobre un campo de estudio crucial en la medicina tanto materna como fetal, favoreciendo el ahondamiento analítico en torno a los detonantes clínicos potenciales, este enfoque habilita una detección más certera de gestantes susceptibles, perfilándolas como posibles beneficiarias de medidas terapéuticas diferenciadas y dirigidas, con el objetivo de mitigar desenlaces adversos durante la gestación. Las féminas mayores 35 años poseen una probabilidad 1,4 veces mayor de experimentar un parto prematuro espontáneo,



con un intervalo de confianza del 95% que fluctúa entre 1,3 y 1,5. Asimismo, un intervalo intergenésico inferior a 6 meses incrementa el riesgo, con una OR apretada de 1,4 (IC del 95%: 1,0-1,8). El riesgo absoluto más elevado de recurrencia se observó en mujeres que gestan gemelos en su embarazo actual tras un parto único pretérmino previo (riesgo del 57%, IC del 95% 42-62).

PUSDEKAR ET AL. (2) “Prevalencia y determinantes asociados al parto prematuro y al bajo peso al nacer en sitios de la red global ubicados en seis naciones con economías de ingresos bajos y medianos bajos” (2020)

Llevado a cabo en la India, este análisis indagó sobre la prevalencia y los determinantes asociados al parto prematuro y al bajo peso al nacer en diferentes localidades pertenecientes a la Red Global, abarcando un total de seis naciones de diferentes niveles socioeconómicos. Para ello, llevaron a cabo un análisis de datos utilizando el registro poblacional de la Red Global (GN), que recopila información sobre mujeres embarazadas y sus bebés en comunidades rurales de la República Democrática del Congo, Kenia, Zambia, Guatemala, India y Pakistán. Los resultados revelaron que la tasa global de nacimientos prematuros alcanzó el 12.6%, con variaciones significativas entre los diferentes sitios, desde un 8.6% en Belagavi, India, hasta un 21.8% en una región de Pakistán; de igual manera, en todas las zonas analizadas se identificaron determinantes clínicos recurrentes que incrementan el riesgo gestacional, tales como la nuliparidad (RR 1.27, IC 95%: 1.21-1.33), se identificaron como elementos de riesgo destacados: la maternidad en etapas adolescentes —específicamente en mujeres menores de dos décadas de vida— (RR 1.41, IC 95%: 1.32-1.49), los episodios de hemorragias gestacionales severas (RR 5.18, IC 95%: 4.44-6.04), la manifestación de afecciones hipertensivas durante la gestación (RR 2.74, IC



95%: 2.50-3.01) y una asistencia prenatal escasa, comprendida entre una y tres atenciones, en contraposición a quienes recibieron cuatro o más (RR 1.68, IC 95%: 1.55-1.83).

SAMEJIMA ET AL. (9) en su investigación de 2020 titulada " **Efecto de los factores de riesgo adicionales en la frecuencia de partos prematuros en mujeres gestantes diagnosticadas con un cuello uterino de longitud reducida**" (2020) en Japón, se dedicaron a discernir los determinantes de riesgo asociados al parto prematuro subsecuente en gestantes con diagnóstico de acortamiento cervical detectado al concluir el segundo trimestre. Por ende, se efectuó un estudio retrospectivo fundamentado en datos clínicos procedentes de un único establecimiento perinatal de tercer nivel. Se seleccionaron 134 mujeres asintomáticas con gestaciones únicas, en las cuales se detectó un acortamiento cervical (≤ 25 mm) durante el cribado rutinario universal entre las semanas 22 y 33. Los hallazgos obtenidos indicaron que la incidencia fue del 27.6% (37/134), y la RPM antecedió al parto en el 46.0% (17/37) de los casos. Mediante la valoración de regresión logística, se identificaron las contracciones uterinas (aOR 4.25, intervalos de confianza (IC) del 95%: 1.68-12.1) y un aumento en la proteína C reactiva (PCR) y en los leucocitos (GB) en los análisis hemáticos (PCR: aOR 3.45, IC del 95%: 1.50-9.71; GB: aOR 1.28, IC del 95%: 1.08-1.55) como elementos que incrementaron de manera significativa el riesgo de alumbramiento anticipado entre las mujeres con diagnóstico de cuello uterino acortado. Se observó en el 91% de las mujeres que exhibían tanto contracciones uterinas como una concentración de PCR superior a 0.5 mg/dl; en resumen, se constató que la presencia de contracciones uterinas concomitantes con niveles elevados de proteína C reactiva constituyen factores adicionales que potencian



la posibilidad de desencadenamiento de un alumbramiento prematuro en gestantes que presentan disminución en la longitud cervical.

LUECHATHANANON ET AL. (10) “El ángulo uterocervical y la longitud del cuello uterino se emplean como instrumentos para anticipar la ocurrencia de un parto prematuro en mujeres que presentan amenaza de parto prematuro” (2021) en Tailandia, analizaron la utilidad diagnóstica del ángulo uterocervical (AUC) y de la combinación del AUC con la longitud cervical (LC) para prever el alumbramiento prematuro en casos de amenaza de parto prematuro. Se llevó a cabo una investigación prospectiva, multicéntrica y observacional de tipo cohorte, que incluyó a 160 mujeres embarazadas en los hospitales de Srinagarind y Udonthani en Tailandia, durante el período de marzo de 2019 a junio de 2020; los descubrimientos indicaron que el porcentaje de nacimientos prematuros dentro de esta cohorte de embarazadas fue del 27%; en cuanto a la eficacia diagnóstica, un ángulo uterocervical igual o superior a 110.97 grados evidenció una sensibilidad del 65.1%, se reportó una especificidad del 43.6%, acompañada de un valor predictivo positivo del 29.8% y un valor predictivo negativo del 77.3% en la predicción del parto antes del término; cuando se combinó este ángulo con una longitud cervical (LC) inferior a 3.4 centímetros, la sensibilidad, especificidad, VPP y VPN para predecir el alumbramiento prematuro fueron del 48.8%, 68.4%, 36.2% y 78.4%. Se observó que la especificidad y el VPN de la combinación AUC con LC fueron superiores a los del AUC por sí solo. En conclusión, el estudio determinó que, en las gestantes con dicha amenaza, los factores predominantes fueron la edad, el tipo de trabajo que realizan y el hecho de padecer problemas uterinos. Además, se evidenció que la combinación del ángulo uterocervical y la longitud cervical



puede ser una herramienta útil para predecir dicha variable en mujeres con amenaza de parto prematuro, ofreciendo una mayor especificidad y valor predictivo negativo en comparación con el uso del ángulo uterocervical de manera aislada.

BARINOV ET AL. (11) “Estudio sobre los elementos predisponentes y los indicadores que facilitan la predicción de la pérdida gestacional” (2021) en Rusia, se enfocaron en la identificación de los factores de riesgo y predictores de pérdida del embarazo, de igual modo, se llevó a cabo una comparación de la efectividad entre el pesario Arabin y el cerclaje cervical en gestantes con riesgo elevado de pérdida gestacional; para ello, se desarrolló un estudio retrospectivo con diseño de casos y controles en dos centros asistenciales, incluyendo a 240 embarazadas clasificadas dentro del grupo de alto riesgo. El primer colectivo, compuesto por 161 féminas, fue tratado mediante la colocación del pesario Arabin durante el lapso comprendido entre la semana catorce y la veinticuatro de gestación; mientras que el segundo conjunto, integrado por 79 mujeres, correspondió a aquellas que recibieron cerclaje cervical circular durante la gestación actual. Los resultados obtenidos mostraron que la amenaza de interrupción gestacional se diagnosticó en el 29.8% de las pacientes del primer grupo, en contraste con el 37.9% del segundo grupo; en conclusión, se estableció que los elementos vinculados con la ocurrencia de un parto prematuro abarcan la amenaza de interrupción del embarazo atribuida al desprendimiento coriónico o placentario, la insuficiencia cervical, el desarrollo de fibromas uterinos de dimensiones considerables, antecedentes de múltiples pérdidas gestacionales espontáneas, lesiones cervicales en partos anteriores, así como la detección inicial de diabetes gestacional durante la gestación presente.



2.1.2. Antecedentes regionales

CASIMIRO ET AL. (7) “Determinantes de riesgo asociados con el parto prematuro en adolescentes embarazadas en una institución hospitalaria de Junín” (2023) el presente análisis tuvo como finalidad dilucidar los elementos de riesgo, tanto sociodemográficos como obstétricos y clínicos, que se relacionan con la ocurrencia de parto prematuro en gestantes adolescentes, llevándose a cabo en un centro de salud situado en la región de Junín, Perú; se realizó una revisión exhaustiva de las historias clínicas de 67 mujeres adolescentes, de entre 10 y 19 años, que tuvieron un parto prematuro, junto con un grupo de control de 134 personas, que abarcó el período comprendido entre enero y diciembre de 2022; los hallazgos demostraron una correlación positiva y estadísticamente relevante ($p < 0,05$) entre la prevalencia de partos anticipados y diversos factores de riesgo, determinados mediante un modelo de regresión múltiple; entre los factores predominantes se destacan: edades comprendidas entre 10 y 14 años (OR: 17,162; IC 95%: 1,665 — 176,925, tomando como referencia a las adolescentes de 15 a 19 años), condición laboral de ama de casa (OR: 6,056; IC 95%: 2,699 — 13,587, en comparación con otras ocupaciones), se constató que una asistencia prenatal inferior a seis controles constituye un predictor altamente significativo (razón de probabilidades: 10,476; intervalo de confianza al 95%: 4,279 – 25,648), seguido por la presencia de anemia (OR: 2,761; IC 95%: 1,080 – 7,060), afecciones del tracto urinario (OR: 2,754; IC 95%: 1,041 – 7,284) y cuadros de preeclampsia (OR: 5,751; IC 95%: 1,697 – 19,487); en consecuencia, los hallazgos del estudio subrayan con vehemencia la urgencia de diseñar e instaurar estrategias profilácticas eficaces que contribuyan a atenuar la incidencia de tales condiciones patológicas en el contexto gestacional.



AYALA ET AL. (12) “Determinantes de riesgo para el parto prematuro de origen desconocido, según el grado de prematuridad” (2022) en Lima, el análisis tuvo como objetivo principal fue examinar los elementos predisponentes vinculados al parto prematuro idiopático en relación con la prematuridad, se desarrolló una investigación de carácter observacional y longitudinal en el Instituto Nacional Materno Perinatal a lo largo del año 2017, en el cual se procedió a medir la longitud del cuello uterino de cada una de las participantes; la investigación abarcó una serie de variables, incluidos los factores sociodemográficos; se implementaron técnicas de regresión logística multivariante junto con análisis mediante curvas ROC para la evaluación de los datos recopilados; en total, se incorporaron 306 casos, de los cuales 218 satisfacían los criterios de inclusión, conformando así la cohorte de mujeres que presentaron parto prematuro, la media de la longitud del cuello uterino fue registrada en $21,1 \pm 9,2$ mm para las gestantes que presentaron parto prematuro, contrastando con los $29,2 \pm 8,2$ mm observados en quienes culminaron su embarazo a término ($p < 0,01$); entre los riesgos estadísticamente vinculados con el parto prematuro idiopático se encontraron: la acortada longitud cervical (ORA=5,9), la obesidad en la gestante (ORA=5,7), episodios previos de partos prematuros (ORA=5,5), edad materna avanzada (ORA=2,5), cirugías cesáreas anteriores (ORA=2,0), así como intervalos entre embarazos demasiado breves (ORA=1,7) o excesivamente prolongados (ORA=1,4), y la condición de primiparidad (ORA=1,0). En suma, los elementos preponderantes relacionados con el parto prematuro idiopático fueron el acortamiento del cuello uterino, la obesidad materna, antecedentes obstétricos, edad avanzada, cesáreas previas, variaciones en los intervalos intergenésicos y la primiparidad.



MARTÍNEZ ET AL. (13) “Investigación de tipo caso-control sobre la amenaza de parto prematuro y sus factores predisponentes en mujeres gestantes atendidas en un hospital de referencia en Perú durante el período de la pandemia de COVID-19” (2022); el presente análisis tuvo como finalidad dilucidar la vinculación existente entre el peligro de alumbramiento prematuro y los determinantes que lo favorecen en gestantes atendidas en un nosocomio de referencia peruano durante la crisis sanitaria causada por la COVID-19, otorgando particular relevancia a las afecciones infecciosas del sistema urinario, se implementó una estrategia metodológica basada en un modelo de investigación de tipo observacional analítico, concretamente mediante un esquema de casos y controles no pareados; para ello, se conformó una muestra estadísticamente representativa compuesta por 92 sujetos en condición de caso y otros 92 en calidad de control, siendo todos ellos seleccionados a través de un procedimiento de muestreo aleatorio y de carácter probabilístico, garantizando así la validez y confiabilidad del análisis; los resultados evidenciaron una correlación estadísticamente significativa entre la ocurrencia del parto prematuro y diversas variables analizadas tales como la edad materna avanzada, con una razón de odds (OR) de 3,159 (intervalo de confianza del 95%: 1,66 a 6,02); menos de seis consultas prenatales, se reportaron razones de probabilidades (OR) de 3.9 (IC 95%: 2.084 a 7.298) para la variable principal; 0.353 (IC 95%: 0.180 a 0.691) para la paridad; y 2.843 (IC 95%: 1.253 a 5.639) tanto para antecedentes de partos prematuros como para infecciones del tracto urinario. En conclusión, los datos obtenidos a través del análisis investigativo reflejaron una asociación cuantitativamente relevante desde el punto de vista estadístico entre la incidencia de patologías infecciosas del tracto urinario y la intensificación del



riesgo de alumbramiento anticipado en el conjunto de mujeres gestantes evaluadas dentro del establecimiento sanitario objeto del estudio.

HUARCAYA ET AL. (14) “Determinantes de riesgo vinculados al parto prematuro en madres jóvenes atendidas en una institución hospitalaria en

Perú” (2021) El objetivo primordial de esta investigación fue discernir los

elementos de riesgo ligados al nacimiento prematuro en madres adolescentes

atendidas en un centro asistencial limeño; se aplicó una metodología

retrospectiva, analítica y no experimental, comprendiendo una muestra aleatoria

de 32 parturientas con nacimientos prematuros y 292 con partos a término,

durante el periodo enero-agosto de 2016; aunque los parámetros

sociodemográficos tales como el nivel educativo, la ocupación y el estado civil

no alcanzaron significancia estadística ($p > 0.05$), se detectaron relaciones

significativas entre la prematuridad y factores pregestacionales como un índice

de masa corporal elevado, así como antecedentes obstétricos previos ($p < 0.05$;

$OR > 1$). De forma análoga, se verificó empíricamente que una serie de

alteraciones clínicas —tales como las infecciones del sistema urinario, la

disrupción prematura de las membranas fetales y la hipertensión gestacional en

su forma grave (preeclampsia)— evidenciaron una correspondencia

estadísticamente significativa con el desencadenamiento de nacimientos

anticipados respecto al término fisiológico gestacional ($p < 0.05$; $OR > 1$). En

conclusión, los resultados de esta investigación permitieron resaltar que el

mantenimiento de un índice de masa corporal igual o superior a 25 kg/m^2 en la

etapa preconcepcional, la existencia de antecedentes de partos pretérminos, la

presencia de infecciones urinarias, la ruptura temprana de las membranas

amnióticas y los cuadros de preeclampsia configuran elementos clínicamente



determinantes que amplifican considerablemente la predisposición a un desenlace obstétrico adelantado.

MURGUIA ET AL. (4) “Determinantes maternos vinculados al parto prematuro en adolescentes embarazadas que recibieron atención en el Hospital Nacional Dos de Mayo, ubicado en Lima, Perú, durante el periodo comprendido entre los años 2018 y 2019” se llevó a cabo una investigación orientada a identificar los determinantes maternos que aumentan la susceptibilidad al parto prematuro en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante los años 2018 y 2019. El estudio, de carácter analítico, observacional y retrospectivo, adoptó un diseño de casos y controles que comprendió a 180 adolescentes entre 10 y 19 años, distribuidas en 60 casos y 120 controles. La edad promedio de las participantes fue de 17.49 años, con predominancia del 71.7% en el segmento de adolescencia tardía (17-19 años). El estudio multivariado evidenció que la carencia de hierro (OR: 2.074; IC del 95% = 1.075 - 4.001; $p = 0.030$), las afecciones infecciosas del sistema urinario (OR: 3.863; IC del 95% = 1.508 - 9.896; $p = 0.005$) y la presencia de trastornos hipertensivos gestacionales, específicamente la toxemia gravídica (OR: 3.714; IC del 95% = 1.122 - 12.301; $p = 0.032$), mantienen una relación estadísticamente contundente con un incremento del riesgo de alumbramiento prematuro. Por el contrario, no se evidenció una asociación con relevancia estadística en lo concerniente a las infecciones del canal vaginal (OR: 2.111; IC al 95% = 0.651 – 6.850; $p = 0.205$), ni tampoco con la desintegración prematura de las membranas ovulares (OR: 1.267; IC al 95% = 0.609 – 2.633; $p = 0.526$). Como consecuencia lógica de estos resultados, se ratifica que la carencia de hierro, las afecciones infecciosas del tracto urinario y los síndromes



hipertensivos del embarazo constituyen elementos etiológicos cruciales que incrementan notablemente la probabilidad de partos anticipados, particularmente dentro del grupo poblacional de adolescentes en estado de gestación.

2.1.3. Antecedentes Regionales

PAREDES (15) “Determinantes maternos relacionados con el parto prematuro en mujeres atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, durante el intervalo de enero a diciembre de 2018” (2019)

este estudio tuvo como finalidad discernir los factores maternos que inciden en la aparición de partos prematuros en el Hospital Regional «Manuel Núñez Butrón» de Puno. Se empleó un diseño retrospectivo de casos y controles, con un minucioso análisis de las historias clínicas correspondientes al periodo comprendido entre enero y diciembre de 2018. De un total de 2,151 nacimientos registrados en dicho lapso, se seleccionó una muestra constituida por 85 casos de partos prematuros y 85 controles, mediante un sistema especializado para la obtención de datos. Los hallazgos revelaron que la frecuencia de alumbramientos acaecidos antes del término convencional alcanzó un 9.2%. El escrutinio estadístico permitió identificar múltiples condicionantes relevantes, entre los cuales sobresalieron las gestaciones dobles o múltiples (OR = 2.090; IC al 95%: 1.780 — 2.453; $p = 0.007$), los cuadros hipertensivos emergentes en el transcurso del embarazo (OR = 5.630; IC al 95%: 2.490 — 12.730; $p = 0.000$), así como la presencia de infecciones del aparato urinario inferior (OR = 2.821; IC al 95%: 1.038 — 7.669; $p = 0.036$). A su vez, los episodios de sangrado prenatal (OR = 4.914; IC al 95%: 1.038 — 7.669) y el desprendimiento prematuro de las envolturas fetales (OR = 2.803; IC al 95%: 1.276 — 6.156; $p = 0.009$) mostraron ser elementos determinantes. En conclusión, la investigación remarcó



que la concurrencia de múltiples embarazos, las alteraciones hipertensivas de la gestación, las infecciones urinarias, las pérdidas hemáticas prenatales y la fisura anticipada de las membranas amnióticas se erigen como variables de notable incidencia en la aparición de nacimientos prematuros.

CUEVA (16) “Determinantes asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital Manuel Núñez Butrón, ubicado en Puno” (2019) El

estudio tuvo como objetivo dilucidar los principales factores asociados con el embarazo en la adolescencia. Esta investigación empleó una metodología explicativa, transversal, prospectiva y correlacional. La muestra estuvo compuesta por 130 adolescentes embarazadas seleccionadas con base en criterios de inclusión y exclusión definidos. La adquisición de la información se efectuó mediante la aplicación de un instrumento meticulosamente diseñado y segmentado, consistente en un cuestionario con formato rígido y previamente establecido. Los hallazgos indicaron que el 69% de los adolescentes tenían entre 14 y 16 años. La mayoría tenía antecedentes educativos secundarios, lo que representa el 66% de los casos. Además, se observó que el 62% de estos adolescentes procedían de estructuras familiares fracturadas e iniciaron sus actividades sexuales entre los 14 y los 16 años. Una proporción notable, también el 69%, mostró un desconocimiento sobre la salud sexual y las prácticas anticonceptivas. En última instancia, el 77% de las mujeres jóvenes no habían premeditado sus embarazos. El estudio concluyó que los factores sociodemográficos ejercen una influencia perjudicial en las adolescentes embarazadas, lo que demuestra una correlación directa entre estos factores y la incidencia del embarazo en este grupo demográfico.



GALINDO (17) “La preeclampsia como un determinante de riesgo para la ocurrencia de parto prematuro en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2019” (2020) en Juliaca, se propuso determinar si la toxemia gravídica constituye un elemento predisponente para el nacimiento prematuro en féminas gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano. El estudio se caracterizó por ser analítico, siguiendo el modelo de casos y controles. Se contabilizaron 140 partos, con una distribución equitativa de 70 pretérmino y 70 a término; el promedio etario de las participantes se ubicó en $27,95 \pm 6,50$ años, con predominancia en el segmento comprendido entre los 20 y 35 años; en cuanto a las particularidades sociodemográficas, se constató que el 64.3% de las gestantes habitaba en ámbitos urbanos, mientras que el 65% poseía educación secundaria y un 91.4% estaba abocada a actividades domésticas; la prevalencia de toxemia gravídica alcanzó el 46.4% en la cohorte examinada, afectando a 59 mujeres (84.3%) del subgrupo con nacimiento pretérmino y a 6 (8.6%) dentro del conjunto de partos a término. Los análisis inferenciales corroboraron que la hipertensión gestacional severa (OR = 57.212; IC95%: 19.906 – 164.434; $p < 0.001$), el exceso ponderal (OR = 7.579; IC95%: 3.046 – 18.857; $p < 0.001$) y la hiposideremia materna (OR = 4.519; IC95%: 1.936 – 10.547; $p < 0.001$) se configuran como predictores clínicamente relevantes en la génesis de alumbramientos anticipados. En síntesis, la entidad hipertensiva conocida como toxemia gestacional emergió como la variable de mayor peso en la precipitación del parto pretérmino, seguida por la acumulación adiposa excesiva y el déficit férrico, condiciones que también contribuyen de manera considerable al aumento del riesgo obstétrico.



SOTOMAYOR (18) “Determinantes de riesgo asociados con el parto prematuro en mujeres gestantes atendidas en el servicio de ginecología obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, durante el período comprendido entre julio de 2019 y junio de 2020” (2020) durante el intervalo temporal que abarca desde julio de 2019 hasta junio de 2020, se llevó a cabo una pesquisa orientada a la individualización de los agentes etiológicos que inciden en la ocurrencia de nacimientos anticipados en mujeres gestantes atendidas en el servicio de ginecología obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, situado en la región altiplánica de Puno. La estrategia metodológica implementada fue de tipo analítico, retrospectivo y con diseño transversal, sustentándose en la recopilación y evaluación cuantitativa de los datos extraídos de los registros clínicos. Dentro de los elementos predisponentes con significancia estadística para el desencadenamiento de partos pretérmino se identificaron variables tales como la frecuencia de controles prenatales, la condición de multigesta o primigesta, la presencia de embarazos múltiples, antecedentes obstétricos de alumbramiento precoz, complicaciones hipertensivas asociadas a la gestación, disglucemias gestacionales, infecciones del aparato urinario, separación prematura de la placenta, carencia de hierro y rotura anticipada de membranas ovulares. Todos estos elementos exhibieron una asociación robusta conforme a valores de p inferiores a 0.05 y estimaciones dentro de un intervalo de confianza del 95%.

VILCA (19) “Factores asociados con el parto prematuro en pacientes gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, ubicado en Juliaca, durante el año 2019” (2021) El estudio se abocó a la identificación de los determinantes asociados al nacimiento prematuro en pacientes atendidas en



el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, durante el año 2019. Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal y prospectivo con un enfoque cuantitativo; la población del estudio abarcó 201 gestantes, de las cuales se seleccionaron 132 como muestra. Las variables que evidenciaron una asociación predominante fueron las siguientes: la franja etaria comprendida entre los 20 y 35 años (45,5%, $ns=0.00 < p=0.05$); padecimientos maternos tales como la hipertensión arterial (33,4%, $ns=0.00 < p=0.05$); elevada paridad, con un predominio marcado en mujeres multíparas de alto orden (44,6%, $ns=0.00 < p=0.05$); antecedentes abortivos, destacando un solo aborto en el 56,1% de los casos ($ns=0.03 < p=0.05$); intervalos intergenésicos menores a dos años (34,8%, $ns=0.00 < p=0.05$); antecedentes de parto prematuro único (34,8%, $ns=0.00 < p=0.05$); insuficiente control prenatal, definido por menos de cinco consultas (34,8%, $ns=0.00 < p=0.05$); durante la gestación, particularmente en el tercer trimestre, se observaron episodios de hemorragias que afectaron al 34.1% de las gestantes, presentando una significancia estadística notable ($ns=0.00 < p=0.05$). De igual forma, las infecciones registradas durante el embarazo fueron principalmente de naturaleza cervicovaginal, con una prevalencia del 56.1% y un valor estadístico relevante ($ns=0.00 < p=0.05$). Por otro lado, las malformaciones congénitas no evidenciaron correlación significativa desde el punto de vista estadístico (55.3%, $ns=0.09 > p=0.05$). En cuanto al tipo de parto prematuro, el más frecuente fue el leve, representando un 46.2% de los casos. Se concluye que los determinantes vinculados al parto pretérmino comprenden factores maternos como la edad y las enfermedades gestacionales, así como factores gineco-obstétricos que incluyen la paridad, el antecedente abortivo, el intervalo entre gestaciones, el historial de parto prematuro, la frecuencia del control



prenatal, las hemorragias durante la gestación, las infecciones gestacionales y el aumento ponderal materno, todos exhibiendo una relación estadísticamente significativa con la ocurrencia de parto prematuro.

2.2. MARCO TEÓRICO

Parto pretérmino

Se entiende como la ocurrencia de un alumbramiento antes de que la gestación alcance las 37 semanas completas. Esta situación, que afecta aproximadamente al 11% de todos los embarazos a escala mundial, se considera una complicación obstétrica con profundas ramificaciones para la salud de los neonatos. La prevalencia de los partos prematuros presenta variabilidad entre los diferentes grupos demográficos y puede estar modulada por una serie de factores determinantes, como la edad materna, las condiciones de salud preexistentes (20). A pesar de los avances en la atención neonatal, los nacimientos prematuros continúan representando razones predominantes de mortalidad infantil a nivel mundial, abarcando factores que van más allá de los simples criterios clínicos.

A. Factores de riesgo

Las eventualidades clínicas o sociales que elevan la eventual probabilidad de un nacimiento adelantado en mujeres embarazadas son catalogadas como elementos predisponentes, los cuales favorecen la ocurrencia de esta modalidad de desenlace obstétrico (7).

I. Perfil demográfico de las mujeres con parto pretérmino

Este perfil constituye una delineación exhaustiva de los atributos sociales, económicos y de estilo de vida que se observan predominantemente en las mujeres que dan a luz antes de las 37 semanas. El esquema descriptivo emerge de la consolidación de diversas variables determinantes, tales como el grado de



instrucción académica, la edad cronológica, la procedencia étnica, la situación conyugal, el nivel económico, las circunstancias habitacionales y las costumbres relacionadas con el estilo de vida (21).

En cuanto a las dimensiones inherentes a la variable objeto de investigación en la presente indagación, se han discernido tres factores principales: el primero contempla los componentes demográficos, definidos como atributos relevantes de la población bajo análisis, susceptibles de establecer correlaciones con el peligro asociado al nacimiento prematuro; dentro de estos se incluyen indicadores tales como la edad de la gestante, la posición socioeconómica y el nivel de educación. Otros factores incluyen el número de hijos anteriores y el estado civil (22).

Edad

Se entiende cuantitativamente como la cantidad total de años cumplidos que una mujer ha cumplido en el momento del embarazo. Es crucial identificar que la edad de la gestante constituye un factor primordial en la salud perinatal, ya que tanto la adolescencia (menores de 18 años) como la edad materna avanzada (superior a 35 años) se encuentran correlacionadas con un aumento significativo en la probabilidad de presentar complicaciones obstétricas, entre las cuales destaca el riesgo incrementado de parto pretérmino (23).

La incidencia de nacimientos anticipados se eleva notablemente entre las féminas en etapa adolescente que cursan un embarazo, quienes enfrentan desafíos derivados de su desarrollo corporal y psíquico aún no consolidado, junto con la carencia de un seguimiento prenatal oportuno y las dificultades que surgen durante el curso del embarazo (24). De manera similar, las mujeres que superan los 35 años enfrentan una mayor probabilidad de desarrollar condiciones



vinculadas al parto prematuro, tales como hipertensión gestacional, diabetes y otras complicaciones propias de la edad avanzada, que comprometen la salud del embarazo (25).

Estado civil

La situación legal y relacional de una mujer durante su embarazo, conocida como estado civil, puede ejercer una influencia considerable sobre su salud y los resultados del embarazo; esta variable tiene la capacidad de correlacionarse con aspectos como el acceso a los servicios sanitarios, el apoyo social disponible y el bienestar emocional de la futura madre (26).

Las mujeres que no están casadas o que no tienen una pareja formalmente reconocida pueden experimentar niveles elevados de estrés y aislamiento social, factores que podrían influir negativamente a la salud del embarazo. Por el contrario, las mujeres que están legalmente obligadas a contraer matrimonio pueden beneficiarse de un mayor apoyo social y emocional, aunque esta situación también puede ir acompañada de presiones sociales que podrían influir en los resultados de salud (27).

Grado de instrucción

El grado de instrucción se define como el nivel de formación académica formal que las mujeres han alcanzado al momento de la gestación. Resulta indispensable reconocer que dicho nivel educativo materno constituye un factor social determinante, capaz de influir decisivamente en el acceso a información relevante y en la excelencia del cuidado prenatal recibido, la implementación de hábitos que favorezcan el bienestar y la habilidad para tomar decisiones bien fundamentadas en cuanto a la propia salud y la del neonato (28).



Ocupación

La ocupación hace referencia a la actividad laboral o profesional, este factor puede influir en la salud materna, ya que está vinculada a factores como el nivel de estrés, la exposición a riesgos laborales como los físicos, químicos, psicosociales, además del acceso a recursos económicos y el tipo de apoyo social disponible (29).

Influencia de factores psicosociales en el desenlace gestacional

Registrar el perfil sociodemográfico de las gestantes fue propuesto por Papiernik (1983), quien realizó contribuciones significativas al campo de la obstetricia al identificar una serie de factores psicosociales y socioeconómicos asociados al parto prematuro. A través de sus investigaciones, observó que aspectos como actividades físicas extenuantes, cambios frecuentes de residencia y condiciones laborales desfavorables estaban asociadas con una mayor probabilidad de parto pretérmino. Basándose en estos hallazgos, desarrolló el coeficiente de riesgo de parto prematuro (índice CRAP), el cual incluía tanto factores biológicos como psicosociales y socioeconómicos. Este índice ha sido ampliamente utilizado en investigaciones posteriores, demostrando la relevancia de abarcar factores más allá de los biológicos en la prevención del parto pretérmino (30).

Perfil médico de las mujeres con parto pretérmino

Este documento ofrece un estudio minucioso de los factores y situaciones de salud que aumentan la posibilidad de que una mujer experimente un parto antes de que se cumplan las 37 semanas de embarazo; la fundamentación de este esquema descriptivo radica en la identificación precisa de las condiciones predisponentes al nacimiento prematuro, originadas tanto en el organismo materno como en el feto o en la placenta (21). Para los fines de esta



investigación, se tienen en cuenta tanto los factores obstétricos como los patológicos.

Las variables obstétricas engloban tanto las circunstancias como los antecedentes históricos asociados a la gestación, que pueden potenciar la probabilidad de que se desencadene un parto antes del término previsto; entre estos se encuentran los antecedentes de partos pretérminos previos, los embarazos de múltiples fetos y la presencia de malformaciones congénitas (31).

II.Relevancia de los factores obstétricos

Estos factores se destacan debido al hecho de que los antecedentes de nacimientos anteriores con frecuencia agravan el riesgo de sufrir un parto pretérmino; donde los antecedentes anteriores ocurridos entre las 16 y las 36 semanas se consideran el factor de riesgo más relevante, ya que podrían aumentar el riesgo entre 1,5 y 2 veces. Este riesgo presenta una variabilidad considerable según la cantidad de nacimientos prematuros anteriores, la edad gestacional a la que tuvieron lugar y la secuencia de las gestaciones. Además, un parto gemelar prematuro antes de las 30 semanas se correlaciona con un riesgo marcadamente elevado de parto prematuro en los embarazos posteriores, que llega al 40% (21). Además, cabe destacar que solo el 64% de las mujeres embarazadas se someten a cuatro o más evaluaciones prenatales, lo que revela una deficiencia sustancial en la atención prenatal mundial que a menudo se pasa por alto al evaluar la prematuridad (32).

Los determinantes patológicos comprenden afecciones médicas y dolencias que aumentan la probabilidad de un alumbramiento anticipado. Dentro del espectro de patologías crónicas relacionadas con dicho riesgo se encuentran entidades como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2 y múltiples trastornos



autoinmunes; asimismo, incluyen infecciones tanto de naturaleza sistémica como localizadas, tales como las del sistema urinario y las vaginales, las cuales pueden precipitar un nacimiento prematuro (33).

Aborto

El aborto se define como la extracción del óvulo dentro de los tres primeros meses de embarazo; el aborto se refiere a la expulsión del feto entre el cuarto y séptimo mes de gestación, mientras que la entrega neonatal se distingue por suceder previa a la culminación del término gestacional esperado; entonces, aborto, aborto espontáneo y parto prematuro se reconocen legalmente como sinónimos de la terminación de un embarazo en cualquier momento antes de la fertilización (15).

Atención prenatal

Las atenciones prenatales se refieren a las visitas regulares y el seguimiento médico que una mujer embarazada recibe para evaluar su salud y la del bebé, identificar posibles complicaciones y prevenir riesgos, como la amenaza de parto pretérmino, la calidad y regularidad de estos controles es clave para el desarrollo saludable del embarazo (35). Asimismo, se refiere a la atención médica que se ofrece a una mujer embarazada antes del parto, y consiste en una serie de visitas al médico y otros servicios destinados a mejorar la salud de la madre, el bebé en desarrollo y la unidad familiar en su conjunto (36).

Período intergenésico

El intervalo intergénico indica el tiempo que transcurre entre el nacimiento de una descendencia y la concepción del embarazo posterior. El lapso interpuesto representa un factor crucial para el bienestar materno y perinatal, condicionando



la probabilidad de la aparición de adversidades durante la gestación, tales como el nacimiento pretérmino (37).

Las investigaciones indican que un breve intervalo intergénico, específicamente uno que dura menos de 18 meses, se correlaciona con un riesgo elevado de parto prematuro, atribuible a una recuperación inadecuada del útero y de los órganos reproductores auxiliares, lo que puede dificultar la capacidad de mantener un embarazo a término, junto con una mayor exposición al agotamiento físico y emocional. Por el contrario, un intervalo intergénico excesivamente prolongado, definido como superior a 5 años, también se ha relacionado con un mayor riesgo de complicaciones como la hipertensión gestacional y los problemas asociados con la edad materna avanzada (38).

Grado de paridad

El grado de paridad se utiliza para clasificar el historial reproductivo de una mujer en función del número de embarazos que ha tenido y que han llegado a una gestación viable, después de las 22 semanas. Además, se utiliza para diferenciar a las mujeres según cuántos partos previos hayan tenido, independientemente de que los nacimientos hayan sido a término o prematuros, vivos o muertos (39). Asimismo, la categorización obstétrica denominada paridad contempla distintas variantes; el término nulípara alude a aquella fémina que jamás ha experimentado un alumbramiento posterior a la vigésima semana de gestación, mientras que primípara identifica a quien ha atravesado una única experiencia de parto más allá de ese umbral temporal; y multípara describe a una mujer que ha tenido varios partos después de 20 semanas de gestación (40).



Índice de Masa Corporal (MC)

Constituye una herramienta que se utiliza para analizar la masa corporal en proporción a la estatura de un individuo. Su objetivo principal es clasificar a las personas en función de su peso y el riesgo concomitante de desarrollar afecciones de salud específicas, como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes tipo 2 y los trastornos metabólicos (40).

Las gestantes que presentan un peso corporal deficiente antes o durante la gravidez enfrentan una probabilidad incrementada de alumbramiento prematuro, atribuible a la reducción de las reservas nutricionales, lo cual puede repercutir adversamente en el crecimiento óptimo del feto y en la aptitud del organismo para sostener la gestación hasta su término. En contraposición, el exceso ponderal y la obesidad conllevan una elevación del riesgo de diversas complicaciones gestacionales, tales como hipertensión inducida por el embarazo, diabetes gestacional y preeclampsia (41).

La clasificación de delgadez abarca a las mujeres embarazadas cuyo IMC es inferior a $18,5 \text{ kg/m}^2$, lo que representa un estado nutricional caracterizado por un peso insuficiente en relación con la estatura, lo que puede poner en peligro el desarrollo fetal y la salud de la madre durante la gravidez (42).

La categoría de peso normal comprende a las mujeres cuyo IMC se encuentra dentro del rango de $18,5$ a $24,9 \text{ kg/m}^2$. Este rango se considera el estado nutricional óptimo antes del embarazo, dentro del cual se prevé un aumento de peso total recomendado de entre 17 y 25 kilogramos, algo fundamental para apoyar el desarrollo adecuado del feto, la proliferación de los tejidos maternos y la preparación fisiológica del cuerpo para la lactancia (42).



La adiposidad definida por un IMC igual o superior a 30,0 kg/m² predispone a la gestante a un espectro de complicaciones materno-fetales lo cual demanda la restricción de la ganancia ponderal a un intervalo de 11 a 19 kilogramos (42).

III.Relevancia de los factores patológicos

La presencia de diversas afecciones en la madre, se correlaciona intrínsecamente con la ocurrencia de alumbramientos anticipados, investigaciones epidemiológicas han revelado que entre el 15% y el 20% de las féminas que padecen de tensión arterial elevada desarrollan preeclampsia, una complicación gravosa de la gestación que incrementa de manera considerable la probabilidad de partos prematuros (43), de la misma forma la existencia de vaginosis y bacteriuria asintomática se vincula con un aumento de la probabilidad de prematuridad (44) y las féminas que ostentan niveles de hematocrito superiores al 43% en el segundo trimestre experimentan el doble de riesgo de alumbramiento prematuro y cuadruplican la probabilidad de RCIU en comparación con aquellas que presentan niveles dentro de la normalidad (20). Es imperativo resaltar que estos factores con frecuencia interactúan de manera sinérgica, potenciando el riesgo de alumbramiento prematuro. La detección precoz y la administración apropiada de estas afecciones resultan cruciales para prevenir el alumbramiento prematuro y perfeccionar los desenlaces perinatales.

Preeclampsia

La preeclampsia se erige como el trastorno hipertensivo más prevalente en el contexto gestacional, afectando a un rango del 3% al 10% de las gestaciones, siendo la causa subyacente de un número considerable de decesos maternos que oscila entre 50 000 y 60 000 anualmente. La prevalencia de esta afección exhibe una mayor prevalencia en las naciones en vías de desarrollo (4-18%), y

las consecuencias para el feto abarcan desde nacimientos prematuros hasta la restricción del crecimiento intrauterino e incluso la muerte. Es imperativo puntualizar que la preeclampsia constituye un síndrome hipertensivo del embarazo, cuya aparición se circunscribe a partir de la vigésima semana de gestación, y se distingue clínicamente por la elevación persistente de la tensión arterial —igual o superior a 140/90 mmHg— acompañada de una excreción urinaria patológica de proteínas. Esta última se diagnostica mediante la detección de una proteinuria que supera los 0,3 gramos por cada 24 horas o mediante un resultado reactivo igual o mayor a +1 en la evaluación con tiras indicadoras. Tal condición se configura como una entidad nosológica de índole multisistémica que amerita monitoreo obstétrico riguroso (22).

Preeclampsia leve

Se trata de una afección hipertensiva que se presenta durante el estado grávido intrínsecamente ligada a la manifestación de proteinuria edema y en ciertas circunstancias alteraciones en las pruebas de funcionalidad hepática o de coagulación. Se visualiza por el incremento de la presión arterial alcanzando o superando los 140/90 mmHg en dos mediciones efectuadas con un intervalo mínimo de cuatro horas acompañada de proteinuria que oscila entre los 300 mg y los 5 g en un lapso de 24 horas y que comúnmente se presenta después de la vigésima semana de gestación (46).

Preeclampsia severa

Esta afección se distingue por la presencia de los mismos síntomas y signos que la preeclampsia leve, pero con una presión arterial que excede los 160/110 mmHg y una proteinuria que supera los 5 g en 24 horas. Además, se manifiesta un edema generalizado que puede afectar el rostro, las extremidades, la pared

abdominal y la región sacra, llegando incluso a la ascitis o anasarca. Asimismo, puede estar acompañada de un volumen urinario inferior a 400 ml/24 h, plaquetopenia por debajo de $100,000/\text{mm}^3$, coagulación intravascular diseminada, edema pulmonar y/o alteraciones neurológicas (46).

Infecciones de Tracto Urinario

Representa una de las afecciones infecciosas más comunes que aquejan al género femenino, frecuentemente concomitante con infecciones vaginales y generalmente provocada por patógenos de origen digestivo. La ITU se presenta primordialmente por bacterias, aunque también pueden ocurrir infecciones fúngicas víricas y parasitarias. La inflamación vesical, conocida como cistitis, constituye la forma más prevalente de infección del sistema urinario; no obstante, dicha afección puede extenderse a lo largo de todo el trayecto urinario, dando lugar a condiciones como la pielonefritis o la uretritis; este tipo de infecciones se segmenta en dos categorías principales: las denominadas no complicadas, que emergen en ausencia de alteraciones morfológicas o funcionales del aparato urinario —representando la forma más habitual—, y las complicadas, que surgen cuando existen anomalías estructurales u otros elementos que amplifican la vulnerabilidad del huésped ante la infección (11).

El diagnóstico se argumenta en la evaluación clínica y puede corroborarse mediante el análisis de orina y el urocultivo. El tratamiento abarca la administración de antibióticos adecuados, seleccionados de acuerdo con la sensibilidad del microorganismo causante y las características del paciente. La profilaxis comprende medidas higiénicas y, en casos de recurrencia, estrategias específicas para disminuir la incidencia de nuevas infecciones.



Cistitis

La cistitis, una inflamación vesical, se origina generalmente por infecciones bacterianas, aunque también puede ser desencadenada por factores no infecciosos; desde el punto de vista clínico, la sintomatología vinculada a las infecciones del sistema urinario inferior suele expresarse mediante molestias miccionales, destacando la disuria —sensación dolorosa o de quemazón al evacuar la orina—, acompañada por polaquiuria, que se traduce en un incremento inusual de la frecuencia urinaria. Asimismo, es frecuente la aparición de una necesidad imperiosa y repentina de orinar, así como la percepción de presión o malestar en la región suprapúbica. En ciertos cuadros clínicos, puede evidenciarse hematuria, es decir, la presencia visible o microscópica de sangre mezclada con la orina. El patógeno predominante en esta afección es la *Escherichia coli*, responsable de al menos el 70% de la incidencia de cistitis (48).

Bacteriuria asintomática

Es el aislamiento de bacterias en recuentos cuantitativos compatibles con el crecimiento dentro de la vejiga o los riñones a partir de una muestra de orina recolectada adecuadamente en un individuo sin signos o síntomas agudos atribuibles al tracto genitourinario. El recuento cuantitativo adecuado es $\geq 10^5$ ufc/mL para muestras extraídas de la micción. En el caso de las mujeres, se recomiendan dos muestras consecutivas obtenidas con al menos varios días de diferencia para confirmar la bacteriuria asintomática; sin embargo, en el caso de muchas mujeres con un cultivo positivo inicial que no se confirma posteriormente, parece probable que se trate de una bacteriuria transitoria en lugar de una contaminación (49).

Adicionalmente, se presenta en un rango del 2% al 15% de las gestaciones. En ausencia de tratamiento, hasta un 30% de las gestantes desarrollarán pielonefritis aguda. Es importante destacar que la bacteriuria asintomática se ha vinculado con un bajo peso al nacer y parto pretérmino. El microorganismo infeccioso más común es la *Escherichia coli*, responsable del 75-90% de las bacteriurias durante la gestación. Asimismo, el 40% de los casos evolucionan hacia infecciones urinarias agudas sintomáticas. Por consiguiente, la detección y el tratamiento tempranos revisten una importancia considerable, no solo para prevenir la pielonefritis aguda y la insuficiencia renal crónica en la progenitora, sino también para disminuir la prematuridad y la mortalidad fetal en la descendencia (50).

Pielonefritis

Durante el periodo de gestación, una de las afecciones infecciosas de mayor incidencia, ubicándose en segundo lugar dentro de las complicaciones clínicas más habituales, es la pielonefritis aguda; esta inflamación renal, de origen infeccioso, representa igualmente una de las etiologías más recurrentes que ameritan la internación hospitalaria de mujeres embarazadas previo al inicio del trabajo de parto, excluyendo las complicaciones directamente relacionadas con el embarazo. Se manifiesta en un rango del 1-2% de las gestantes y puede generar una morbilidad materna significativa, así como morbilidad y mortalidad fetal. La fuente de infección suele ser una infección ascendente desde la vejiga, aunque también puede ocurrir una diseminación hematógena (51).

La pielonefritis en el embarazo ocurre principalmente antes del parto, y todos los casos, excepto el 10-20%, se diagnostican en el segundo y tercer trimestres. Además, la pielonefritis no tratada puede conducir a un incremento de la



probabilidad de morbilidad y mortalidad materna y fetal, incluida fiebre materna, dificultad respiratoria aguda, insuficiencia renal aguda, muerte fetal y parto prematuro (52).

Infecciones vaginales

La vaginitis constituye una alteración inflamatoria del canal vaginal que suele manifestarse mediante exudado anómalo, prurito persistente y sensación dolorosa en la región genital, esto se debe al cambio constante de las bacterias vaginales, también es causada por una disminución en el porcentaje de estrógeno después de la menstruación y ciertos tipos de piel. Asimismo, es una enfermedad con alta incidencia en el embarazo, que se asocia a complicaciones materno-fetales, siendo fundamental su diagnóstico precoz y tratamiento (13).

Hongos (Candidiasis)

Es una infección fúngica que se desarrolla en condiciones de temperatura, humedad y ambiente adecuados y puede localizarse en las mucosas, especialmente en la boca y la vagina, pero también en algunos otros órganos internos como el esófago y el intestino, su proliferación se produce cuando este equilibrio se rompe por un consumo descontrolado de antibióticos y también en caso de disminución de la inmunidad (54).

Asimismo, es una afección micótica causada por el hongo *Candida albicans*, se presenta con particular frecuencia en gestantes durante el tercer trimestre. Esta infección, conocida como candidiasis vulvovaginal (CVV), se produce debido a la proliferación de *Candida* en la mucosa vaginal. El incremento de la hormona estrógeno durante la gestación eleva los niveles de glucógeno en la vagina, el cual constituye una fuente de carbono para el *Candida albicans* (55).



Bacterias (Vaginosis bacteriana)

Se trata de una alteración patológica del sistema reproductivo femenino, ampliamente extendida entre la población de mujeres en etapa fértil, al punto de constituir cerca del treinta por ciento de los procesos infecciosos del entorno vaginal y erigirse como la motivación primordial de atención médica especializada en ginecología; esta condición se conceptualiza como una entidad clínica de etiología polimicrobiana, originada por el quebrantamiento del frágil ecosistema microbiano intravaginal, producto del descenso cuantitativo de especies de *Lactobacillus* y la proliferación desmesurada de microorganismos anaeróbicos y facultativos, manifestándose tanto de manera individual como en sinergia (56).

En el ámbito gineco-obstétrico, dicho fenómeno adquiere una connotación clínica de elevada relevancia, al erigirse como un elemento que exacerba notoriamente la incidencia de desenlaces perinatales desfavorables, tales como la ruptura anticipada de las membranas amnióticas, la pérdida gestacional involuntaria y el alumbramiento de neonatos cuyo peso se sitúa por debajo del umbral establecido como fisiológicamente adecuado, y la aparición de corioamnionitis, entre otros cuadros; además, propicia la génesis de procesos infecciosos ascendentes que comprometen el trayecto vaginal, el útero y sus estructuras anexas, incrementando hasta en un sesenta por ciento la incidencia de alumbramientos pretérmino; esta situación conlleva un aumento notable de la morbilidad y mortalidad perinatal, así como un considerable ascenso en los recursos financieros destinados a la atención médica (57).



Parásitos (Tricomoniasis)

Constituye una infección de transmisión sexual prevalente que afecta tanto a hombres como a mujeres. Es atribuible al protozoo *Trichomonas vaginalis*, que provoca vaginitis y uretritis, y presenta una fuerte correlación epidemiológica con varias otras infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, y está implicada en las complicaciones relacionadas con el embarazo que pueden afectar negativamente al recién nacido (58).

Además, la manifestación de la tricomoniasis durante la gestación provoca una respuesta inmune sistémica y vaginal localizada, y se correlaciona con resultados desfavorables, como la RPM, el parto prematuro y el bajo peso al nacer (59).

Anemia

La anemia gestacional constituye la alteración hematológica predominante en la gestación, caracterizándose por presentar una concentración de hemoglobina en la circulación periférica igual o inferior a 11 gramos por decilitro. En cuanto a su etiopatogenia, la carencia de hierro representa el factor causal principal, en tanto que la insuficiencia de ácido fólico se presenta como un agente etiológico menos habitual. Además, las mujeres de estratos socioeconómicos más bajos y las adolescentes se identifican como el grupo demográfico más susceptible a esta afección. El diagnóstico se logra mediante la evaluación de la concentración de hemoglobina y el examen de un frotis de sangre periférica para identificar alteraciones distintivas en los glóbulos rojos (14).

Anemia leve

La anemia leve en las mujeres embarazadas se identifica cuando las concentraciones de hemoglobina oscilan entre 10 y 10,9 g/dL. En estos casos,



las manifestaciones clínicas pueden ser sutiles o estar ausentes; sin embargo, la anemia de intensidad moderada en el contexto gestacional puede acentuar la susceptibilidad a desenlaces adversos como el nacimiento de neonatos con peso inferior al estándar o la interrupción anticipada del embarazo; en consecuencia, se sugiere que las gestantes afectadas por esta condición inicien la ingesta de preparados ferrosos y mantengan una alimentación nutricionalmente adecuada, con el propósito de impedir el agravamiento de la deficiencia hematológica (61).

Anemia moderada

Se identifica este cuadro clínico cuando las concentraciones sanguíneas de hemoglobina oscilan entre 7 y 9,9 gramos por decilitro, en esta categoría, la madre puede experimentar síntomas como fatiga, debilidad general y sensación de mareo, su tratamiento requiere de suplementos de hierro o posibles ajustes dietéticos para prevenir complicaciones en el embarazo (61).

Anemia Severa

La anemia severa en las mujeres embarazadas se identifica cuando las concentraciones de hemoglobina oscilan a menores de 10 y 10,9 g/dL; en estas circunstancias, los signos clínicos pueden pasar desapercibidos o no manifestarse del todo; sin embargo, una anemia leve en el embarazo puede intensificar la susceptibilidad a desenlaces adversos, como neonatos con peso inferior al adecuado o nacimiento prematuro; por ello, resulta pertinente que las gestantes con este diagnóstico inicien la administración de suplementos ferrosos y mantengan una alimentación nutricionalmente equilibrada, con el propósito de impedir el agravamiento del cuadro anémico (61).



Nivel de hemoglobina normal

Las concentraciones normales de hemoglobina en mujeres embarazadas se definen como aquellas que superan los 11 g/dL; dentro de este rango, generalmente no hay problemas importantes relacionados con el transporte de oxígeno en el plasma. En consecuencia, mantener los rangos de hemoglobina dentro del rango normal es imperativo para el bienestar de la progenitora y el desarrollo óptimo del feto. Las mujeres embarazadas que presentan niveles normales de hemoglobina no necesitan intervención médica; sin embargo, es esencial seguir una dieta equilibrada para proteger su salud durante todo el embarazo (61).

B. Amenaza de parto pretérmino

Este cuadro clínico se distingue por la manifestación de indicios sintomatológicos que permiten inferir la eventualidad de un alumbramiento que se produciría antes de alcanzar el umbral gestacional considerado fisiológicamente adecuado (7); en este sentido, se entiende por nacimiento prematuro aquel que tiene lugar en el intervalo comprendido entre la vigésima segunda y la trigésima sexta semana de desarrollo embriofetal (13).

Es necesario destacar que la clasificación que se ha empleado para determinar el nivel de parte prematuro se tiene la realizada por la Organización Mundial de la Salud (3):

- Prematuro extremo para partos menos de menos de 28 semanas.
- Muy prematuro para partos de 28 a 32 semanas.
- Prematuro entre moderado y tardío para partos de 32 a 37 semanas.



Pretérmino extremo

Se considera nacimiento extremadamente anticipado aquel que acontece previo al cumplimiento de las primeras veintiocho semanas del ciclo gestacional; esta clasificación del parto constituye aproximadamente el 5% de todos los nacimientos prematuros, y los recién nacidos suelen enfrentarse a importantes riesgos para la salud atribuibles a su subdesarrollo fisiológico y orgánico (62).

Muy pretérmino

Este término se refiere al parto de un bebé que ocurre entre las 28 y las 31,6 semanas. Estos partos representan alrededor del 15% de los partos prematuros, y los recién nacidos dentro de este período gestacional se enfrentan a riesgos de salud importantes, aunque de menor magnitud que los asociados a los partos prematuros extremos, dado que sus órganos y sistemas permanecen en estado de maduración (62).

Pretérmino tardío

Este término se refiere al parto de un bebé que ocurre entre las 28 y las 31,6 semanas. Estos partos representan alrededor del 15% de los partos prematuros, y los recién nacidos dentro de este período gestacional se enfrentan a riesgos de salud importantes, aunque de menor magnitud que los asociados a los partos prematuros extremos, dado que sus órganos y sistemas permanecen en estado de maduración (62).

Síntomas de amenaza de parto pretérmino

Este enfoque se fundamenta en la identificación expedita de signos clínicos y pruebas auxiliares que posibiliten anticipar un alumbramiento antes de alcanzar las 37 semanas de gestación. Entre los principales indicadores diagnósticos se incluyen la manifestación de contracciones uterinas rítmicas y dolorosas, las



modificaciones en la cérvix tales como el borramiento y la dilatación, la ruptura prematura de las membranas ovulares, así como la variación en la longitud del cuello uterino. La valoración mediante ultrasonografía permite corroborar la edad gestacional, realizar la biometría fetal y detectar posibles complicaciones asociadas. Sin embargo, es imprescindible realizar un diagnóstico diferencial para distinguir entre el trabajo de parto verdadero y las falsas alarmas, ya que muchas mujeres embarazadas experimentan contracciones uterinas benignas (contracciones de Braxton Hicks) que no culminan en el parto. La verificación del parto prematuro es vital para iniciar las intervenciones terapéuticas destinadas a aumentar la duración de la gestación y mejorar los resultados perinatales (44).

Presencia de sangrado vaginal

Este fenómeno se refiere a la aparición de sangre de la vagina durante el embarazo. La sangre puede manifestarse en varios tonos (como rojo brillante, oscuro o marrón) y en diferentes volúmenes (que van desde la formación de manchas hasta el flujo profuso). El sangrado vaginal durante la gestación puede ser una señal de alerta crítica, ya que puede indicar complicaciones como el desprendimiento de la placenta, la placenta previa o, en ciertos casos, el inicio de un parto prematuro (63).

Variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal

Se refiere a las fluctuaciones normales de la frecuencia cardíaca de un bebé dentro de un rango específico; estas variaciones son indicativas de la salud del feto y de su capacidad de respuesta a los estímulos, incluidos el movimiento, las contracciones uterinas o los períodos de descanso; una oscilación disminuida o inexistente en el ritmo cardíaco del feto podría representar una señal de que este está enfrentando hipoxemia, o bien, que existen alteraciones funcionales



vinculadas a la placenta o al cordón umbilical que comprometen su bienestar (64).

Presencia de contracciones uterinas fuertes y regulares

Las contracciones uterinas, manifestadas a intervalos regulares y con intensidad progresiva, exhiben similitud con las experimentadas durante el alumbramiento. Su presencia vigorosa y regular durante la gestación, especialmente antes de la trigésima séptima semana, puede denotar la preparación del útero para el parto, constituyendo un signo de parto prematuro (65).

Modificación del cuello uterino (borramiento y dilatación)

El borramiento se define como la reducción en longitud y el afinamiento del cérvix uterino. El cérvix uterino, en su estado normal, presenta una longitud considerable y una consistencia firme; no obstante, conforme se aproxima el alumbramiento, experimenta una reducción en longitud y un afinamiento progresivo. La dilatación, por su parte, se refiere al incremento en el diámetro del orificio cervical interno. A medida que el cérvix uterino se dilata, se abre para permitir el tránsito del neonato durante el parto. La modificación cervical constituye un indicio inequívoco de que el organismo se está preparando para el alumbramiento. Un cérvix uterino acortado y dilatado antes del término gestacional indica un elevado riesgo de parto prematuro (66).

Relevancia de la identificación de amenazas de parto pretérmino

La identificación temprana de una posible amenaza de parto prematuro es especialmente importante en mujeres embarazadas primerizas, ya que estas suelen tener menos experiencia en interpretar las señales que su cuerpo les envía. Al reconocer los signos de un parto prematuro, como las contracciones



uterinas, el personal de salud puede tomar medidas preventivas y ofrecer el seguimiento adecuado para reducir el riesgo de complicaciones (30).

Tratamiento ante inminente parto pretérmino

El objetivo del tratamiento para el parto pretérmino es dilatar el alumbramiento el tiempo suficiente para permitir la maduración de los pulmones del neonato y minimizar los riesgos asociados a la prematuridad. Esto se logra primordialmente mediante la administración de fármacos, tales como los antagonistas del calcio (como el nifedipino), administrados por vía oral para propiciar la relajación uterina, y los antagonistas de los receptores de oxitocina (como el atosibán), administrados por vía intravenosa para bloquear la acción de la hormona que estimula las contracciones uterinas. No obstante, es crucial considerar que estos medicamentos pueden inducir efectos secundarios como cefalea y no son idóneos para todos los casos. Además, la decisión de emplear tocólisis (fármacos para detener las contracciones) debe ser objeto de una evaluación minuciosa y no se recomienda en todas las situaciones, como en casos de enfermedad materna que pueda exacerbarse con la gestación, indicios de sufrimiento fetal o rotura de membranas (67).

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Aborto: Cese del proceso de gestación previo a alcanzar el umbral de viabilidad fetal exógena, acontecimiento que puede derivarse tanto de un fenómeno fisiopatológico espontáneo como de una actuación médica deliberada (68).

Amenaza de parto pretérmino: Manifestación clínica sugestiva de un nacimiento anticipado previo a la trigésima séptima semana de gestación, comprendiendo contracciones uterinas precoces, alteraciones en la morfología cervical o episodios hemorrágicos (69).



Anemia: Condición caracterizada por una deficiencia de eritrocitos o hemoglobina, comprometiendo la oxigenación fetal (70).

Bacteriuria asintomática: La identificación de una proliferación microbiana que excede las 10^5 unidades generadoras de colonias por mililitro de muestra urinaria constituyen un indicador crítico en el diagnóstico, identificada en al menos una muestra urinaria recolectada, sin la coexistencia de signos clínicos que evidencien un proceso infeccioso activo en el sistema urinario (71).

Borramiento: Proceso fisiológico de acortamiento y adelgazamiento progresivo del cérvix uterino durante el trabajo de parto (72).

Candidiasis: Infección micótica por *Candida albicans*, manifestada en mucosas, piel y cavidad oral, asociada a inmunosupresión, antibioticoterapia y ciertas condiciones médicas (73).

Cistitis: Inflamación vesical de etiología bacteriana (74).

Controles prenatales (CPN): Evaluaciones periódicas durante la gestación para monitorizar el bienestar materno-fetal (75).

Desprendimiento prematuro de placenta (DPP): La separación, ya sea parcial o completa, de la placenta previa al alumbramiento representa una amenaza significativa debido a la posibilidad de hemorragias abundantes y la interrupción del adecuado aporte de oxígeno al feto (76).

Edad: Cronología vital de un individuo, expresada en años (31).

Embarazo múltiple: Gestación con desarrollo simultáneo de dos o más fetos (77).

Fibromas uterinos: Neoplasias benignas del miometrio (78).

Grado de instrucción: Nivel educativo alcanzado por la gestante (22).



Hipertensión gestacional: Consiste en la elevación de la presión sanguínea en la mujer gestante, típicamente posterior a la vigésima semana de embarazo, sin la concomitante presencia de proteinuria. Este fenómeno se reconoce como un elemento de riesgo para la aparición de complicaciones tales como la preeclampsia y el parto prematuro (46).

Infección urinaria: Invasión bacteriana del tracto urinario, frecuente en la gestación por cambios hormonales y mecánicos (79).

Líquido amniótico: Fluido intraamniótico, indicador de bienestar fetal (58).

Múltipara: Gestante que ha experimentado dos o más alumbramientos de fetos viables, independientemente de la duración gestacional (pretérmino o a término), habiendo alcanzado al menos la vigésima semana de gestación, sin considerar el número de neonatos nacidos vivos o fallecidos (27).

Ocupación: se refiere a la actividad o conjunto de actividades que una persona realiza, generalmente de manera continua, para ganarse la vida o para satisfacer una necesidad social o personal (80).

Preeclampsia: Complicación gestacional con hipertensión y daño orgánico, posterior a la 20ª semana de gestación (81).

Ruptura prematura de membrana: La interrupción o desgarro de las membranas amnióticas sucede con antelación al inicio del parto y previa a la semana 37 de embarazo, constituyendo un evento clínico de relevancia obstétrica (62).



CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Dentro del paradigma metodológico no experimental, se recurre al análisis de fenómenos en las condiciones genuinas en las que emergen, sin intervenir directamente sobre ellos, permitiendo así una evaluación minuciosa posterior; en esta línea, la presente indagación adoptó una orientación observacional, ya que se efectuó la localización y análisis de los elementos predisponentes vinculados con la probabilidad de parto anticipado en mujeres gestantes que fueron atendidas en la unidad sanitaria 1 - 4 "José Antonio Encinas", ubicada en la ciudad de Puno, durante el periodo correspondiente al año 2023; cabe destacar que no se intervinieron las variables ni se generaron escenarios nuevos para el estudio. destacar que no se intervinieron las variables ni se generaron escenarios nuevos para el estudio.

3.2. TIPO DE ESTUDIO

Se desarrolló un estudio básico, relacional, transversal, retrospectivo orientado hacia la exploración teórica con el objetivo primordial de obtener saberes innovadores acerca de los fundamentos esenciales de fenómenos y hechos perceptibles, descartando cualquier propósito de implementación práctica o funcionalidad concreta (83).



BÁSICA: El propósito primordial fue la producción de saberes esenciales concernientes a los factores predisponentes vinculados a la amenaza de alumbramiento prematuro, prescindiendo de un objetivo directo de implementación práctica.

RELACIONAL: Porque busca asociar las variables o fenómenos que conllevan al desarrollo de otro fenómeno y la investigación retrospectiva en relación o no a una intervención (82); ya que se centró en establecer asociaciones entre variables, buscando correlaciones y patrones.

TRANSVERSAL: Porque recopiló la información de las gestantes atendidas, analizando su historia clínica y antecedentes para identificar factores de riesgo en un solo momento.

RETROSPECTIVO: Porque implica el análisis de datos clínicos previamente registrados, tales como historias clínicas, reportes epidemiológicos o bases de datos institucionales. A través de esta metodología, se busca establecer asociaciones entre exposiciones pasadas, como antecedentes obstétricos o condiciones maternas y desenlaces de salud posteriores.

3.3. MÉTODO APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN

Se adoptó un procedimiento metodológico de carácter hipotético-deductivo, con una orientación cuantitativa y ordenada, que inicia desde proposiciones teóricas previas sometidas a contrastación empírica con la finalidad de ratificar o invalidar su precisión (84). La elección de esta estrategia se fundamentó en la necesidad de evaluar si, mediante la recopilación sistemática de información, los supuestos acerca de los elementos de riesgo vinculados con la amenaza de parto pretérmino se encuentran efectivamente asociados, posibilitando así la corroboración o el rechazo del planteamiento inicial.



3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1. Población

Entendida como el conjunto total de personas cuyas características clínicas son relevantes para la investigación (85), estuvo conformada por gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, es decir, mujeres embarazadas cuya edad gestacional era menor a las 37 semanas completas, lo que representa un riesgo aumentado de morbilidad neonatal. Estas usuarias fueron atendidas en el establecimiento de salud 1 - 4 José Antonio Encinas, ubicado en la ciudad de Puno, durante los años 2021, 2022 y 2023. La fuente de información correspondió a 80 historias clínicas, las cuales fueron seleccionadas por cumplir con los criterios clínicos de inclusión previamente definidos, permitiendo el análisis retrospectivo de las condiciones obstétricas y perinatales presentes en dicha población.

3.4.2. Muestra

Entendida como el subconjunto representativo de una población determinada, se constituye por aquellos casos que cumplen criterios clínicos específicos y son seleccionados para la evaluación de una problemática de salud determinada (85). En el presente estudio, se incluyeron 80 historias clínicas de gestantes atendidas por amenaza de parto pretérmino en el establecimiento de salud 1 - 4 José Antonio Encinas - Puno durante los años 2021, 2022 y 2023, el tipo de muestreo empleado fue no probabilístico de tipo censal, ya que se incluyó la totalidad de registros clínicos que documentaban dicha condición obstétrica dentro del periodo de estudio.



3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

3.5.1. Técnicas

La estrategia metodológica adoptada para la obtención de datos fue el análisis documental, concebido como el proceso sistemático de localización, acopio crítico y evaluación interpretativa de registros escritos, visuales u otros soportes simbólicos relacionados con la temática investigada; cabe subrayar que el insumo informativo no se deriva de una interacción directa con los participantes del estudio, sino que emana de sus expresiones objetivadas en producciones textuales, gráficas o de diversa índole representacional (86). En el presente estudio.

- V1: Análisis documental
- V2: Análisis documental

fue esencial, ya que la información se extrajo de las historias clínicas de las gestantes.

3.5.2. Instrumento

El mecanismo utilizado para la obtención de información consistió en una plantilla de captura de datos, la cual simplifica la organización y clasificación de las fuentes informativas, además de permitir la aglomeración sistemática de evidencias (86). En el presente estudio, resulto indispensable:

- V1: Ficha de recolección de datos
- V2: Ficha de recolección de datos

Para la transcripción de la información obtenida de las historias clínicas.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Primero, se elaboró el instrumento de investigación, asegurando que cumpliera con los objetivos planteados; posteriormente, se llevó a cabo un proceso de



validación para garantizar que el instrumento realmente midiera lo que se pretendía, esto incluyó la determinación de su confiabilidad, evaluando la consistencia de los resultados obtenidos.

Una vez que el instrumento fue validado, se aplicó en el contexto adecuado para recolectar la información necesaria; tras la aplicación, los datos obtenidos fueron organizados en una hoja de cálculo de Excel, facilitando su manejo y visualización. Finalmente, se procesaron los datos utilizando el software SPSS, lo que permitió realizar análisis estadísticos y obtener conclusiones relevantes a partir de la información recopilados.

3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Para la contrastación de la hipótesis de estudio se emplearon dos indicadores fundamentales:

La razón de momios (Odds Ratio, OR) constituye un parámetro estadístico destinado a dimensionar la intensidad del vínculo existente entre dos fenómenos, siendo de particular relevancia en el diseño metodológico de estudios tipo caso-control; esta métrica tiene como finalidad estimar la probabilidad relativa de ocurrencia de un determinado desenlace en una cohorte expuesta a una variable de riesgo, en comparación con otra que carece de dicha exposición; una OR superior a la unidad sugiere una elevación del riesgo atribuible al factor evaluado, mientras que un valor inferior denota un efecto protector o una reducción en la probabilidad del evento (87).

La prueba estadística denominada Chi Cuadrado (χ^2) se configura como una herramienta inferencial destinada a examinar la existencia de una relación estadísticamente significativa entre dos variables de naturaleza cualitativa; este procedimiento analítico se fundamenta en la confrontación entre las frecuencias



empíricamente registradas y aquellas proyectadas teóricamente bajo el supuesto de independencia mutua entre los factores comparados (88).

$$X^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

3.8.1. Validez

La validez de un instrumento se establece cuando este cumple con la función de evaluar con precisión el atributo o variable que se propone medir; en otras palabras, refleja el grado en que el instrumento puede alcanzar ciertos objetivos; además, la validez se evalúa en diferentes niveles: alta, media o baja, y debe ser demostrada y comprobada(89). La presente investigación se validó por medio del juicio de 3 expertos.

3.8.2. Confiabilidad

La confiabilidad se conceptualiza como el grado de exactitud en la obtención de datos cuando un solo operario ejecuta el procedimiento bajo condiciones homogéneas (equipamiento, insumos y reactivos); asimismo, denota la consistencia en los resultados conseguidos por múltiples evaluadores o laboratorios que aplican metodologías idénticas y operan bajo condiciones análogas (89). Se aplicó el alfa de Cronbach, que dio como resultado un valor de 0.790 lo que indica una fiabilidad alta o aceptable

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

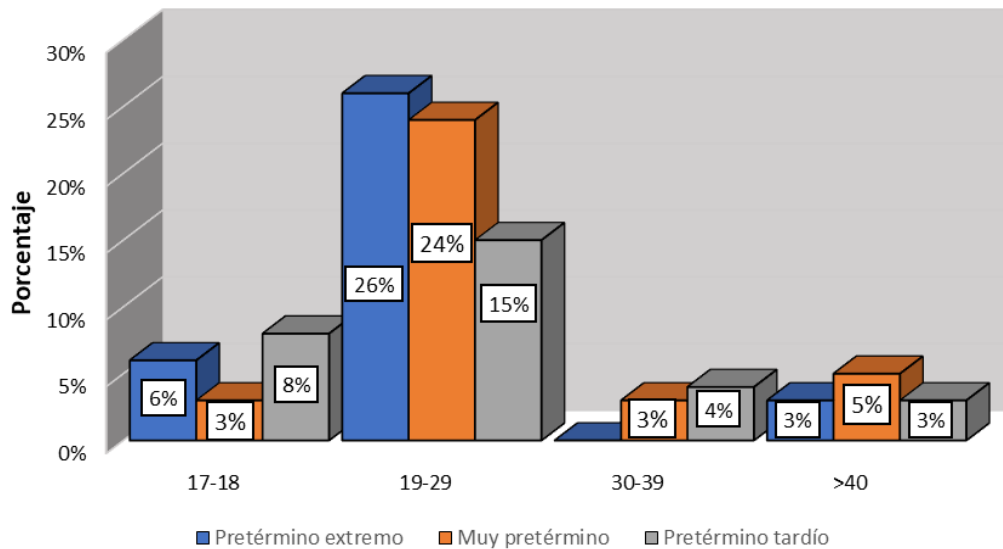
TABLA 1. EDAD COMO FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO Y LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 1 - 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS - PUNO 2023

Edad	AMENAZA DE PARTO PRETERMINO						TOTAL	
	PRETÉRMINO EXTREMO		MUY PRETÉRMINO		PRETÉRMINO TARDÍO		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
17-18	5	6.0	2	3.0	6	8.0	13	17.0
19-29	21	26.0	19	24.0	12	15.0	52	65.0
30-39	0	0.0	2	3.0	3	4.0	5	7.0
>40	3	3.0	4	5.0	3	3.0	10	11.0
TOTAL	29	35.0	27	35.0	24	30.0	80	100.0

Nota. Ficha de recolección de datos

$X^2_c = 0.40$ < $X^2_t = 3.841$ GL: 6 NS: 0.842

FIGURA 1. EDAD COMO FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO Y LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 1 - 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS - PUNO 2023



Nota. Tabla 1

En la **tabla 1** y **figura 1**, Del total de las gestantes con amenaza de parto pretérmino, se identificó que del 100% de las gestantes de su edad, el 17% de las gestantes tenía entre 17 y 18 años, el 65% se encontraba en el rango de 19 a 29 años, el 7% tenía entre 30 y 39 años, y el 11% eran mayores de 40 años. Relacionando se puede apreciar que, de la edad de 19 a 29 años, el 26% presentó amenaza de parto pretérmino extremo, el 24% muy pretérmino y el 15% pretérmino tardío. En la prueba de chi cuadrado para analizar si la edad materna se asociaba estadísticamente con la amenaza de parto prematuro, por lo tanto, obteniendo el valor calculado de 0.40, es menor que el valor crítico tabulado de 3.841, considerando un total de 6 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.842. concluyendo que no hay relación significativa entre la edad materna y la amenaza de parto prematuro en la población evaluada.



Los resultados extraídos de la presente investigación evidencian una discrepancia con respecto a los descubrimientos documentados por Cobo y colaboradores (8), quienes consignaron un incremento en la probabilidad de nacimiento prematuro espontáneo en gestantes con edad superior a los 35 años, reflejado en una razón de momios (OR) estimada en 1.4, acompañada de un intervalo de confianza del 95% que oscila entre 1.3 y 1.5. No obstante, el análisis actual no identificó una correlación estadísticamente significativa entre la edad materna y la ocurrencia de parto pretérmino, lo que implica que las conclusiones de estudios anteriores no se replican en esta cohorte; la bibliografía científica resalta la etiología multifactorial del parto prematuro, atribuible a la interacción intrincada entre factores genéticos, biológicos y ambientales; si bien algunas investigaciones señalan la edad materna avanzada como un factor predisponente, la evidencia resulta inconsistente; en este estudio particular, la edad no demostró influencia relevante sobre la amenaza de parto prematuro, sugiriendo que otros determinantes —como el estado de salud materna, el acceso a servicios prenatales o las particularidades del embarazo en curso— podrían incidir con mayor peso en la predisposición a dicho desenlace perinatal que la edad materna per se.

Al contrastar las conclusiones de la presente investigación con las reportadas por Pusdekar et al. (2), se observa una disparidad notable, dado que dichos autores identificaron que las gestantes con menos de 20 años exhibían un incremento significativo en el riesgo de parto prematuro, con una razón de riesgo (RR) calculada en 1.41 (intervalo de confianza del 95%: 1.32-1.49). Este hallazgo sugiere que la juventud materna constituye un factor determinante predominante en la génesis del parto antes del término. En la investigación presente, pese a



que un 16.7% de las gestantes con riesgo de alumbramiento anticipado se encontraban en el rango etario de 17 a 18 años, no se estableció una asociación estadísticamente significativa entre la edad de la madre y la amenaza de parto pretérmino.

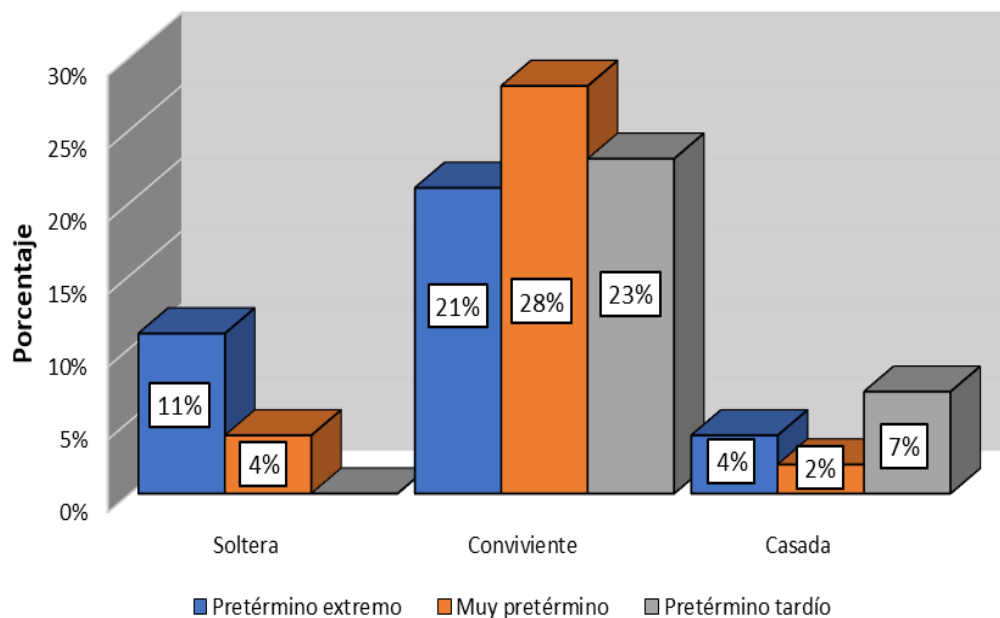
TABLA 2. ESTADO CIVIL COMO FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO Y LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 1 - 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS - PUNO 2023

Estado civil	AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO						TOTAL	
	PRETÉRMINO EXTREMO		MUY PRETÉRMINO		PRETÉRMINO TARDÍO			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Soltera	9	11.0	3	4.0	0	0.0	12	15.0
Conviviente	17	21.0	22	28.0	18	23.0	57	72.0
Casada	3	4.0	2	2.0	6	7.0	11	13.0
TOTAL	29	36.0	27	34.0	24	30.0	80	100.0

Nota. Ficha de recolección de datos

$$X^2_c = 3.968 > X^2_t = 3.841 \quad \text{GL: 4} \quad \text{NS: 0.046}$$

FIGURA 2



Nota. Tabla 2



En la **tabla 2** y **figura 2**, Del total de las gestantes con amenaza de parto pretérmino, se identificó que del 100% del estado civil de las gestantes, un 15% de las gestantes se encontraban en situación de soltería, Por otro lado, el 72% correspondió a gestantes convivientes, y finalmente un 13% constituyó gestantes casadas. Relacionando se puede apreciar que el estado civil de conviviente, un 21% presento amenaza de parto pretérmino extremo, un 28% muy pretérmino, y un 23% pretérmino tardío.

En la prueba de chi cuadrado para analizar si el estado civil materno se asociaba estadísticamente con la amenaza de parto prematuro, por lo tanto, obteniendo el valor calculado de 3.968, es mayor que el valor crítico tabulado de 3.841, considerando un total de 4 grados de libertad y un nivel significación de 0.046; concluyendo que si hay relación significativa entre el estado civil materno y la amenaza de parto pretérmino en la población evaluada.

Al comparar estos resultados con los de Casimiro et al. (7), se observa una diferencia en cuanto al tipo de factores sociodemográficos identificados como significativos, pues en su estudio, el estado civil no fue mencionado específicamente como un factor de riesgo, lo que sugiere que otros factores, como el acceso a la atención prenatal o las condiciones de salud, pueden tener una influencia más significativa en la ocurrencia del parto prematuro. Sin embargo, la presencia de una relación significativa entre el estado civil y la amenaza de parto pretérmino en este estudio podría sugerir que factores sociales y psicológicos asociados con las relaciones de pareja y el apoyo social juegan un rol importante, dado que, las gestantes convivientes, en comparación con las solteras o casadas, podrían estar expuestas a diferentes niveles de apoyo social, lo que podría influir en su salud prenatal. La falta de apoyo social



adecuado, asociado con un estado civil soltero o la convivencia sin un compromiso formal, podría ser un factor estresante adicional que influye en la salud materna y fetal.

Además, los resultados de este estudio coinciden parcialmente con los hallazgos de Cueva (16), quien identificó factores sociodemográficos, como el nivel educativo y el contexto familiar, como influyentes en la salud de las gestantes adolescentes.

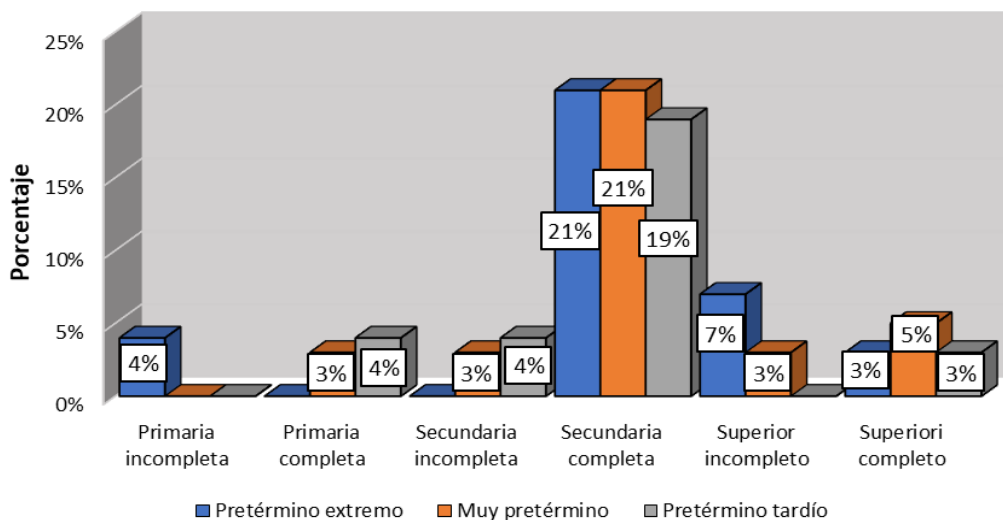
TABLA 3. GRADO DE INSTRUCCIÓN COMO FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO Y LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 1 - 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS - PUNO 2023

Grado de instrucción	AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO						TOTAL	
	PRETÉRMINO		MUY		PRETÉRMINO			
	EXTREMO		PRETÉRMINO		TARDÍO			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Primaria incompleta	3	4.0	0	0.0	0	0.0	3	4.0
Primaria completa	0	0.0	2	3.0	3	4.0	5	7.0
Secundaria incompleta	0	0.0	2	3.0	3	4.0	5	7.0
Secundaria completa	17	21.0	17	21.0	15	19.0	49	61.0
Superior incompleto	6	7.0	2	3.0	0	0.0	8	10.0
Superior completo	3	3.0	4	5.0	3	3.0	10	11.0
TOTAL	29	35.0	27	35.0	24	30.0	80	100.0

Nota. Ficha de recolección de datos

$X^2_c = 5.847 < X^2_t = 3.841$ **GL: 10** **NS: 0.019**

FIGURA 3



Nota. Tabla 3



En la **tabla 3** y **figura 3**, Del total de las gestantes con amenaza de parto pretérmino, se identificó que del 100% de las gestantes con grado de instrucción, el 4% tuvo primaria incompleta, el 7% tuvieron primaria completa, el 7% tuvieron secundaria incompleta, un 61% tuvieron secundaria completa, un 10 % tuvieron superior completo y un 11% tuvieron superior completa, relacionando podemos apreciar que el grado de instrucción de las gestantes con secundaria completa un 21% tuvieron una amenaza de parto pretérmino, un 21% muy pretérmino y un 19% pretérmino tardío

En la prueba de chi cuadrado para analizar si el grado de instrucción materno se asociaba estadísticamente con la amenaza de parto pretérmino, por lo tanto, obteniendo el valor calculado de 5.847, es mayor que el valor crítico tabulado de 3.841, considerando un total de 10 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.019 estos datos permiten afirmar que si existe una relación entre el grado de instrucción y la amenaza de parto pretérmino.

Estos resultados se alinean parcialmente con los hallazgos de estudios previos. Cueva (9), quien encontró que el 66% de las adolescentes tenían educación secundaria, lo que coincide en gran medida con la población estudiada en este trabajo, donde el 60% de las gestantes tenía secundaria completa. Además, observó que los factores sociodemográficos como el nivel educativo tienen una impresión significativa en el embarazo adolescente, un hallazgo que refuerza la idea de que las mujeres con menor nivel educativo podrían enfrentar mayores riesgos de complicaciones, incluido el parto prematuro.

Además, en el estudio de Galindo (17), se observó que el 65% de las gestantes tenían educación secundaria, similar al 60% de las gestantes con secundaria completa en este estudio, entonces se puede inferir que las mujeres con menor



nivel educativo podrían estar más expuestas a factores de riesgo como la preeclampsia no diagnosticada, ya que la educación influye en el acceso y la calidad de la atención prenatal.

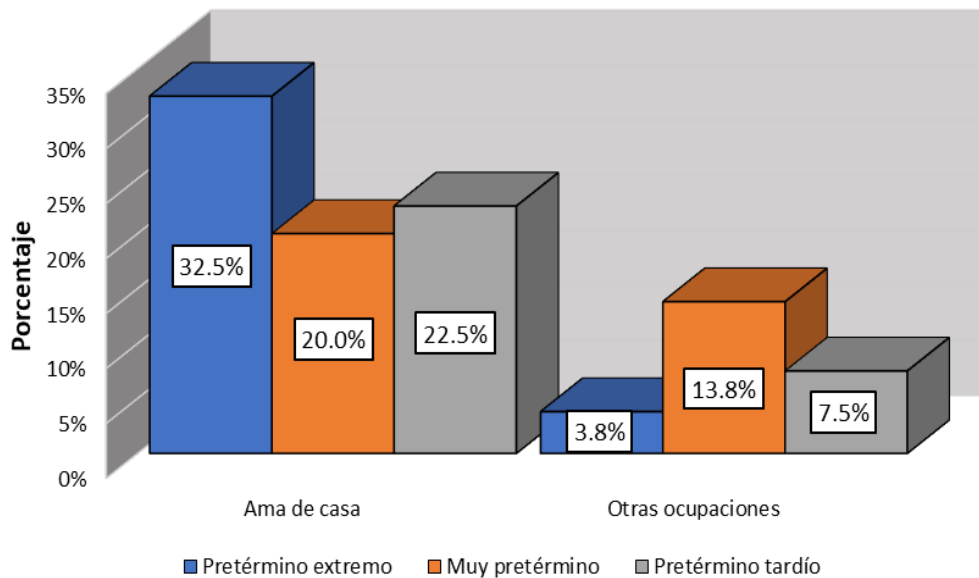
TABLA 4. OCUPACIÓN COMO FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO Y LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 1 - 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS - PUNO 2023

Ocupación	AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO							
	PRETÉRMINO		MUY		PRETÉRMINO		TOTAL	
	EXTREMO		PRETÉRMINO		TARDÍO			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Ama de casa	26	32.5	16	20.0	18	22.5	60	75.0
Otras ocupaciones	3	3.8	11	13.8	6	7.5	20	25.0
TOTAL	29	36.3	27	33.8	24	30.0	80	100.0

Nota. Ficha de recolección de datos

$$X^2_c = 1.074 < X^2_t = 3.841 \quad \text{GL: 2} \quad \text{NS: 0.300}$$

FIGURA 4



Nota. Tabla 4



En la **tabla 4** y **figura 4**, Del total de las gestantes con amenaza de parto pretérmino, se identificó que del 100% de la ocupación de las gestantes, el 75% son amas de casa, el 25% de las gestantes tienen otras ocupaciones. Relacionando se puede apreciar las amas de casa el 32.5% tuvo una amenaza de parto pretérmino extremo, un 20% muy pretérmino, y un 22.5% pretérmino tardío.

La prueba de chi cuadrado busca relacionar la ocupación como factor sociodemográfico con la amenaza de parto pretérmino; la sumatoria de chi cuadrado calculado de 1.074, es menor al chi cuadrado tabulado 3.841, en 2 grados de libertad y con una significancia de 0.300; estos datos permiten afirmar que no existe una relación entre la ocupación y la amenaza de parto pretérmino. Los hallazgos obtenidos se muestran en consonancia parcial con investigaciones precedentes. Casimiro et al. (7) evidenciaron que desempeñarse como ama de casa se vincula con un riesgo significativamente elevado de parto prematuro (OR: 6.056; IC95%: 2.699 – 13.587). De igual modo, el trabajo desarrollado por Luechathananon et al. (10) subrayó que elementos como la naturaleza del empleo constituyen factores relevantes para la predicción del alumbramiento anticipado.

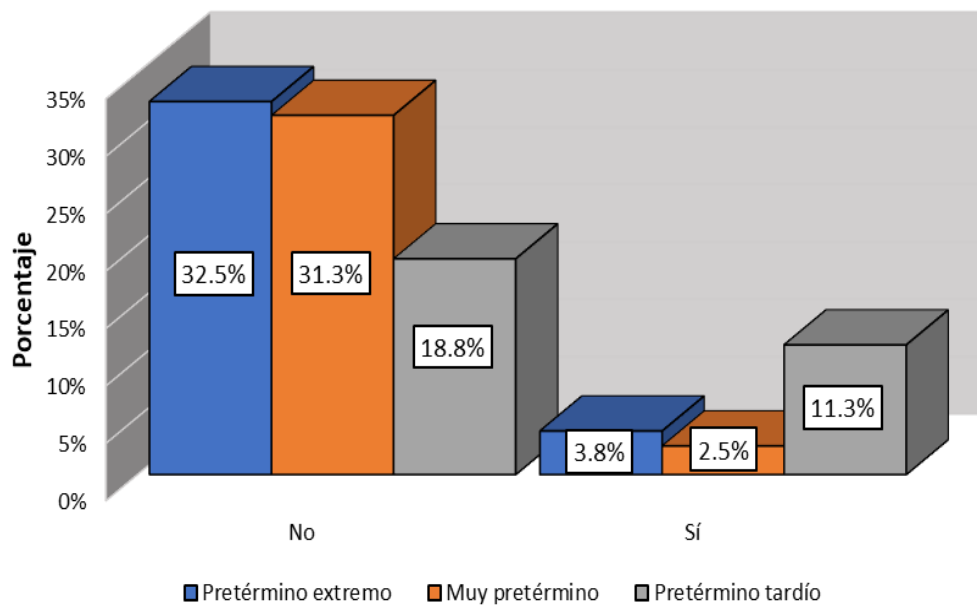
TABLA 5. PRESENCIA PREVIA DE ABORTO COMO FACTOR OBSTÉTRICO Y LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 1 - 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS - PUNO 2023

Presencia previa de aborto	AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO							
	PRETÉRMINO		MUY		PRETÉRMINO		TOTAL	
	EXTREMO		PRETÉRMINO		TARDÍO			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
No	26	32.5	25	31.3	15	18.8	66	82.5
Sí	3	3.8	2	2.5	9	11.3	14	17.5
TOTAL	29	36.3	27	33.8	24	30.0	80	100.0

Nota. Ficha de recolección de datos

$$X^2_c = 4.286 > X^2_t = 3.841 \quad \text{GL: 2} \quad \text{NS: 0.043}$$

FIGURA 5



Nota. Tabla 5



En la **tabla 5** y **figura 5**, Del total de las gestantes con amenaza de parto pretérmino, se identificó que del 100% de presencia previa de aborto, el 82.5% no tuvo presencia previa de aborto y el 17.5% de las gestantes si tuvieron presencia previa de aborto. Relacionando se puede apreciar que la presencia previa de aborto de no un 32.5% presento amenaza de parto pretérmino extremo, un 31.3% muy pretérmino y un 18.8% pretérmino tardío

La prueba de chi cuadrado busca relacionar la presencia previa de aborto como factor obstétrico con la amenaza de parto pretérmino; la sumatoria de chi cuadrado calculado de 4.286, es menor al chi cuadrado tabulado 3.841, en 2 grados de libertad y con una significancia de 0.043; estos datos permiten afirmar que si existe una relación significativa entre el factor y la amenaza de parto pretérmino.

Los resultados obtenidos guardan correspondencia parcial con las observaciones de Vilca (2021), quien también detectó una asociación estadísticamente significativa entre la historia de abortos previos y la ocurrencia de partos prematuros ($p = 0.03$). Ambas indagaciones apuntan a que la presencia de antecedentes abortivos constituye un elemento pronóstico relevante para la eventual manifestación de parto pretérmino. Este hallazgo se alinea con los postulados de la obstetricia, que sostienen que las gestantes con registros de interrupciones previas pueden estar expuestas a un incremento en el riesgo de complicaciones en gestaciones posteriores, incluyendo alumbramientos anticipados. Esta vulnerabilidad se atribuye a factores como lesiones cervicales, modificaciones estructurales en el cuello uterino o una propensión aumentada a infecciones o afecciones uterinas durante embarazos subsecuentes.

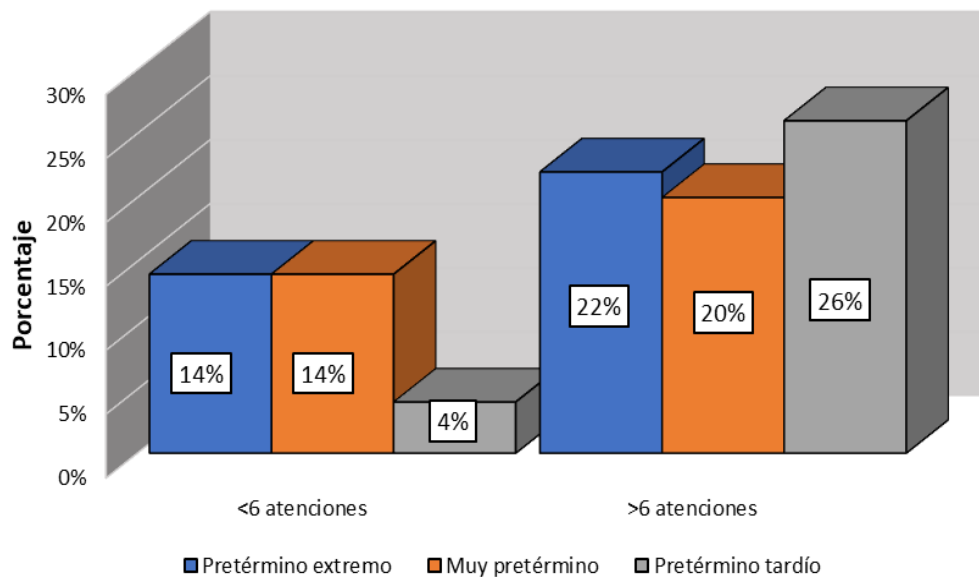
TABLA 6. ATENCIÓN PRENATAL COMO FACTOR OBSTÉTRICO Y LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 1 - 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS - PUNO 2023

Atención Prenatal	AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO							
	PRETÉRMINO		MUY		PRETÉRMINO		TOTAL	
	EXTREMO		PRETÉRMINO		TARDÍO			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<6 controles	11	14.0	11	14.0	3	4.0	25	32.0
>6 controles	18	22.0	16	20.0	21	26.0	55	68.0
TOTAL	29	36.0	27	34.0	24	30.0	80	100.0

Nota. Ficha de recolección de datos

$$X^2_c = 3.870 < X^2_t = 3.841 \quad G L: 2 \quad NS: 0.043$$

FIGURA 3



Nota. Tabla 6



En la **tabla 6** y **figura 6**, Del total de las gestantes con amenaza de parto pretérmino, se identificó que del 100% de las gestantes que asistieron a la atención prenatal, el 32% tuvo menos de 6 atenciones prenatales y el 68% tuvo más de seis atenciones prenatales. Relacionando se puede apreciar que las gestantes que tuvieron más de 6 atenciones prenatales, el 36% experimentó una amenaza de parto pretérmino extremo, el 34% muy pretérmino y el 30% pretérmino tardío. Para determinar la relación entre la cantidad de controles prenatales y la amenaza de parto prematuro, se aplicó la prueba de chi cuadrado, cuyo valor calculado de 3.870 superó el valor tabulado de 3.841, con 2 grados de libertad y una significancia de 0.043, estos datos permiten afirmar que si existe una relación entre el factor y la amenaza de parto pretérmino.

En la investigación llevada a cabo por Pusdekar et al. (2), se determinó que las mujeres en estado de gestación que acudieron únicamente a entre una y tres consultas prenatales exhibieron un incremento considerable en la probabilidad de experimentar un alumbramiento antes del término previsto (RR 1.68), en comparación con aquellas que recibieron cuatro o más controles médicos durante el embarazo. Este hallazgo respalda la premisa fundamental del estudio actual, la cual postula que la frecuencia de las evaluaciones obstétricas influye directamente en la propensión a desarrollar una amenaza de parto prematuro, lo que a su vez concuerda con los resultados obtenidos en la investigación de Pusdekar et al.

Por otro lado, la indagación ejecutada por Casimiro et al. (7) en la región de Junín reveló que una frecuencia de evaluaciones obstétricas prenatales inferior a seis constituye un elemento clínicamente significativo en la elevación del peligro de alumbramiento prematuro, alcanzando un odds ratio de 10.476. Este hallazgo



pone en evidencia una correlación directa y sustancial entre la insuficiencia en la supervisión prenatal y la probabilidad de culminación gestacional anticipada.

La similitud en los hallazgos podría explicarse por el contexto local, como la variabilidad en la calidad de los controles prenatales y las características específicas de las gestantes en cada estudio, pues la teoría respalda que los controles prenatales son fundamentales para prevenir el parto prematuro, pero su eficacia depende de diversos factores contextuales y de calidad.

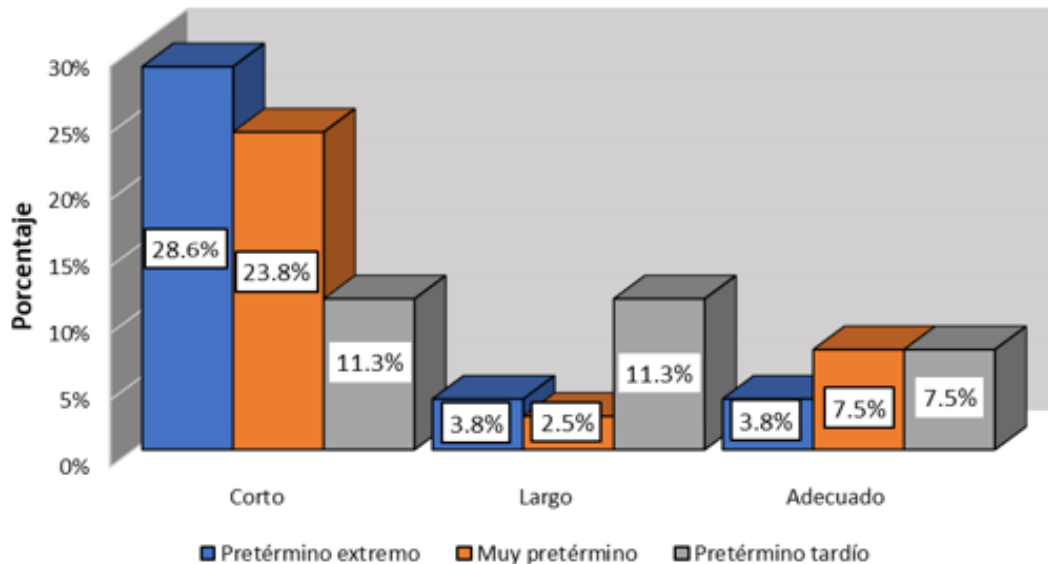
TABLA 7. PERIODO INTERGENÉSICO COMO FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO Y LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 1 - 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS - PUNO 2023

Periodo intergenésico	AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO							
	PRETÉRMINO		MUY		PRETÉRMINO		TOTAL	
	EXTREMO		PRETÉRMINO		TARDÍO			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Corto	23	28.6	19	23.8	9	11.3	51	63.7
Largo	3	3.8	2	2.5	9	11.3	14	17.5
Adecuado	3	3.8	6	7.5	6	7.5	15	18.8
TOTAL	29	36.2	27	33.8	24	30.0	80	100.0

Nota. Ficha de recolección de datos

$$X^2_c = 0.335 < X^2_t = 3.841 \quad \text{GL: 4} \quad \text{NS: 0.563}$$

FIGURA 4



Nota. Tabla 7



En la **tabla 7** y **figura 7**, Del total de las gestantes con riesgo de parto prematuro, se identificó que del 100%, el 63.7% reportó haber tenido un periodo intergenésico corto, un 17.5% experimentó un periodo largo, un 18.8% de las gestantes disfrutaron de un intervalo adecuado entre embarazos, relacionando se puede apreciar que las gestantes con periodo intergenésico corto, el 28.6% enfrentó una amenaza de parto pretérmino extremo, el 23.8% muy pretérmino y el 11.3% pretérmino tardío

Para determinar si este factor obstétrico incide en la amenaza de parto pretérmino, se procedió a aplicar la prueba estadística chi cuadrado, logrando un estadístico calculado de 0.335, cifra que se ubicó por debajo del chi cuadrado tabulado de 3.841, con cuatro grados de libertad y un nivel de significancia de 0.563. En base a estos hallazgos, se infiere que no existe evidencia suficiente para sostener la existencia de una relación entre el intervalo intergenésico y la amenaza de parto prematuro.

En contraposición a otras evidencias, la indagación desarrollada por Ayala y colaboradores (12) estableció que tanto la brevedad excesiva como la prolongación inusual del lapso entre embarazos (con razones de probabilidad ajustadas de 1.7 y 1.4, respectivamente) constituyen variables de riesgo determinantes para el desencadenamiento espontáneo de nacimientos anticipados sin causa aparente. Esta conclusión robustece el planteamiento de que el intervalo cronológico entre concepciones sucesivas ejerce un papel fundamental como condicionante en la aparición de amenazas de parto prematuro. Sin embargo, la diferencia en el tipo de población y la causa del parto anticipado podría explicar posibles discrepancias. Desde una perspectiva teórica, estos resultados destacan que tanto los periodos cortos como los



prolongados pueden alterar las condiciones fisiológicas necesarias para llevar a término un embarazo, incluyendo la restauración uterina y el estado nutricional de la madre.

Además, el estudio de Vilca (19) identificó el periodo intergenésico menor a 2 años como un factor de riesgo importante para el parto prematuro (34.8%, $ns = 0.00 < p = 0.05$), lo que concuerda significativamente con el presente análisis. Este resultado es consistente con la teoría obstétrica, que subraya que un intervalo corto no permite la recuperación adecuada del cuerpo materno, lo que puede comprometer la salud del embarazo siguiente.

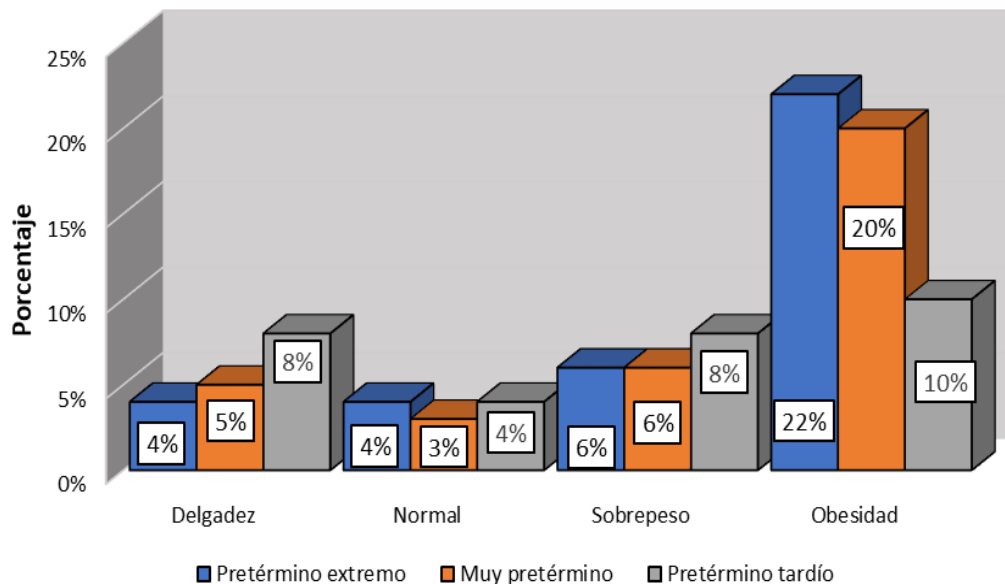
TABLA 8. IMC COMO FACTOR OBSTÉTRICO Y LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 1 - 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS - PUNO 2023

Incremento de masa corporal (IMC)	AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO							
	PRETÉRMINO		MUY		PRETÉRMINO		TOTAL	
	EXTREMO		PRETÉRMINO		TARDÍO			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Delgadez	3	4.0	4	5.0	6	8.0	13	17.0
Normal	3	4.0	2	3.0	3	4.0	8	11.0
Sobrepeso	5	6.0	5	6.0	6	8.0	16	20.0
Obesidad	18	22.0	16	20.0	9	10.0	43	52.0
TOTAL	29	36.0	27	34.0	24	30.0	80	100.0

Nota. Ficha de recolección de datos

$$X^2_c = 4.983 < X^2_t = 3.841 \quad \text{GL: 6} \quad \text{NS: 0.026}$$

FIGURA 8



Nota. Tabla 8



En la **tabla 8** y **figura 8**, del total de las gestantes con riesgo de parto pretérmino, se identificó que del 100%, el 17% presentaba un estado de delgadez, el 11% tenía un peso corporal dentro de los parámetros considerados normales, Por otro lado, el 20% de las gestantes presentaba sobrepeso, y finalmente, el 52% de las gestantes fueron diagnosticadas con obesidad, relacionando se puede apreciar que las gestantes con obesidad, el 22% evidenció amenaza de parto pretérmino extremo, el 20% muy pretérmino y el 10% pretérmino tardío.

Para analizar la influencia del índice de masa corporal (IMC) como variable obstétrica en la amenaza de parto prematuro, se empleó la prueba de chi cuadrado, cuyo valor obtenido de 4.938 superó el chi cuadrado tabulado de 3.841, con 6 grados de libertad y una significancia de 0.026, lo que confirma la existencia de una asociación estadísticamente relevante entre ambos factores.

Este resultado guarda consonancia con la investigación conducida por Huarcaya et al. (14), quien evidenció una correlación estadísticamente robusta entre un índice de masa corporal previo a la concepción igual o superior a 25 kg/m² y la propensión a alumbramientos prematuros en su fase más temprana. Dicho hallazgo refuerza la hipótesis de que un IMC incrementado constituye un componente predisponente de considerable peso para contingencias obstétricas como la prematuridad; en consecuencia, ambas indagaciones subrayan imperativamente la necesidad de una vigilancia rigurosa del estado ponderal materno durante el proceso gestacional, como medida profiláctica frente a nacimientos anticipados.

Sin embargo, se detecta una divergencia respecto a lo expuesto por Martínez y colaboradores (13), quienes no lograron identificar un nexo directo entre el índice de masa corporal y la amenaza de parto prematuro; por el contrario, señalaron



variables como la edad materna avanzada y la infección urinaria como factores de riesgo significativos. Esta disparidad podría atribuirse a diferencias en los parámetros evaluados y en la muestra poblacional considerada.

Desde un enfoque teórico, el IMC elevado (obesidad) está relacionado con varios mecanismos fisiológicos que pueden incrementar el riesgo de parto prematuro. La obesidad materna se asocia con un estado inflamatorio crónico, desórdenes en el metabolismo glucídico y alteraciones en la formación placentaria, incrementando así la probabilidad de desarrollar complicaciones obstétricas tales como la preeclampsia, la diabetes gestacional y el alumbramiento prematuro. De igual modo, un índice de masa corporal disminuido (extrema delgadez) guarda relación con un mayor riesgo de parto pretérmino, atribuible a déficits nutricionales y carencia de reservas energéticas en la gestante, factores que pueden comprometer el crecimiento fetal y la salud materna durante la gestación (40).

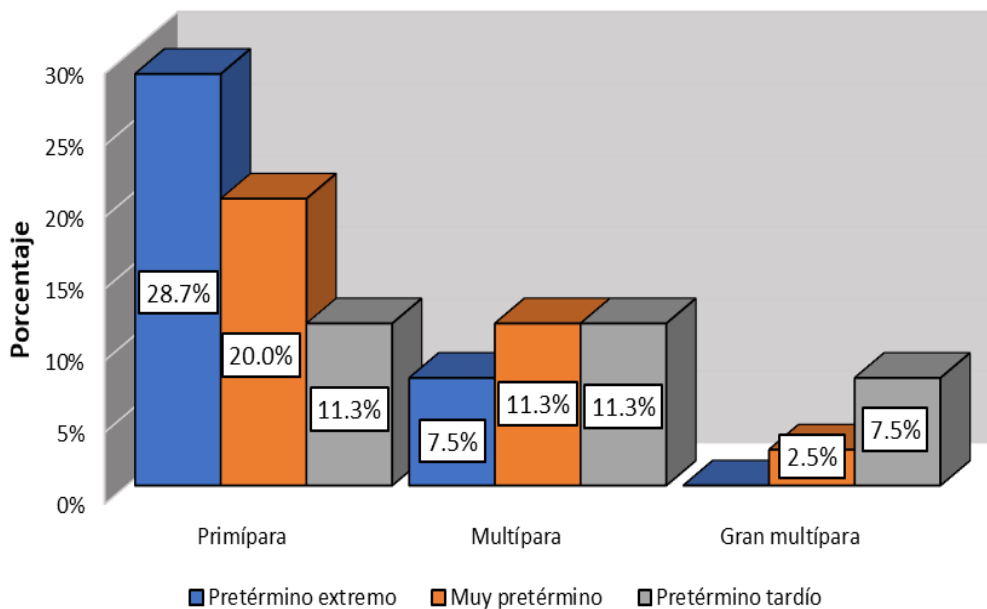
TABLA 9. PARIDAD COMO FACTOR OBSTÉTRICO Y LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 1 - 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS - PUNO 2023

Paridad	AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO							
	PRETÉRMINO		MUY		PRETÉRMINO		TOTAL	
	EXTREMO		PRETÉRMINO		TARDÍO			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Primípara	23	28.7	16	20.0	9	11.3	48	60.0
Multipara	6	7.5	9	11.3	9	11.3	24	30.0
Gran multipara	0	0.0	2	2.5	6	7.5	8	10.0
TOTAL	29	36.2	27	33.8	24	30.0	80	100.0

Nota. Ficha de recolección de datos

$$X^2_c = 4.983 < X^2_t = 3.841 \quad GL: 4 \quad NS: 0.026$$

FIGURA 9



Nota. Tabla 9



En la **tabla 9** y **figura 9**, del total de las gestantes con riesgo amenaza de parto pretérmino se identificó que del 100%, el 60% correspondía a primíparas, el 30% eran multíparas, el 10% eran gran multíparas, relacionando podemos apreciar que, de las primíparas, el 28.7% presento amenaza de parto pretérmino extremo, el 20% muy pretérmino y 11.3% pretérmino tardío.

Con el propósito de establecer el impacto del grado de paridad como variable obstétrica en la amenaza de parto pretérmino, se llevó a cabo la prueba estadística chi cuadrado, cuyo valor calculado de 4.938 sobrepasó el límite crítico tabulado de 3.841, contando con cuatro grados de libertad y un nivel de significancia de 0.026. De este modo, se confirma la existencia de una correlación estadísticamente significativa entre ambos factores.

De manera congruente, la investigación de Paredes (15) evidenció una fuerte correlación entre el embarazo múltiple y el aumento del riesgo de parto prematuro (OR = 2.090). Asimismo, se observó que las gestantes multíparas presentaron una incidencia mayor de alumbramientos prematuros, aunque con menor magnitud en comparación con las gestaciones múltiples. Ambas indagaciones subrayan que la cantidad de gestaciones previas constituye un factor determinante en el riesgo de parto pretérmino, especialmente al considerar complicaciones concomitantes.

Por otro lado, se concuerda con Martínez et al., (13) donde se observó una relación inversa entre el grado de paridad y el riesgo de parto pretérmino, con un OR de 0.353 para la paridad, esto sugiere que las mujeres con mayor número de embarazos tienen un mayor riesgo de parto prematuro. Desde una perspectiva teórica, el grado de paridad tiene una relación compleja con el riesgo de parto pretérmino, para las primíparas, la falta de experiencia en embarazos



previos puede aumentar el riesgo de parto prematuro debido a una mayor inmadurez uterina o la presencia de condiciones obstétricas no detectadas a tiempo. En cambio, en las multíparas, un mayor número de embarazos puede estar asociado a un mayor riesgo de complicaciones como incompetencia cervical o fatiga uterina. Además, factores como embarazos múltiples o la presencia de enfermedades preexistentes son comunes en las multíparas y también pueden incrementar el riesgo de parto prematuro. Por otro lado, los antecedentes obstétricos, especialmente un historial de partos prematuros, juegan un papel crucial en la predisposición a este tipo de complicaciones (39).

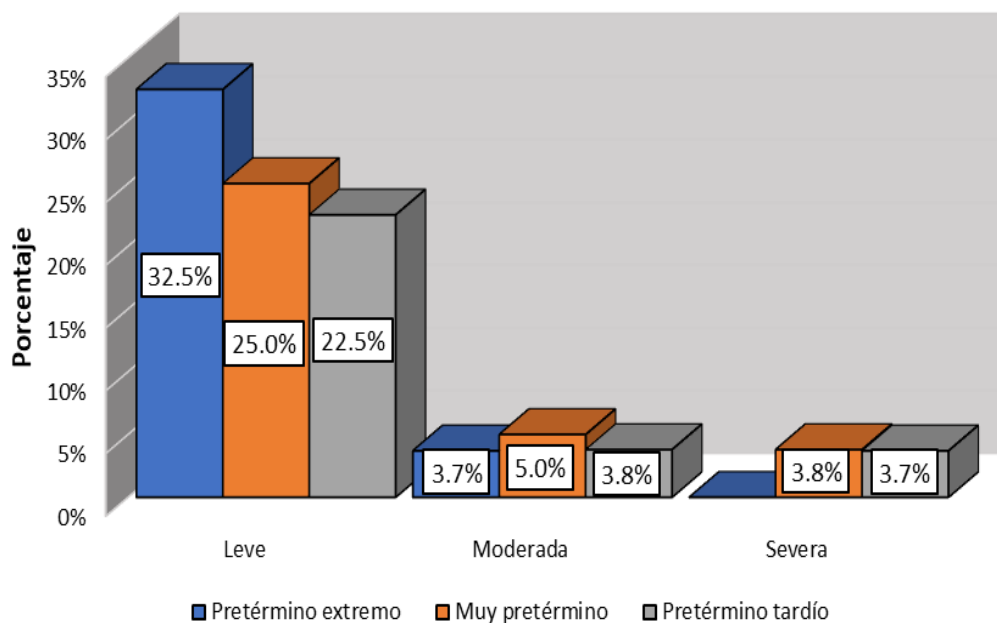
TABLA 10. PREECLAMPSIA COMO FACTOR PATOLÓGICO Y LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 1 - 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS - PUNO 2023

Preeclampsia	AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO							
	PRETÉRMINO		MUY		PRETÉRMINO		TOTAL	
	EXTREMO		PRETÉRMINO		TARDÍO			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Leve	26	32.5	20	25.0	18	22.5	64	80.0
Moderada	3	3.7	4	5.0	3	3.8	10	12.5
Severa	0	0.0	3	3.8	3	3.7	6	7.5
TOTAL	29	36.2	27	33.8	24	30.0	80	100.0

Nota. Ficha de recolección de datos

$$X^2_c = 4.714 < X^2_t = 3.841 \quad GL: 4 \quad NS: 0.008$$

FIGURA 5



Nota. Tabla 10



En la **tabla 10** y **figura 10**, del total de las gestantes con amenaza de parto pretérmino, se identificó que del 100%, el 80% presentó preeclampsia leve, por otro lado, el 12.5% padeció preeclampsia moderada, Asimismo, el 7.5% con preeclampsia severa, relacionando podemos apreciar que, de las gestantes con preeclampsia leve, el 32.5% tuvo amenaza de parto pretérmino extremo, un 25% muy pretérmino y un 22.5% pretérmino tardío.

Con la finalidad de examinar la influencia de la preeclampsia como condición patológica en la eventualidad de la amenaza de parto pretérmino, se aplicó la prueba estadística de chi cuadrado, obteniendo un valor calculado de 4.714 que superó el umbral crítico tabulado de 3.841, contando con cuatro grados de libertad y un nivel de significancia de 0.008. Esta evidencia avala la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre la preeclampsia y la amenaza de parto pretérmino.

De manera coherente, la investigación llevada a cabo por Casimiro et al. (7) reveló una correlación estadísticamente significativa entre la preeclampsia y la incidencia de alumbramiento prematuro en gestantes adolescentes, evidenciada mediante un odds ratio de 5.751 (IC95%: 1.697–19.487; $p < 0.05$). Este hallazgo sugiere que las mujeres embarazadas que desarrollan preeclampsia poseen una probabilidad considerablemente más alta de experimentar un parto antes del término en comparación con aquellas que no presentan dicha condición.

Asimismo, la investigación realizada por Huarcaya et al. (14) confirmó una relación significativa entre la preeclampsia y la incidencia de parto prematuro ($p < 0.05$; $OR > 1$), consolidándola como un factor clínico de relevancia. Desde una perspectiva obstétrica, esta condición puede incrementar de manera considerable la probabilidad de un alumbramiento anticipado debido a



complicaciones asociadas, como la restricción del crecimiento intrauterino, la insuficiencia placentaria y la necesidad de intervenciones médicas tempranas para salvaguardar tanto la vida materna como la fetal (22).

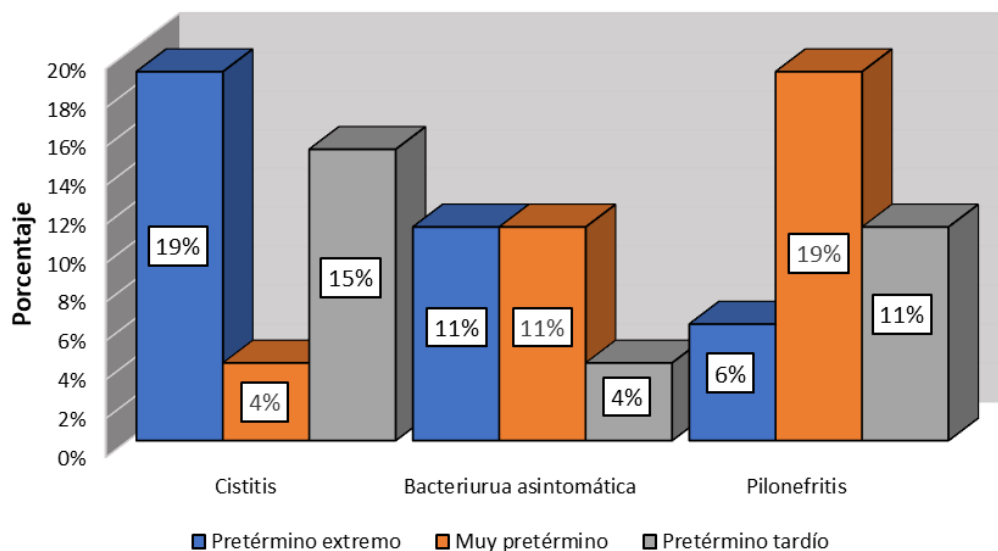
TABLA 11. INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO COMO FACTOR PATOLÓGICO Y LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 1 - 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS – PUNO 2023

Infecciones del tracto urinario	AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO							
	PRETÉRMINO		MUY		PRETÉRMINO		TOTAL	
	EXTREMO		PRETÉRMINO		TARDÍO			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Cistitis	15	19.0	3	4.0	12	15.0	30	38.0
Bacteriuria asintomática	9	11.0	9	11.0	3	4.0	21	26.0
Pielonefritis	5	6.0	15	19.0	9	11.0	29	36.0
TOTAL	29	36.0	27	34.0	24	30.0	80	100.0

Nota. Ficha de recolección de datos

$$X^2_c = 3.913 < x^2_t = 3.841 \quad GL: 4 \quad NS: 0.048$$

FIGURA 11



Nota. Tabla 11



En la **tabla 11** y **figura 11**, del total de gestantes con amenaza de parto pretérmino, se determinó que del 100%, el 38% de las gestantes presentó cistitis, el 26% tuvo bacteriuria asintomática, Finalmente, el 36% de las gestantes sufrió pielonefritis, relacionando podemos apreciar de las gestantes que presentaron cistitis, el 19% tuvo amenaza de parto pretérmino extremo, el 4% muy pretérmino y el 15% pretérmino tardío.

Con el objetivo de examinar la repercusión de las infecciones del tracto urinario como elemento patológico en la amenaza de parto pretérmino, se aplicó la prueba estadística de chi cuadrado, obteniéndose 3.913, con un grado de libertad y un nivel de significancia de 0.048. Tales resultados permiten corroborar la presencia de una correlación estadísticamente significativa entre las infecciones urinarias y el riesgo de parto pretérmino.

Este hallazgo coincide con la investigación efectuada por Murguía y colaboradores (8), quienes evidenciaron una correlación estadísticamente significativa entre la infección urinaria y la ocurrencia de parto prematuro, sustentada en un odds ratio de 3.863 ($p = 0.005$). Asimismo, se verificó que dicha infección mantenía una asociación significativa con la amenaza de alumbramiento prematuro ($p = 0.048$). La congruencia entre ambas indagaciones fortalece la conjetura de que las infecciones urinarias, en particular aquellas de mayor gravedad como la pielonefritis, inducen procesos inflamatorios que potencian el riesgo de parto prematuro.

De manera semejante, la investigación conducida por Paredes y su equipo (15) estableció que la infección del tracto urinario representa un factor crucial en la ocurrencia del nacimiento prematuro, evidenciado por un odds ratio de 2.821 ($p = 0.036$), lo cual confirma una asociación estadísticamente significativa entre



esta condición patológica y la amenaza de parto pretérmino. Desde un enfoque teórico, la presencia de infecciones urinarias durante la gestación está vinculada con la liberación de citocinas proinflamatorias y la activación de respuestas inmunológicas que pueden inducir contracciones uterinas y comprometer la integridad de las membranas fetales, lo que incrementa la probabilidad de un alumbramiento prematuro. Dentro de este contexto, la pielonefritis, considerada la manifestación más severa de las infecciones urinarias, suele estar acompañada de inflamación sistémica y episodios febriles, exacerbando estos procesos fisiopatológicos (11).

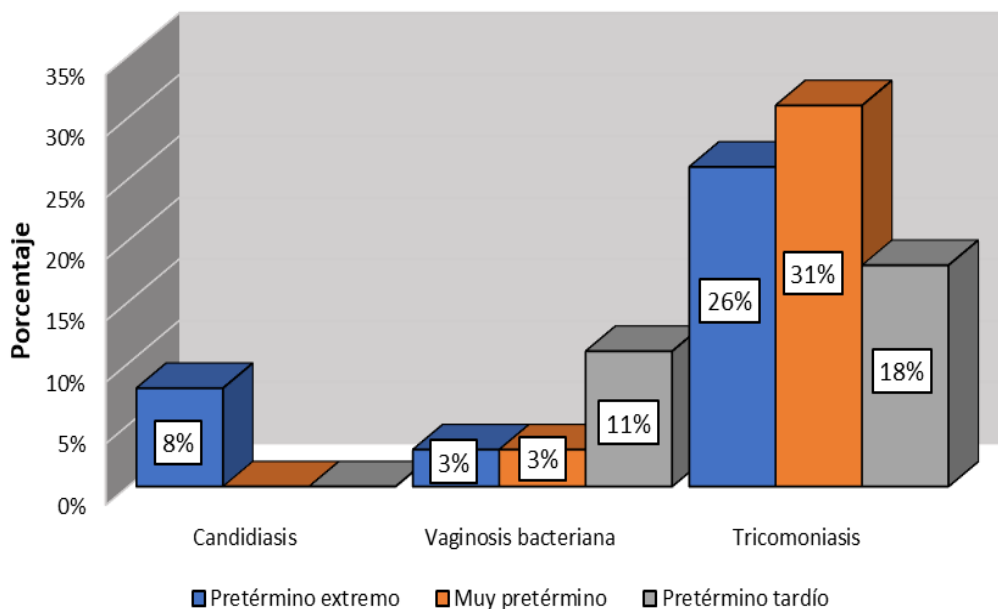
TABLA 12. INFECCIONES VAGINALES COMO FACTOR PATOLÓGICO Y LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 1 - 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS - PUNO 2023

Infecciones vaginales	AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO							
	PRETÉRMINO		MUY		PRETÉRMINO		TOTAL	
	EXTREMO		PRETÉRMINO		TARDÍO			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Candidiasis	6	8.0	0	0.0	0	0.0	6	8.0
Vaginosis bacteriana	2	3.0	2	3.0	9	11.0	13	17.0
Tricomoniasis	21	26.0	25	31.0	15	18.0	61	75.0
TOTAL	29	37.0	27	34.0	24	29.0	80	100.0

Nota. Ficha de recolección de datos

$X^2_c = 4.074 > x^2_t = 3.841$ **GL: 4** **NS: 0.030**

FIGURA 6



Nota. Tabla 12

En la **tabla 12** y **figura 12**, del total de gestantes con amenaza de parto pretérmino, se identificó que del 100%, el 8% fue diagnosticado con candidiasis,



Por otro lado, el 17% padeció vaginosis bacteriana, y finalmente, el 75% de las gestantes presentó tricomoniasis, relacionando podemos observar que de las gestantes que presentaron tricomoniasis, el 37% presento amenaza de parto pretérmino extremo, el 34% muy pretérmino y el 29% pretérmino tardío.

Para evaluar la influencia de las infecciones vaginales como factor patológico en la amenaza de parto prematuro, se aplicó la prueba de chi cuadrado, cuyo valor calculado de 4.074 superó el chi cuadrado tabulado de 3.841, con un grado de libertad de 4 y una significancia de 0.030. Estos resultados permiten establecer la existencia de una relación estadísticamente significativa entre las infecciones vaginales y el riesgo de parto pretérmino.

Análogamente, la investigación liderada por Vilca (19) clasificó las infecciones cervicovaginales durante el embarazo como un factor determinante con relevancia estadística para la ocurrencia de partos prematuros, afectando al 56.1% de las gestantes estudiadas ($p < 0.05$). Este hallazgo evidencia una relación sólida entre las infecciones en el tracto vaginal y el riesgo aumentado de parto adelantado. La forma de prematuridad predominante fue la leve, alcanzando un 46.2%, y las infecciones figuraron como uno de los principales factores desencadenantes de la amenaza de parto pretérmino.

Sin embargo, el estudio efectuado por Murguía y su equipo (4) no logró establecer una correlación estadísticamente significativa entre las infecciones del tracto vaginal y el nacimiento prematuro, presentando un odds ratio de 2.111 (IC95% = 0.651 - 6.850; $p = 0.205$); aunque el OR sugiere una tendencia al aumento del riesgo, la falta de significancia estadística indica que no se puede establecer una relación concluyente en la población estudiada. Desde un enfoque teórico, las infecciones vaginales pueden alterar el equilibrio



microbiológico y generar un entorno inflamatorio que afecta la integridad de las membranas fetales, las infecciones como la vaginosis bacteriana y la candidiasis pueden liberar enzimas y toxinas que desencadenan contracciones uterinas prematuras y aumentan el riesgo de ruptura prematura de membranas. La tricomoniasis, como una infección más severa, puede causar una inflamación sistémica que agrava estos efectos, lo que explica su asociación más fuerte con el parto pretérmino (51).

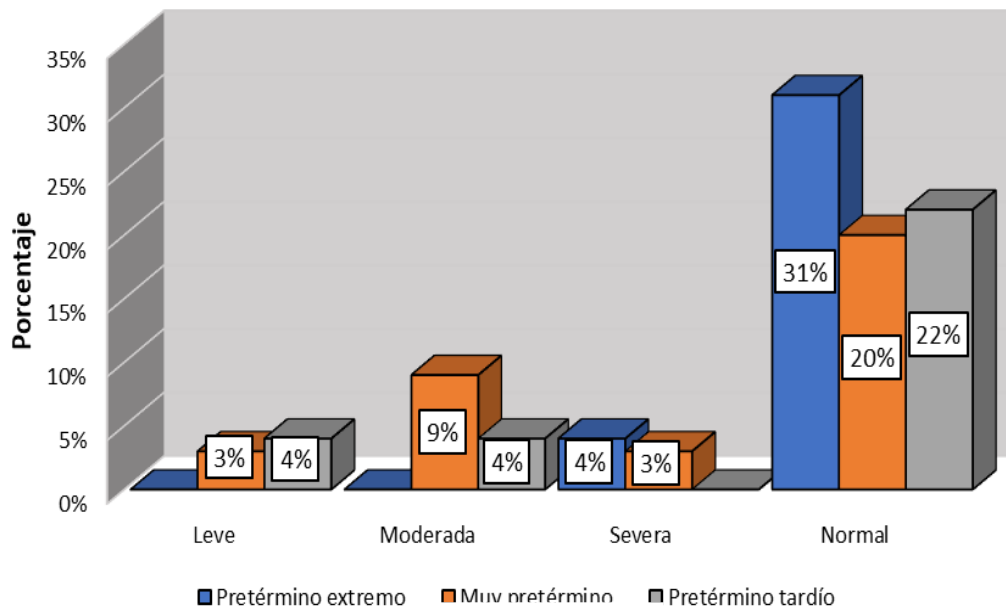
TABLA 13. ANEMIA COMO FACTOR PATOLÓGICO Y LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 1 - 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS - PUNO 2023

Anemia	AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO						TOTAL	
	PRETÉRMINO		MUY		PRETÉRMINO			
	EXTREMO		PRETÉRMINO		TARDÍO			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Leve	0	0.0	2	3.0	3	4.0	5	7.0
Moderada	0	0.0	7	9.0	3	4.0	10	13.0
Severa	3	4.0	2	3.0	0	0.0	5	7.0
Normal	26	31.0	16	20.0	18	22.0	60	73.0
TOTAL	29	35.0	27	35.0	24	30.0	80	100.0

Nota. Ficha de recolección de datos

$$X^2_c = 4.591 > x^2_t = 3.841 \quad \text{GL: 8} \quad \text{NS: 0.007}$$

FIGURA 13



Nota. Tabla 13



En la **tabla 13** y **figura 13**, del total de las gestantes con amenaza de parto pretérmino, se identificó que del 100%, el 7% presentó anemia leve, Asimismo, el 13% de las gestantes anemia moderada, En cuanto a la anemia severa, esta se presentó en el 7% de las gestantes y finalmente, el 73% tuvo valores normales de hemoglobina, relacionando podemos apreciar que dentro del grupo normal, el 31% presentó amenaza de parto pretérmino extremo , el 20% muy pretérmino y el 22% pretérmino tardío.

Con el objetivo de establecer la relación entre la anemia como condición patológica y la amenaza de parto prematuro, se aplicó la prueba de chi cuadrado, obteniendo un valor calculado de 4.591, que supera el valor tabulado de 3.841, con un grado de libertad de 8 y una significancia de 0.007. Estos resultados permiten concluir que la anemia mantiene una asociación estadísticamente significativa con la amenaza de parto pretérmino.

En sintonía con las evidencias previas, la pesquisa realizada por Galindo (17) estableció que la anemia constituye un determinante fundamental en la incidencia de partos prematuros, evidenciado por un odds ratio de 4.519 ($p < 0.001$). Este resultado se alinea cabalmente con los hallazgos del presente estudio, donde se identificó una correlación estadísticamente significativa entre la presencia de anemia y la amenaza de alumbramiento prematuro ($p = 0.007$). En ambas investigaciones, las gestantes afectadas por anemia severa mostraron una mayor prevalencia de nacimientos anticipados, lo cual resalta la apremiante necesidad de la supervisión y el tratamiento oportuno de los niveles hemoglobínicos durante la gestación.

Asimismo, la investigación llevada a cabo por Casimiro y colaboradores (7) resaltó la anemia como un determinante de riesgo significativo para el



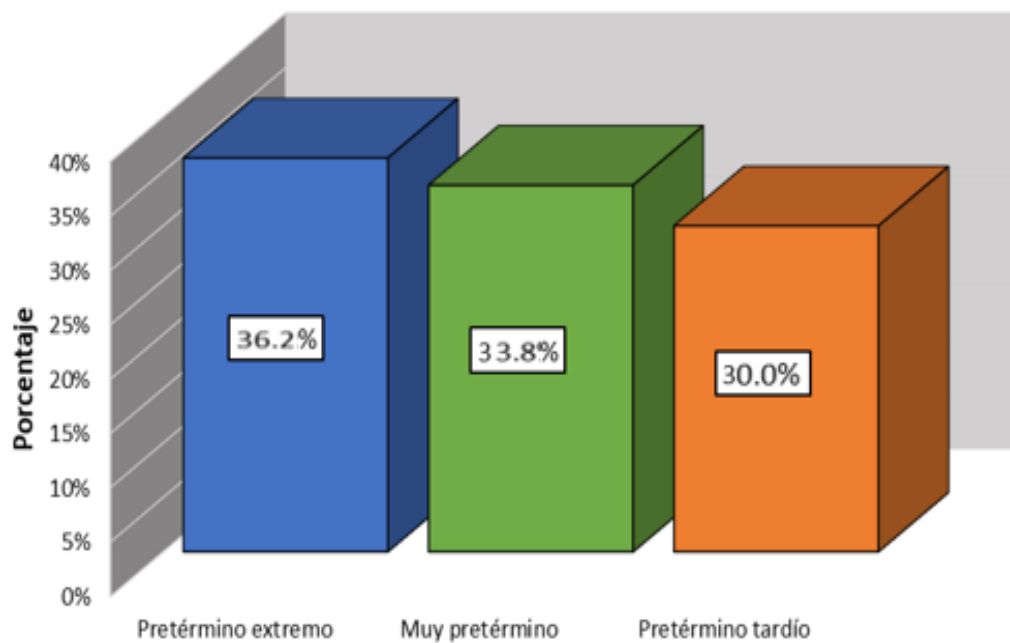
alumbramiento prematuro, evidenciado por un odds ratio de 2.761 ($p < 0.05$). En términos conceptuales, la deficiencia anémica durante la gestación compromete la adecuada oxigenación fetal, lo cual puede inducir un estado de hipoxia crónica en el feto, desencadenando a su vez contracciones uterinas anticipadas y facilitando un parto prematuro. La gravedad del impacto está directamente relacionada con la severidad de la anemia, como se observa en los estudios mencionados (14).

TABLA 14. FRECUENCIA DE AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 1 - 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS - PUNO 2023

Amenaza de parto	fi	%
Pretérmino extremo	29	36.2
Muy pretérmino	27	33.8
Pretérmino tardío	24	30.0
Total	80	100,0

Nota. Ficha de recolección de datos

FIGURA 7



Nota. Tabla 14



En la **tabla 14** y la **figura 14**, , del total del 100% de las gestantes evaluadas que tuvieron amenaza de parto pretérmino; el 36.2% amenaza de parto pretérmino extremo, 33.8% tuvieron una amenaza de parto muy pretérmino y el 30% amenaza de parto pretérmino tardío; este resultado pone de manifiesto la elevada incidencia de partos prematuros en las gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1-4 José Antonio Encinas.

En contraste, el estudio de Samejima et al. (9) reportó una incidencia de parto prematuro del 27.6% en gestantes con cuello uterino corto, destacando factores como contracciones uterinas (aOR 4.25) y niveles elevados de proteína C reactiva (aOR 3.45) como riesgos significativos, estos hallazgos concuerdan con los resultados actuales, que muestran una alta prevalencia de partos prematuros en gestantes con amenaza de parto pretérmino (36% pretérmino extremo), entonces la inflamación y los factores uterinos estructurales parecen ser comunes en ambas poblaciones, lo que subraya la necesidad de estrategias preventivas dirigidas.

Asimismo, el estudio de Luechathananon et al. (10) identificó una incidencia del 27% de partos prematuros en gestantes con amenaza de parto prematuro, destacando la importancia de herramientas diagnósticas como el ángulo úterocervical y la longitud cervical para predecir el riesgo, este resultado concuerda con los hallazgos actuales, que muestran una alta prevalencia de partos prematuros (33.75% muy pretérmino, 36.25% extremo).



CONCLUSIONES

PRIMERA: Se determinó que la amenaza de parto pretérmino en las mujeres gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1 - 4 José Antonio Encinas - Puno durante el año 2023 se halla significativamente asociada con variables demográficas tales como el estado civil y el nivel educativo; con aspectos obstétricos como la paridad y el índice de masa corporal; y con condiciones patológicas incluyendo la preeclampsia, las infecciones del tracto vaginal y urinario, así como la anemia. En consecuencia, la hipótesis formulada fue aceptada de manera parcial.

SEGUNDA: Se identificó que no existe una relación significativa entre la edad y la amenaza de parto pretérmino, con un chi cuadrado calculado de 0.40 ($p = 0.842$). Sin embargo, se encontró una relación significativa con el estado civil, donde el 72% de las gestantes convivientes presentaron amenaza de parto pretérmino, ($p = 0.046$). Asimismo, el grado de instrucción, donde el 61 % de las gestantes de secundaria completa mostró una correlación significativa ($p = 0.019$), lo que sugiere que un mayor nivel educativo está asociado con un menor riesgo de partos prematuros. En contraste, la ocupación no presentó una relación significativa ($p = 0.300$).

TERCERA: Se estableció que existe una relación entre la amenaza de parto pretérmino y el aborto con un 82.5%, las atenciones prenatales con 68%, asimismo el incremento de masa corporal con un el 52% de las gestantes, Además, no se encontró una relación significativa



entre la amenaza de parto pretérmino y el periodo intergenésico ($p = 0.563$). Sin embargo, sí se halló una relación significativa con la paridad ($p = 0.026$), así como con el índice de masa corporal ($p = 0.026$).

CUARTA: Se analizó que existe una relación significativa entre la amenaza de parto pretérmino y la preeclampsia en gestantes con un 80% ($p = 0.008$), También se encontró una relación significativa entre la infección del tracto urinario y la amenaza de parto pretérmino, un 38% ($p = 0.048$) de gestantes presentaron cistitis lo que sugiere que la presencia de bacteriuria asintomática y pielonefritis podría aumentar el riesgo de partos prematuros en esta población, así como con las infecciones vaginales el 75% ($p = 0.030$). de gestantes presentaron tricomoniasis. Asimismo, se halló una relación significativa con la anemia de 73% ($p = 0.007$).

QUINTA: Se identificó que, dentro del grupo de mujeres gestantes examinadas con riesgo de parto pretérmino, el 36.25% se clasificó en la categoría de pretérmino extremo, en tanto que el 33.75% evidenció una amenaza de parto muy prematuro y un 30% pretérmino tardío. Estos datos reflejan una prevalencia considerable de riesgos de nacimiento anticipado en las gestantes atendidas en el establecimiento sanitario 1-4 José Antonio Encinas, subrayando la imperiosa necesidad de instaurar tácticas eficaces de prevención y manejo para afrontar dicha problemática en el contexto de la atención prenatal.



RECOMENDACIONES

PRIMERA. Al director del Establecimiento de Salud 1 - 4 José Antonio Encinas, en coordinación con la Jefatura del Servicio de Obstetricia, disponer la implementación de un plan integral de vigilancia y atención dirigida a gestantes con signos de amenaza de parto prematuro. Este plan deberá incluir: La capacitación continua del personal de salud en la detección oportuna de signos y síntomas de riesgo obstétrico, La actualización e implementación de protocolos clínicos estandarizados para el manejo de casos con amenaza de parto pretérmino, El refuerzo de la atención prenatal preventiva, priorizando a gestantes en situación de riesgo, garantizando controles periódicos, seguimiento especializado y acceso oportuno a servicios obstétricos. Esta estrategia busca optimizar la atención materno-fetal, reducir las complicaciones perinatales y mejorar los desenlaces en salud pública.

SEGUNDA. A la Jefa del Servicio de Obstetricia implementar estrategias integrales de atención prenatal diferenciada, orientadas a gestantes convivientes y con menor nivel educativo, que incluyan: Intervenciones educativas personalizadas para promover el autocuidado y la adherencia a los controles prenatales, Seguimiento clínico estrecho del índice de masa corporal (IMC) y monitoreo de la paridad, como indicadores clave en la evaluación del riesgo obstétrico, Fortalecimiento del tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno de condiciones maternas frecuentes asociadas al parto prematuro, como la preeclampsia, infecciones



vaginales y urinarias, y anemia. Estas acciones permitirán mejorar la vigilancia prenatal, disminuir complicaciones gestacionales y contribuir a la reducción de nacimientos prematuros.

TERCERA. Al personal del Servicio de Obstetricia deberá diseñar e implementar estrategias de sensibilización y educación sanitaria dirigidas específicamente a las gestantes, poniendo énfasis en el estado civil y el nivel educativo como determinantes sociales que influyen en el riesgo de parto pretérmino. Estas estrategias deberán incluir sesiones informativas y talleres sobre salud materna, planificación familiar y control prenatal, con contenidos adaptados al perfil sociodemográfico, con el objetivo de mejorar la adherencia a los servicios de salud, fomentar el autocuidado y reducir las desigualdades en los resultados perinatales.

CUARTA. Las obstetras del Establecimiento de Salud 1 - 4 José Antonio Encinas deberán priorizar la vigilancia obstétrica de las gestantes primíparas y gran multíparas, dado que ambos grupos presentan una mayor predisposición a complicaciones como el parto prematuro. Se recomienda la implementación de grupos de acompañamiento materno, así como la capacitación continua del personal en habilidades de comunicación terapéutica, con el fin de brindar atención integral, fortalecer la confianza en el equipo de salud y promover prácticas preventivas que favorezcan un desarrollo gestacional adecuado y desenlaces perinatales favorables.



QUINTA. El Servicio Obstétrico del Establecimiento de Salud 1 - 4 José Antonio Encinas deberá establecer un protocolo estandarizado para la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno de infecciones del tracto urinario (ITU) en gestantes, considerando su asociación significativa con la amenaza de parto pretérmino. Este protocolo debe incluir el tamizaje sistemático mediante uroanálisis o urocultivo durante los controles prenatales, especialmente en mujeres con síntomas clínicos o factores de riesgo, asegurando una intervención precoz y efectiva para prevenir complicaciones materno-fetales asociadas.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gurung A, Wrammert J, Sunny A, Gurung R, Rana N, Basaula YN, et al. Incidence, risk factors and consequences of preterm birth – findings from a multi-centric observational study for 14 months in Nepal. Archives of Public Health. 2020 Dec 17;78(1):64–74.
2. Pusdekar Y, Patel A, Kurhe K, Bhargav S, Thorsten V, Garces A, et al. Rates and risk factors for preterm birth and low birthweight in the global network sites in six low- and low middle-income countries. Reprod Health. 2020 Dec 17;17(S3):187–97.
3. [OMS] OM de la S. OMS. 2023. Nacimiento prematuro. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
4. Murguía F, Indacochea S, Roque J, De La Cruz J. Factores de riesgo maternos asociados a parto prematuro en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo año 2018 al 2019, Lima - Perú. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 2021 Jul 19;10(2):35–41.
5. Ministerio de Salud [MINSA]. MINSA. 2023 [cited 2024 Aug 26]. Día Mundial del Niño Prematuro: El 7.5 % de nacimientos son prematuros en el Perú. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/866060-dia-mundial-del-nino-prematuro-el-7-5-de-nacimientos-son-prematuros-en-el-peru>
6. Guevara E. La prematuridad: Un problema de salud pública. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 2023 May 10;12(1):7–8.



7. Casimiro E, Uchupaico J, Uchupaico J. Factores de riesgo en el parto pretérmino de gestantes adolescentes en un Hospital de Junín. *Rev Peru Investig Matern Perinat.* 2023;12(2):15–21.
8. Cobo T, Kacerovsky M, Jacobsson B. Risk factors for spontaneous preterm delivery. *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 2020 Jul 10;150(1):17–23.
9. Samejima T, Nagamatsu T, Iriyama T, Nakayama T, Seyama T, Sayama S, et al. Impact of additional risk factors on the incidence of preterm delivery among pregnant women diagnosed with short cervix. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2020 Mar;59(2):195–9.
10. Luechathananon S, Songthamwat M, Chaiyarach S. Uterocervical Angle and Cervical Length as a Tool to Predict Preterm Birth in Threatened Preterm Labor. *Int J Womens Health.* 2021 Feb;13(1):153–9.
11. Barinov S, Artymuk N, Novikova O, Shamina I, Tirskeya Y, Belinina A, et al. Analysis of risk factors and predictors of pregnancy loss and strategies for the management of cervical insufficiency in pregnant women at a high risk of preterm birth. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine.* 2021 Jul 3;34(13):2071–9.
12. Ayala F, Gonzales C, Minaya P, Mejico M, Morales S, Valdivieso V, et al. Factores de riesgo para parto pretérmino idiopático según prematuridad. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal.* 2022 Jul 1;11(1):18–25.
13. Martínez A, Virú H, Quezada J, Alburqueque J, Saldaña C. Estudio de caso control en amenaza de parto pretérmino y sus factores de riesgo en gestantes en un hospital de referencia del Peru durante la pandemia



- COVID-19. Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. 2022 Apr 15;20(1):39–45.
14. Huarcaya R, Cerda M, Barja J. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en madres jóvenes atendidas en un hospital de Perú. MEDISAN. 2021;25(2):1–12.
 15. Paredes M. Factores de riesgo materno asociados a parto prematuro en el Hospital Regional "Manuel Nuñez Butron" – Puno, enero – diciembre 2018. UNAP; 2019.
 16. Cueva E. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidos en el Hospital Manuel Núñez Butrón de Puno. Revista Científica Investigación Andina. 2019;18(1):1–10.
 17. Galindo S. Preeclampsia como factor de riesgo Hospital Carlos Monge Medrano. Universidad César Vallejo; 2020.
 18. Sotomayor J. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron - Puno de julio 2019 a junio 2020. Universidad Nacional del Altiplano;
 19. Vilca R. Determinantes relacionados al parto pretérmino en pacientes atendidas EN EL Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2019. Universidad Andina Néstor Cáceres Velasquez; 2021.
 20. Cifuentes R. Ginecología y Obstetricia Basadas en Nuevas Evidencias. Tercera Edición [Internet]. 3rd ed. Cifuentes R, editor. Ciudad de México: Editorial Distribuna; 2023. Available from: https://www.google.com.pe/books/edition/Ginecología_y_Obstetricia_Basadas_en_Nu/ptavEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1



21. Landon M, Gala H, Jauniaux E, Driscoll D, Berghella V, Grobman W, et al. Gabbe. Obstetricia Embarazos normales y de riesgo [Internet]. 8th ed. ELSEVIER, editor. Barcelona: ELSEVIER; 2023. Available from: https://www.google.com.pe/books/edition/Gabbe_Obstetricia/S5iZEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1
22. Taha Z, Ali A, Wikkeling L, Papandreou D. Factors Associated with Preterm Birth and Low Birth Weight in Abu Dhabi, the United Arab Emirates. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Feb 21;17(4):1382–99.
23. Oviedo-Caro MA, Bueno-Antequera J, Munguía-Izquierdo D. The associations of pregnancy-related symptoms with health-related quality of life at midpregnancy: the PregnActive project. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2022 Dec 12;35(25):5337–45.
24. Crump C, Groves A, Sundquist J, Sundquist K. Association of Preterm Birth With Long-term Risk of Heart Failure Into Adulthood. *JAMA Pediatrics*. 2021 Jul 1;175(7):689.
25. Diabelková J, Rimárová K, Dorko E, Urdzík P, Houžvičková A, Argalášová L. Adolescent Pregnancy Outcomes and Risk Factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023 Feb 25;20(5):4113.
26. Omer S, Zakar R, Zakar MZ, Fischer F. The influence of social and cultural practices on maternal mortality: a qualitative study from South Punjab, Pakistan. *Reproductive Health*. 2021 May 18;18(1):97.
27. Denny HM, Laksono AD, Matahari R, Kurniawan B. The Determinants of Four or More Antenatal Care Visits Among Working Women in Indonesia. *Asia Pacific Journal of Public Health*. 2022 Jan 21;34(1):51–6.



28. Marphatia AA, Saville NM, Amable GS, Manandhar DS, Cortina-Borja M, Wells JC, et al. How Much Education Is Needed to Delay Women's Age at Marriage and First Pregnancy? *Frontiers in Public Health*. 2020 Jan 9;7.
29. Hamal M, Dieleman M, De Brouwere V, de Cock Buning T. Social determinants of maternal health: a scoping review of factors influencing maternal mortality and maternal health service use in India. *Public Health Reviews*. 2020 Dec 2;41(1):13.
30. Ruiz A. El bebé prematuro y sus padres Creación de un programa de intervención psicológico [Internet]. 1st ed. Miño y Dávila SRL, editor. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores; 2020. Available from: https://www.google.com.pe/books/edition/El_bebé_prematuro_y_sus_padres/z_j5DwAAQBAJ?hl=es&gbpv=1
31. Sangin S, Phonkusol C. Perception of pregnancy risk and related obstetric factors among women of advanced maternal age. *Pacific Rim Int J Nurs Res*. 2021;25(3):494–504.
32. Vigil P. Embarazo de alto riesgo [Internet]. 1st ed. XinXii, editor. Madrid: XinXii; 2020. Available from: https://www.google.com.pe/books/edition/Embarazo_De_Alto_Riesgo/dgz zDwAAQBAJ?hl=es&gbpv=0
33. Humberg A, Fortmann I, Siller B, Kopp MV, Herting E, Göpel W, et al. Preterm birth and sustained inflammation: consequences for the neonate. *Semin Immunopathol*. 2020 Aug 13;42(4):451–68.
34. Skuster P, Dhillon J, Li J. Easing of Regulatory Barriers to Telemedicine Abortion in Response to COVID-19. *Frontiers in Global Women's Health*. 2021 Nov 24;2.



35. Alkhatib AJ. The Critical Role of Prenatal Care : Promoting Optimal Health for Expectant Mothers and Their Infants in the Modern Era. 2023;13–9.
36. Patkai J. Atención médica prenatal y en sala de partos. EMC - Pediatría. 2023 Mar;58(1):1–9.
37. Isobel S. Trauma and the perinatal period: A review of the theory and practice of trauma-sensitive interactions for nurses and midwives. Nursing Open. 2023 Dec 29;10(12):7585–95.
38. Correa-de-Araujo R, Yoon SS (Sarah). Clinical Outcomes in High-Risk Pregnancies Due to Advanced Maternal Age. Journal of Women’s Health. 2021 Feb 1;30(2):160–7.
39. Kervinen K, Holster T, Saqib S, Virtanen S, Stefanovic V, Rahkonen L, et al. Parity and gestational age are associated with vaginal microbiota composition in term and late term pregnancies. eBioMedicine. 2022 Jul;81:104107.
40. Eltayeb R, Binsaleh NK, Alsaif G, Ali RM, Alyahyawi AR, Adam I. Hemoglobin Levels, Anemia, and Their Associations with Body Mass Index among Pregnant Women in Hail Maternity Hospital, Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. Nutrients. 2023 Aug 9;15(16):3508.
41. Sah SK, Sunuwar DR, Baral JR, Singh DR, Chaudhary NK, Gurung G. Maternal hemoglobin and risk of low birth weight: A hospital-based cross-sectional study in Nepal. Heliyon. 2022 Dec;8(12):e12174.
42. Esenarro L, Luis L. GUÍA TÉCNICA PARA LA VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA DE LA GESTANTE. Ministerio de Salud;



43. Quintanar L, Rodríguez L, Cavazos M, Valente B. Manual del Médico Interno de Pregrado [Internet]. 2nd ed. Intersistemas editores, editor. Chapultepec: Intersistemas editores; 2023. Available from: https://www.google.com.pe/books/edition/Manual_del_Médico_Interno_de_Pregrado/33-_EAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1
44. Nieto A, Quiñonero J, Cascales P. Obstetricia y Ginecología [Internet]. 1st ed. ELSEVIER, editor. Barcelona: Elsevier; 2022. Available from: https://www.google.com.pe/books/edition/Obstetricia_y_Ginecología/DJpxEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1
45. Gyselaers W. Preeclampsia Is a Syndrome with a Cascade of Pathophysiologic Events. *Journal of Clinical Medicine*. 2020 Jul 15;9(7):2245.
46. Sairitupac L. Guía para el diagnóstico y tratamiento de Transtornos hipertensivos del embarazo. 2019. p. 1–17.
47. Czajkowski K, Broś-Konopielko M, Teliga-Czajkowska J. Urinary tract infection in women. *Menopausal Review*. 2021;20(1):40–7.
48. Romero V K, Murillo A FM, Salvent T A, Vega F V. Evaluación del uso de antibióticos en mujeres embarazadas con infección urinaria en el Centro de Salud "Juan Eulogio Pazymiño" del Distrito de Salud 23D02. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2019 Jun;84(3):169–78.
49. Smail FM, Vazquez JC. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019 Nov 25;2019(11).
50. Khapre M, Sharma D, Mehta A, Sinha S. Prevalence of Asymptomatic Bacteriuria (ASB) in Pregnant Women in India: A Systematic Review and



- Meta-Analysis. Indian Journal of Community Medicine. 2023 Nov;48(6):879–87.
51. Víquez Víquez M, Chacón González C, Rivera Fumero S. Infecciones del tracto urinario en mujeres embarazadas. Revista Medica Sinergia. 2020 May 1;5(5):e482.
 52. Trye A, Krishnamoorthy K, Gittens-Williams LN. Pyelonephritis in Pregnancy. Topics in Obstetrics & Gynecology. 2022 Jan 15;42(1):1–7.
 53. Rashed HH, Al-Hussaini IM, Al-Marzoqi AH. Diagnostic study of fungal and bacterial pathogens that cause vaginal infection in women. Medical Journal of Babylon. 2024 Jan;21(1):71–8.
 54. Ghaddar N, Anastasiadis E, Halimeh R, Ghaddar A, Dhar R, AlFouzan W, et al. Prevalence and antifungal susceptibility of *Candida albicans* causing vaginal discharge among pregnant women in Lebanon. BMC Infectious Diseases. 2020 Dec 13;20(1):32.
 55. Yadav L, Yadav R. Prevalence of vaginal yeast infections in pregnant and non-pregnant women attending at Gynecology and Obstetrics Department of the tertiary care center in Central region of Nepal. Microbes and Infectious Diseases. 2022 Jun 9;0–0.
 56. Jayaram PM, Mohan MK, Konje J. Bacterial vaginosis in pregnancy – a storm in the cup of tea. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2020 Oct;253:220–4.
 57. Pillay K, Mabaso N, Abbai N. The impact of bacterial vaginosis on pregnancy. The Journal of Medical Laboratory Science and Technology of South Africa. 2024 Apr;6(1):42–7.



58. Aparicio Loayza M, Nishihara Tellería G, Foronda MO, Arauco Gutiérrez C. Tricomoniasis y su relación con el peso del recién nacido: Estudio de Casos y Controles. *Revista Científica de la Seguridad Social de Corto Plazo*. 2023 Dec 31;2(2):5–9.
59. Rein MF. Trichomoniasis. In: *Hunter's Tropical Medicine and Emerging Infectious Diseases*. Elsevier; 2020. p. 731–3.
60. Agarwal AM, Rets A. Laboratory approach to investigation of anemia in pregnancy. *International Journal of Laboratory Hematology*. 2021 Jul 20;43(S1):65–70.
61. Ministerio de Salud [MINSA]. *Norma Técnica-Manejo Terapéutico Y Preventivo De La Anemia*. 2017;
62. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Guía de Asistencia Práctica. Parto pretérmino*. 2020.
63. Sweet V, Foley A. Sheehy. *Enfermería de Urgencias* [Internet]. 7th ed. Elsevier, editor. Barcelona: Elsevier; 2021. Available from: https://www.google.com.pe/books/edition/Sheehy_Enfermería_de_Urgencias/nB__DwAAQBAJ?hl=es&gbpv=1
64. Lowdermilk D, Perry S, Cashion K, Alden K, Olshanky E. *Cuidados en enfermería materno-infantil* [Internet]. 12th ed. Elsevier, editor. Barcelona: ELSEVIER; 2020. Available from: https://www.google.com.pe/books/edition/Cuidados_en_enfermería_materno_infantil/SQj2DwAAQBAJ?hl=es&gbpv=1
65. Cárdenas A, Roca J. *Tratado de Medicina Intensiva* [Internet]. 2nd ed. Elsevier, editor. Barcelona: Elsevier; 2022. Available from: https://www.google.com.pe/books/edition/Tratado_de_medicina_intensiva



- /jyluEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&dq=contracciones+uterinas,+amenaza+de+parto&pg=PA1034&printsec=frontcover
66. Ángel E, Bautista A, Parra M. Obstetricia Integral Siglo XXI. [Internet]. 2nd ed. Centro Editorial Universidad Nacional de Colombia, editor. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2022. Available from: https://www.google.com.pe/books/edition/Obstetricia_Integral_Siglo_XXI/335IEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1
 67. Sandhu K. Lo esencial en ginecología y obstetricia [Internet]. 4th ed. Elsevier, editor. Barcelona: Elsevier; 2019. Available from: https://www.google.com.pe/books/edition/Lo_esencial_en_ginecología_y_obstetrici/aYfiDwAAQBAJ?hl=es&gbpv=1
 68. Raddi S, Viswanath L. Principles and Practices of Obstetrics and Gynaecology Nursing [Internet]. Haryana: ELSEVIER; 2023. Available from: https://www.google.com.pe/books/edition/Principles_and_Practices_of_Obstetrics_a/j0rTEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1
 69. Morgan A, Mendonça M, Thiele N, David A. Management and outcomes of extreme preterm birth. *BMJ*. 2022 Jan 10;2(376):559–74.
 70. Choudhury A, Shahsavar Y, Sarkar K, Choudhury M, Nimbarte A. Exploring Perceptions and Needs of Mobile Health Interventions for Nutrition, Anemia, and Preeclampsia among Pregnant Women in Underprivileged Indian Communities: A Cross-Sectional Survey. *Nutrients*. 2023 Aug 24;15(17):3699–709.
 71. Oxford University Press. Oxford Desk Reference Nephrology [Internet]. Barratt J, Topham P, Carr S, Arici M, Liew S, editors. Oxford: Oxford



- University Press; 2021. Available from:
<https://academic.oup.com/book/35502>
72. Johnson R, Taylor W. Skills for Midwifery Practice [Internet]. Varsovia: ELSEVIER; 2023. Available from:
https://www.google.com.pe/books/edition/Skills_for_Midwifery_Practice_E_Book/xjVVEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1
73. Katsambas AD, Lotti TM, Dessinioti C, D'Erme AM, editors. European Handbook of Dermatological Treatments [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2023. Available from:
<https://link.springer.com/10.1007/978-3-031-15130-9>
74. Palleschi G, Cardi A, editors. Cystitis - Updates and Challenges [Internet]. IntechOpen; 2023. Available from:
<https://www.intechopen.com/books/12336>
75. Griggs K, Hrelc D, Williams N, McEwen M, Cypher R. Preterm Labor and Birth. MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing. 2020 Nov;45(6):328–37.
76. Ozel A, Alici E, Yurtkal A, Madazli R. How do platelet-to-lymphocyte ratio and neutrophil-to-lymphocyte ratio change in women with preterm premature rupture of membranes, and threaten preterm labour? J Obstet Gynaecol (Lahore). 2020 Feb 17;40(2):195–9.
77. Wen JY, Liu CF, Chung MT, Tsai YC. Artificial intelligence model to predict pregnancy and multiple pregnancy risk following in vitro fertilization-embryo transfer (IVF-ET). Taiwan J Obstet Gynecol. 2022 Sep;61(5):837–46.



78. Augustin G. Acute Abdomen During Pregnancy [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2023. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/978-3-031-26021-6>
79. Herdiyani R, Kharisma U. The influence the employment contract system and work motivation on the employes' performance of PT Busana Indah Global. *Indonesian Interdisciplinary Journal of Sharia Economics*. 2024;7(2):1–23.
80. Berghella V, Boelig R, Roman A, Burd J, Anderson K. Decreased incidence of preterm birth during coronavirus disease 2019 pandemic. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2020 Nov;2(4):100258–64.
81. Nanda A, Semarawisma A. Association between anemia and preeclampsia: a case control study in Gorontalo region, Indonesia. *Int J Res Med Sci*. 2022;10(1):31–5.
82. Arias J. *Diseño y metodología de la investigación*. Enfoques Consulting Eirl. 2021. 134 p.
83. Rivero M, García Céspedes J, Anibal R, Zevallos E. *Metodología de la Investigación*. 1st ed. Huánuco: Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú; 2021. 1–86 p.
84. Villanueva F. *Metodología de la investigación*. KLIK. Soluciones Educativas; 2022.
85. Medina M, Rojas R, Bustamante W, Loaiza R, Martel C, Castillo R. *Metodología de la investigación: Técnicas e instrumentos de investigación*. 1st ed. Puno: Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú S.A.C; 2023.



86. Niño V. Metodología de la investigación: Diseño, ejecución e informe. Ediciones de la U; 2021.
87. Cerda J, Vera C, Rada G. Odds ratio: aspectos teóricos y prácticos. Rev Med Chil. 2013 Oct;141(10):1329–35.
88. Hernández Y, Hernández V, Batista N, Tejeda E. ¿Chi cuadrado o Ji cuadrado? Medicentro Electrónica. 2017;21(4):1–10.
89. SÜRÜCÜ L, MASLAKÇI A. Validity and reliability in quantitative research. Business & Management Studies: An International Journal. 2020 Sep 25;8(3):2694–726.



ANEXOS



ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

	PP	Edad	EstadoCiv il	GradoDeln strucción	Ocupaci ón	PresenciaPr eviaDeAborto	ControlesP renatales	Periodointe rgenésico	IMC	Paridad	Preeclam psia	InfecciónDelTra ctoUrinario	Infecciones Vaginales	AnemiaPorH emoglobina
1	1	2	2	6	1	1	2	1	2	1	2	3	3	4
2	1	2	2	4	1	1	2	1	4	1	1	2	3	4
3	2	2	2	4	2	1	2	3	4	2	1	2	3	4
4	1	2	2	4	1	1	2	1	1	1	1	1	1	4
5	2	2	2	4	2	1	2	1	3	2	3	1	3	4
6	3	4	3	2	1	2	2	2	3	3	3	1	3	4
7	1	2	1	4	1	1	2	1	4	1	1	2	3	4
8	3	3	3	4	1	2	2	3	4	2	1	1	2	4
9	3	1	2	4	1	1	2	1	1	1	1	1	2	4
10	1	1	2	5	1	1	1	1	4	1	1	2	3	4
11	1	2	1	4	1	1	1	1	4	1	1	1	3	3
12	1	2	2	5	1	1	2	1	4	1	1	1	3	4
13	3	2	2	6	2	1	2	1	2	1	1	3	3	2
14	3	1	2	4	1	1	1	1	4	1	2	3	2	1
15	1	2	1	4	2	2	2	3	4	2	1	1	1	4
16	3	2	2	4	1	1	2	2	1	2	1	1	3	4
17	1	4	3	1	1	1	1	2	3	2	1	1	3	4
18	3	2	2	4	2	1	2	3	3	2	1	3	3	4
19	3	2	2	3	1	2	2	2	4	3	1	2	3	4
20	2	2	1	4	2	1	1	3	4	2	1	3	3	2
21	2	2	2	4	1	1	2	1	1	1	2	3	3	4
22	2	2	2	4	1	1	2	1	4	1	1	2	2	4
23	2	1	2	3	1	1	2	1	4	1	1	3	3	2
24	2	2	2	4	1	1	1	1	4	1	1	3	3	3
25	2	4	2	6	1	2	1	2	2	3	1	3	3	2
26	2	4	2	5	1	1	2	1	4	1	1	2	3	1
27	2	3	3	2	1	1	1	1	4	1	2	3	3	4
28	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	2	3	4
29	2	2	2	6	2	1	2	1	3	1	1	3	3	4
30	1	1	2	4	1	1	1	1	3	1	1	3	2	4
31	2	2	2	6	2	1	2	1	3	1	1	3	3	4
32	1	1	2	4	1	1	1	1	3	1	1	3	2	4
33	2	2	2	6	2	1	2	1	3	1	1	3	3	4
34	1	1	2	4	1	1	1	1	3	1	1	3	2	4
35	2	2	2	6	2	1	2	1	3	1	1	3	3	4
36	1	1	2	4	1	1	1	1	3	1	1	3	2	4



37	1	2	1	4	1	1	2	1	4	1	1	2	3	4
38	3	3	3	4	1	2	2	3	4	2	1	1	2	4
39	3	1	2	4	1	1	2	1	1	1	1	1	2	4
40	1	1	2	5	1	1	1	1	4	1	1	2	3	4
41	1	2	1	4	1	1	1	1	4	1	1	1	3	3
42	1	2	2	5	1	1	2	1	4	1	1	1	3	4
43	3	2	2	6	2	1	2	1	2	1	1	3	3	2
44	3	1	2	4	1	1	1	1	4	1	2	3	2	1
45	1	2	1	4	2	2	2	3	4	2	1	1	1	4
46	3	2	2	4	1	1	2	2	1	2	1	1	3	4
47	1	4	3	1	1	1	1	2	3	2	1	1	3	4
48	3	2	2	4	2	1	2	3	3	2	1	3	3	4
49	3	2	2	3	1	2	2	2	4	3	1	2	3	4
50	2	2	1	4	2	1	1	3	4	2	1	3	3	2
51	2	2	2	4	1	1	2	1	1	1	2	3	3	4
52	2	2	2	4	1	1	2	1	4	1	1	2	2	4
53	2	1	2	3	1	1	2	1	4	1	1	3	3	2
54	2	2	2	4	1	1	1	1	4	1	1	3	3	3
55	2	4	2	6	1	2	1	2	2	3	1	3	3	2
56	2	4	2	5	1	1	2	1	4	1	1	2	3	1
57	2	3	3	2	1	1	1	1	4	1	2	3	3	4
58	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	2	3	4
59	2	2	2	6	2	1	2	1	3	1	1	3	3	4
60	1	1	2	4	1	1	1	1	3	1	1	3	2	4
61	1	2	2	6	1	1	2	1	2	1	2	3	3	4
62	1	2	2	4	1	1	2	1	4	1	1	2	3	4
63	2	2	2	4	2	1	2	3	4	2	1	2	3	4
64	1	2	2	4	1	1	2	1	1	1	1	1	1	4
65	2	2	2	4	2	1	2	1	3	2	3	1	3	4
66	3	4	3	2	1	2	2	2	3	3	3	1	3	4
67	1	2	1	4	1	1	2	1	4	1	1	2	3	4
68	3	3	3	4	1	2	2	3	4	2	1	1	2	4
69	3	1	2	4	1	1	2	1	1	1	1	1	2	4
70	1	1	2	5	1	1	1	1	4	1	1	2	3	4
71	1	2	1	4	1	1	1	1	4	1	1	1	3	3
72	1	2	2	5	1	1	2	1	4	1	1	1	3	4



73	3	2	2	6	2	1	2	1	2	1	1	3	3	2
74	3	1	2	4	1	1	1	1	4	1	2	3	2	1
75	1	2	1	4	2	2	2	3	4	2	1	1	1	4
76	3	2	2	4	1	1	2	2	1	2	1	1	3	4
77	1	4	3	1	1	1	1	2	3	2	1	1	3	4
78	3	2	2	4	2	1	2	3	3	2	1	3	3	4
79	3	2	2	3	1	2	2	2	4	3	1	2	3	4
80	2	2	1	4	2	1	1	3	4	2	1	3	3	2



ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA
¿Cuál es la asociación entre los factores de riesgo y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1 - 4 José Antonio Encinas - Puno 2023?	Determinar la relación que existe entre los factores de riesgo y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1 - 4 José Antonio Encinas - Puno 2023.	Existe relación entre los factores de riesgo y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1 - 4 José Antonio Encinas - Puno 2023.	1. Factores de riesgo	1.1 Factores socio-demográficos 1.2 Factores obstétricos 1.3 Factores patológicos	a) Edad b) Estado civil c) Grado de instrucción d) Ocupación a) Aborto b) Atención prenatal (APP) c) Periodo intergenésico d) IMC e) Paridad a) Preeclampsia b) Infecciones del tracto uterino (ITU) c) Infecciones vaginales d) Anemia	Diseño: No experimental Tipo de investigación: Básica, de nivel relacional, transversal Método: Hipotético-deductivo con enfoque Cuantitativo



<p>¿Cuál es la relación que existe entre los factores sociodemográficos y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1 - 4 José Antonio Encinas?</p>	<p>Identificar la asociación entre los factores sociodemográficos y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1 - 4 José Antonio Encinas.</p>	<p>Existe relación entre los factores sociodemográficos y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1 - 4 José Antonio Encinas - Puno 2023.</p>	<p>2. Amenaza de parto pretérmino</p>	<p>2.1. Amenaza de parto</p>	<p>a) Pretermino extremo (>28 a 32 sem) b) Muy pretermino (>22 a 28 sem) c) Pretermino tardío (> 32 a <37 sem)</p>	<p>Población: 80 gestantes</p> <p>Muestra 80 gestantes</p> <p>Técnica: - Análisis documental</p> <p>Instrumento: - Fichas de recolección de datos</p>
<p>¿Cuál es la relación que existe entre los factores obstétricos y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el</p>	<p>Establecer la asociación entre los factores obstétricos y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento</p>	<p>Existe relación entre los factores obstétricos y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1 - 4</p>				



<p>establecimiento de salud 1 - 4 José Antonio Encinas? ¿Cuál es la relación que existe entre los factores patológicos y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1 - 4 José Antonio Encinas?</p>	<p>de salud 1 - 4 José Antonio Encinas. Analizar la asociación entre los factores patológicos y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1 - 4 José Antonio Encinas.</p>	<p>José Antonio Encinas - Puno 2023. Existe relación entre los factores patológicos y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1 - 4 José Antonio Encinas - Puno 2023.</p>				
<p>¿Cuál es la frecuencia de amenaza de parto pretérmino en</p>	<p>Identificar la frecuencia de amenaza de parto</p>	<p>Existe una alta frecuencia de amenaza de parto</p>				



<p>gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1 - 4 José Antonio Encinas?</p>	<p>pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1 - 4 José Antonio Encinas</p>	<p>pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1 - 4 José Antonio Encinas - Puno 2023.</p>				
---	--	---	--	--	--	--



ANEXO 3: INSTRUMENTOS

INSTRUMENTO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA AMENAZA DE PARTO

PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN ESTABLECIMIENTO DE

SALUD 1-4 JOSE ANTONIO ENCINAS - PUNO 2023

Objetivo: Determinar la relación que existe entre los factores de riesgo y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el establecimiento de salud 1-4 José Antonio Encinas - Puno 2023.

FICHA N° _____

1. HISTORIA CLÍNICA N° _____

2. FACTORES DE RIESGO

2.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

a. EDAD:

17-18 años 19-29 años 30-39 años >40 años

b. ESTADO CIVIL:

Soltera Conviviente Casada

c. GRADO DE INSTRUCCIÓN:

Primaria incompleta Primaria completa

Secundaria incompleta Secundaria completa

Superior incompleto Superior completo

d. OCUPACIÓN

Ama de casa Otras ocupaciones

2.2. FACTORES OBSTÉTRICOS

a. Aborto



Si No

b. Controles prenatales (CPN)

- Menos de 6 controles:

- Más de 6 controles:

c. Periodo intergenésico:

Corto

Largo

Adecuado

d. IMC:

Delgadez

Normal

Sobrepeso

Obesidad

e. Grado de paridad:

Primípara

Múltipara

Gran múltipara

2.3. FACTORES PATOLÓGICOS

a. Preeclampsia:

Leve

Moderada

Severa

b. Infección del tracto urinario:

Cistitis

Bacteriuria asintomática

Pielonefritis

c. Infecciones vaginales:

Hongos (Candidiasis)

Bacterias (vaginosis bacteriana)

Parásitos (tricomoniasis)

d. Anemia:

Leve

Moderada

Severa

Normal

2.4. Amenaza de parto pretérmino: Gestante >22 semanas a < 37 semanas

• Gestante >22 a 28 semanas (pretermino extremo)

• Gestante >28 a 32 semanas (muy pretérmino)

• Gestante > 32 a <37 semanas (pretérmino tardío)



I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y Nombre del experto: Vásquez Paco Percy Tito

1.2 Cargo e Institución donde labora: Gineco Obstetra – CS JAE

1.3 Nombre del Instrumento: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 1-4 JOSE ANTONIO ENCINAS - PUNO 2023

1.4 Ficha de recolección de datos

1.5 Autora del instrumento: MANUELA ROMAN HUAYAPA

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	MUY BUENO	EFICIENTE
		1 - 20	21- 40	41 - 60	61 - 80	81-100
CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					X
OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables					X
ACTUALIDAD	Adecuado el alcance de ciencia y tecnología.					X
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					X
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de calidad y cantidad.					X
INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y desarrollo de capacidades de los involucrados.					X
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos-científicos de la contabilidad/administración					X
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					X
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.					X

II. OPINION DE LA APLICABILIDAD: El presente instrumento es aplicable.....

III. PROMEDIO DE VALORACION: 100%

LUGAR Y FECHA: PUNO 15/11/2024

Dr. Percy Vásquez Paco
MÉDICO CIRUJANO
GINECO OBSTETRA
C.M.P. 34104 - R.N.E. 25553

Firma y sello

DNI: 29426936

Teléfono: 951820588



VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

(Juicio de Expertos)

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y Nombre del experto: Menéndez Escarcena Rosalía

1.2 Cargo e Institución donde labora: Obstetra – CS JAE

1.3 Nombre del Instrumento: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 1-4 JOSE ANTONIO ENCINAS - PUNO 2023

1.4 Ficha de recolección de datos

1.5 Autora del instrumento: MANUELA ROMAN HUAYAPA

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE 1 - 20	REGULAR 21- 40	BUENO 41 - 60	MUY BUENO 61 - 80	EFICIENTE 81-100
CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					X
OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables					X
ACTUALIDAD	Adecuado el alcance de ciencia y tecnología.					X
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					X
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de calidad y cantidad.					X
INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y desarrollo de capacidades de los involucrados.					X
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos-científicos de la contabilidad/administración					X
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					X
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.					X

II. OPINION DE LA APLICABILIDAD: El presente instrumento es aplicable.....

III. PROMEDIO DE VALORACION: 100%

LUGAR Y FECHA: PUNO 15/11/2024




Firma y sello

DNI: 01319587

Teléfono: 970004254



(Juicio de Expertos)

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y Nombre del experto: Calvo Cárdenas José Ramiro

1.2 Cargo e Institución donde labora: Obstetra – CS JAE

1.3 Nombre del Instrumento: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 1-4 JOSE ANTONIO ENCINAS - PUNO 2023

1.4 Ficha de recolección de datos

1.5 Autora del instrumento: MANUELA ROMAN HUAYAPA

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE 1 - 20	REGULAR 21- 40	BUENO 41 - 60	MUY BUENO 61 - 80	EFICIENTE 81-100
CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					X
OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables					X
ACTUALIDAD	Adecuado el alcance de ciencia y tecnología.					X
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					X
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de calidad y cantidad.					X
INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y desarrollo de capacidades de los involucrados.					X
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos-científicos de la contabilidad/administración					X
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					X
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.					X

II. OPINION DE LA APLICABILIDAD: El presente instrumento es aplicable.....

III. PROMEDIO DE VALORACION: ___100%___

LUGAR Y FECHA: PUNO 15/11/2024

Obsta. José Calvo Cárdenas
Obstetra Especialista COP. 7962
DNI: 071309625

Firma y sello

DNI: 071309625

Teléfono: 938329735



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

SOLICITO: AUTORIZACION PARA REALIZAR ESTUDIO DE TESIS.

DR. LUDWIN WILFREDO TICONA MAMANI.

DIRECTOR DE LA RED DE SALUD PUNO

Yo MARIBEL FLORA MAYTA FLORES, Bachiller en obstetricia de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez – Juliaca, identificado con DNI N° 70914046, con domicilio en Jr Bolognesi, del departamento provincia de Puno, Me presento ante usted con el debido respeto y expongo lo siguiente.

Que mediante el presente documento me dirijo ante usted Señor director de la Red Puno, con la finalidad de solicitar autorización para realizar mi estudio de TESIS denominado **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 1-4 JOSE ANTONIO ENCINAS - PUNO 2023**, en la micro red de salud José Antonio Encinas del área de Obstetricia con el fin de optar mi Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

POR LO EXPUESTO:

Ruego a usted señor director de la Red de Salud Puno acceder a mi petición, por ser justa y legal.

Puno, noviembre de 2024

MARIBEL FLORA MAYTA FLORES
DNI: 70914046 - N° CELULAR: 924945320



"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

Puno, 08 de Noviembre del 2024

OFICIO N° 2360 -2024-D.-RED-DE-SALUD-PUNO J.U.RR. HH/ACAP.

Señor:

M.C. GIOVANNI ABILIO DUEÑAS MELO
JEFE DE LA MICRO RED JOSE ANTONIO ENCINAS

PRESENTE. -

ASUNTO : Presentación de Tesista

REFERENCIA : Solicitud del interesado Hoja de Ruta N° 8295



Tengo a bien dirigirme a usted para presentar al tesista: **MARIBEL FLORA MAYTA FLORES** de la "Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, Escuela profesional de Obstetricia", quien solicita recabar datos para la ejecución de su proyecto titulado:

"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 1-4 JOSE ANTONIO ENCINAS-PUNO 2023"

Para ello deberá brindarle las facilidades. Teniendo en cuenta si se presentará algún inconveniente en los documentos que formen parte del estudio de investigación o la salud del tesista, será **RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA** del tesista, para lo cual deberá presentar una carta de compromiso a los EE.SS.

Sin otro particular aprovecho la oportunidad para expresarle las consideraciones más distinguidas.

Atentamente,



JWTM/PHT
C.c. Interesada (o) ()
C.c Arch. ()



[Handwritten signature]
W. Ticóna Mamani
JEFE DE LA RED DE SALUD PUNO
CMP. 87396



ANEXO 7: ANALISIS DE CONFIABILIDAD

Fiabilidad

Escala: ALL VARIABLES

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	15	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	15	100,0

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

Estadísticas de fiabilidad

→

Alfa de Cronbach	N de elementos
,790	13

ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: 01/07/2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: MARIBEL FLORA MAYTA FLORES

Dirección: Jr. BOLOGNESI N° 740

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 70914046

Teléfono: 924945320 email: marimf9635@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. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES

ATENDIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 1 - 4 JOSÉ ANTONIO ENCINAS - PUNO 2023

Palabras claves, (3 a 5 términos): FACTORES PATOLÓGICOS, AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO, GESTANTES.

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1, 2}?

1,2

¹ 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, entré 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.

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 los 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

Línea de investigación: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - P06



Firma de Autor



huella digital

01 de Julio del 2025

Fecha