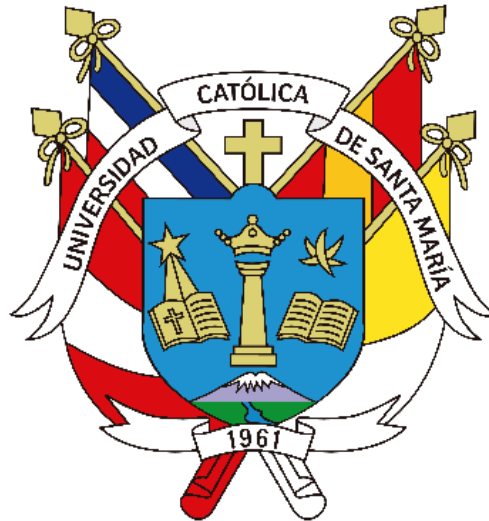


Universidad Católica de Santa María
Facultad de Obstetricia y Puericultura
Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura



“FACTORES MATERNOS QUE CONDICIONAN EL PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ. AREQUIPA. ENERO A DICIEMBRE 2021”

Tesis presentada por las Bachilleres:
Castro Díaz, Lesly Alexandra
Machaca Sucaticona, Katherin Naina

Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Obstetricia

Asesora:
Mg. Sotomayor Martínez, Victoria

Arequipa- Perú
2023

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
OBSTETRICIA Y PUERICULTURA**

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 27 de Abril del 2023

Dictamen: 006421-C-EPOYP-2023

Visto el borrador del expediente 006421, presentado por:

**2016244362 - CASTRO DIAZ LESLY ALEXANDRA 2016250602 -
MACHACA SUCATICONA KATHERIN NAINA**

Titulado:

**FACTORES MATERNOS QUE CONDICIONAN EL PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ. AREQUIPA. ENERO A DICIEMBRE 2021**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**29203672 - ESCOBEDO VARGAS JANNET MARIA
DICTAMINADOR**



**29642489 - CARDENAS NUÑEZ YENHNY MARGARETH
DICTAMINADOR**



**29630138 - MEZA FLORES FABIOLA CARMEN
DICTAMINADOR**



DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios por acompañarme en este camino, darme fortaleza y sabiduría en cada paso de mi vida.

A mis padres Ronald y María Eugenia por su esfuerzo, cariño y paciencia para darme la oportunidad de seguir esta carrera,

A mi hermana Diana que con su apoyo y amor incondicional me ayuda siempre a seguir adelante.

A todas aquellas personas que han aportado de alguna manera a la ejecución de este proyecto.

Lesly Alexandra Castro Díaz

En primer lugar, a Dios por ser el forjador de mi camino, también darle mi amor y gratitud por acompañarme todos los años de mi vida y darme fuerza y voluntad para dar cada paso en esta vida.

A mis padres Javier y Ninfa, por el amor, esfuerzo y dedicación que pusieron para culminar esta carrera profesional.

A mis hermanos Russell y Milagros que con su respaldo y amor me impulsaron a salir adelante.

Katherin Naina Machaca Sucaticona

AGRADECIMIENTO

Agradecemos primeramente a Dios por sus bendiciones y guiarnos en cada etapa de nuestra vida.

Agradecemos a la Dra. Jannet Escobedo Vargas , decana de nuestra facultad por brindarnos su apoyo y orientación en este proceso.

A nuestra asesora , facilitadora y dictaminadores , gracias por su apoyo y conocimiento pudimos concluir con éxito nuestra tesis .

A nuestras familias por estar presentes y brindarnos la fortaleza para seguir adelante en cada paso .

Lesly Alexandra Castro Díaz y Katherin Naina Machaca Sucaticona

RESUMEN

La finalidad del presente estudio es identificar los factores maternos que condicionan el parto pretérmino tardío en gestantes que se atendieron en el Hospital Goyeneche Arequipa de enero a diciembre 2021.

Objetivo: Establecer los factores maternos presentes en las gestantes con Parto Pretérmino Tardío en el Hospital Goyeneche Arequipa de Enero a diciembre 2021.

Material y Métodos: Se recopilaron datos de los expedientes médicos de las féminas que han dado a luz antes de tiempo en el Hospital Goyeneche, de un total de 216 mujeres con diagnóstico de parto prematuro entre enero y diciembre de 2021, se seleccionó aleatoriamente una muestra de 108 mujeres y se registraron dichos datos en fichas para su análisis estadístico.

Resultados: De los componentes gineco-obstétricos, se halló que el 39.8% de las mujeres que se atendieron en el Hospital Goyeneche fueron múltiparas, el 12% tuvieron ruptura prematura de membranas, el 1.9% de las mujeres atendidas mostraron polihidramnios, el 7.4% mostraron embarazo múltiple, el 21.3% de las mujeres atendidas presentaron enfermedad hipertensiva del embarazo, el 0.9% presentaron antecedente de parto pretérmino anterior y el 29.6% tuvieron la presencia de antecedente de aborto. En los factores sociales se apreció que el 25% de las mujeres atendidas tuvieron entre 31-35 años, el 36.1% tuvieron obesidad y el 1.9% de las mujeres atendidas presentó consumo de tabaco. De los factores infecciosos se evidenció que el 0.9% del total de damas atendidas presentaron infección al tracto urinario, el 14.8% presentaron bacteriuria asintomática y el 0.9% presentaron vaginosis bacteriana.

Conclusiones: Con respecto a la relación de los factores maternos y el Parto Pretérmino Tardío, se encontró que según la prueba de chi cuadrado ($X^2=14.019$) solamente la Enfermedad Hipertensiva del embarazo y la Edad gestacional presentaron relación estadísticamente significativa ($P\text{-valor}<0.05$).

Palabras claves: parto pretérmino tardío, factores de riesgo, enfermedad hipertensiva del embarazo.

ABSTRACT

The purpose of this study is to identify the maternal factors that condition late preterm delivery in pregnant women who were treated at the Goyeneche Arequipa Hospital from January to December 2021.

Objective: To establish the maternal factors present in pregnant women with late preterm labour at the Goyeneche Arequipa Hospital from January to December 2021.

Material and Methods: Data were collected from the medical records of the women who have given birth prematurely at the Goyeneche Hospital, from a total of 216 women diagnosed with premature labor between January and December 2021, a sample of 108 women was randomly selected and Said data were recorded in files for statistical analysis.

Results: Of the gynecological-obstetric components, it was found that 39.8% of the women who were treated at the Goyeneche Hospital were multiparous, 12% had premature rupture of their membrane, 1.9% of the women treated showed polyhydramnios, 7.4% showed multiple pregnancy, 21.3% of the women attended had hypertensive disease of pregnancy, 0.9% had a history of previous preterm delivery and 29.6% had a history of abortion. In the social factors it was observed that 25% of the women attended were between 31-35 years old, 36.1% had obesity and 1.9% of the women attended presented tobacco use. Of the infectious factors, it was evidenced that 0.9% of the total number of ladies attended presented urinary tract infection, 14.8% presented asymptomatic bacteriuria and 0.9% presented bacterial vaginosis.

Conclusions: Regarding the relationship between maternal factors and Late Preterm Delivery, it was found that according to the chi-square test ($X^2=14.019$) only the Hypertensive Disease of pregnancy and the Gestational Age presented a statistically significant relationship ($P\text{-value} < 0.05$).

Key words: late preterm birth, risk factors, hypertensive disease of pregnancy.

INDICE

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCION	xiii
CAPITULO I.....	1
PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
2. OBJETIVOS.....	5
3. MARCO TEÓRICO	6
3.1.1. Definición de Parto Pretérmino.....	6
3.1.2. Definición de Parto Pretérmino Tardío.....	6
3.1.3. Factores que se asocian al Parto Pretérmino Tardío	6
3.1.4. Factores gineco-obstétricos.....	6
3.1.4.1. Paridad.....	6
3.1.4.2. Presencia de Ruptura Prematura de Membranas.....	7
3.1.4.3. Polihidramnios.....	7
3.1.4.4. Embarazo múltiple	8
3.1.4.5. Enfermedad Hipertensiva del Embarazo.....	9
3.1.4.6. Antecedente de parto/s pretérmino/s anterior/es	10
3.1.4.7. Antecedente de aborto.....	10
3.1.5. Factores Sociales.....	11
3.1.5.1. Edad Materna	11
3.1.5.2. Índice de Masa Corporal	11
3.1.5.3. Tabaquismo	12
3.1.5.4. Alcoholismo	12
3.1.6. Factores Infecciosos.....	13
3.1.6.1. Infección del Tracto Urinario Gestacional	13
3.1.6.2. Bacteriuria Asintomática.....	14

3.1.6.3. Pielonefritis	14
3.1.6.4. Vaginosis Bacteriana.....	14
4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	16
5. HIPÓTESIS.....	23
CAPITULO II.....	24
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	24
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	25
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	25
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	27
4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS	27
CAPITULO III.....	29
RESULTADOS.....	29
DISCUSIÓN.....	57
CONCLUSIONES.....	59
RECOMENDACIONES	60
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	61
ANEXOS	66
ANEXO N.º 1.....	67
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	67
ANEXO N.º 2.....	68
DELIMITACION GEOGRAFICA DEL HOSPITAL GOYENECHE.....	68
ANEXO N.º 3.....	69
MATRIZ DE DATOS	69
ANEXO 4.....	73
CARTA DE PRESENTACION	73
ANEXO 5.....	74
AUTORIZACION.....	74

INDICE DE TABLAS

TABLA N° 1 FACTORES MATERNOS PRESENTES EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021. **¡Error! Marcador no definido.**

TABLA N° 2 FACTORES GINECO OBSTÉTRICOS PRESENTES EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021. **¡Error! Marcador no definido.**

TABLA N° 3 FACTORES INFECCIOSOS PRESENTES EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021. 32

TABLA N° 4 EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021 33

TABLA N° 5 RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021. 35

TABLA N° 6 RELACIÓN ENTRE EL TABAQUISMO Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021. 37

TABLA N° 7 RELACIÓN ENTRE LA PARIDAD Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021. 39

TABLA N° 8 RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021. 41

TABLA N° 9 RELACIÓN ENTRE POLIHIDRAMNIOS Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021. 43

TABLA N° 10 RELACIÓN ENTRE EMBARAZO MÚLTIPLE Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021..... 45

TABLA N° 11 RELACIÓN ENTRE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021. 47

TABLA N° 12 RELACIÓN ENTRE EL ANTECEDENTE DE PARTO PRETÉRMINO ANTERIOR Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021..... 49

TABLA N° 13 RELACIÓN ENTRE EL ANTECEDENTE DE ABORTO Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021. 51

TABLA N° 14 RELACIÓN ENTRE LA INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021. 53

TABLA N°. 15 RELACIÓN ENTRE LA BACTERIURIA ASINTOMÁTICA Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021. 55



INDICE DE GRAFICOS

GRÁFICO 1. EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENCHE 2021.....	34
GRÁFICO 2. RELACIÓN ENTRE EL INDICE DE MASA CORPORAL Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENCHE 2021.	36
GRÁFICO 3. RELACIÓN ENTRE EL TABAQUISMO Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENCHE 2021.....	38
GRÁFICO 4. RELACIÓN ENTRE LA PARIDAD Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENCHE 2021.....	40
GRÁFICO 5. RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENCHE 2021.....	42
GRÁFICO 6. RELACIÓN ENTRE POLIHIDRAMNIOS Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENCHE 2021.....	44
GRÁFICO 7. RELACIÓN ENTRE EMBARAZO MÚLTIPLE Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENCHE 2021.....	46
GRÁFICO 8. RELACIÓN ENTRE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENCHE 2021.....	48
GRÁFICO 9. RELACIÓN ENTRE EL ANTECEDENTE DE PARTO PRETÉRMINO ANTERIOR Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENCHE 2021.....	50
GRÁFICO 10. RELACIÓN ENTRE EL ANTECEDENTE DE ABORTO Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENCHE 2021.	52
GRÁFICO 11. RELACIÓN ENTRE LA INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENCHE 2021.	54

GRÁFICO 12. RELACIÓN ENTRE LA BACTERIURIA ASINTOMÁTICA Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021. 56



INTRODUCCION

Según se estima, cada año nacen aproximadamente 15 millones de infantes prematuros alrededor del mundo, y de ellos, alrededor de un millón fallecen debido a complicaciones relacionadas con el parto (1).

La prematuridad en el parto puede tener diversas causas, siendo las más comunes la rotura temprana de membranas, las enfermedades hipertensivas de los embarazos y el desprendimiento prematuro de placenta (2).

La OMS señala como la definición del parto prematuro como el que ocurre previo a las 37 semanas de gestación, categorizando al recién nacido pretérmino tardío como aquel niño que nace entre la semana 34 hasta la semana 36 (3).

A nivel mundial las tasas de prematuridad están incrementándose principalmente debido al aumento de los nacimientos prematuros tardíos.

Un bebé prematuro tardío es aquel que nació antes de término, lo que puede resultar en diversos problemas iniciales debido a su inmadurez. En este período, la tasa de nacimientos de bebés prematuros tardíos es de 6 hasta 7 veces mayor que la de los bebés que nacen a término (4).

A nivel nacional dichos nacimientos cada vez son más recurrentes, entre enero y octubre del 2021 fueron el 6.79 % del total de nacidos vivos, a pesar del notable avance medicinal, los partos pretérminos aún son de los obstáculos más habituales en la obstetricia de nuestros hospitales (5,6).

Es por ello la importa de realizar este estudio para describir los factores maternos que condicionan el parto pretérmino tardío, actualizar la información de los principales elementos que conllevan a este y sugerir nuevas formas de manejo para reducir las tasas de prevalencia del parto pre termino tardío.

Este trabajo científico se presentará en 3 capítulos, en el cual planteamos las teorías del trabajo, su metodología utilizada, los resultados conseguidos en dicho trabajo, una discusión con respecto a los resultados y finalmente algunas recomendaciones.



1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

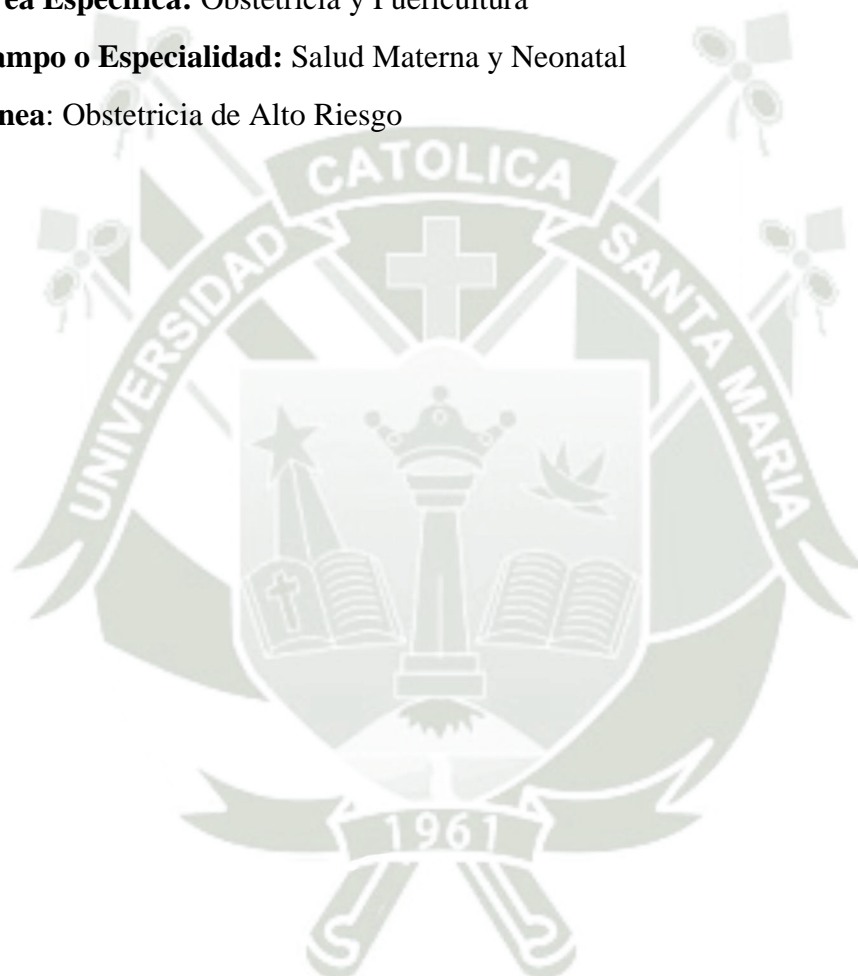
1.1 ENUNCIADO

“Factores maternos que condicionan el parto pretérmino tardío en gestantes atendidas en el Hospital Goyeneche Arequipa de enero a diciembre 2021.”

1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Área De Conocimiento

- **Área General:** “Ciencias de la Salud”
- **Área Específica:** Obstetricia y Puericultura
- **Campo o Especialidad:** Salud Materna y Neonatal
- **Línea:** Obstetricia de Alto Riesgo



1.2.2. Análisis y Operacionalización de Variables

VARIABLE	INDICADORES	SUB-INDICADORES
Variable Independiente: Factores maternos	Factores Gineco-Obstétricos	<ul style="list-style-type: none"> • Paridad • Presencia de ruptura prematura de membranas • Polihidramnios • Embarazo múltiple • Enfermedad hipertensiva del embarazo • Antecedente de parto/s pretérmino/s anterior/es • Antecedente de aborto
	Factores Sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Edad materna • Índice de masa corporal • Tabaquismo • Alcoholismo
	Factores Infecciosos	<ul style="list-style-type: none"> • Infección de tracto urinario gestacional • Bacteriuria asintomática • Pielonefritis • Vaginosis bacteriana
Variable Dependiente: Parto Pretérmino Tardío	Semanas de gestación	<ul style="list-style-type: none"> • Parto entre (34 - 36,6)

1.2.3 Interrogantes básicas

1. ¿Cuáles son los factores maternos presentes en las pacientes con parto pretérmino tardío en el Hospital Goyeneche Arequipa de enero a diciembre 2021?
2. ¿Cuál es el número de partos pretérmino tardío en el Hospital Goyeneche Arequipa de enero a diciembre 2021?
3. ¿Existe relación entre los factores maternos y el parto pretérmino tardío en gestantes atendidas en el Hospital Goyeneche Arequipa de enero a diciembre 2021?

1.2.4 Tipo de investigación

El presente estudio es documental.

1.2.5 Nivel de Investigación

El nivel es descriptivo - relacional

1.3 Justificación

- a) **Relevancia social**, dicho estudio fue diseñado para beneficiar a la población de gestantes y neonatos, pues aunque la muerte neonatal se ha reducido progresivamente en neonatos no prematuros, no se ha conseguido disminuir esta mortalidad en neonatos prematuro tardíos (34 A 36 semanas) ya que a nivel nacional se aproxima a 3% y en nuestra región Arequipa en 2019 tuvimos una tasa de mortalidad neonatal de 5.95% (7), lo que nos indica que a pesar de los esfuerzos estas cifras no se reducen de manera importante por lo que en esta investigación se buscara afirmar cuales son los principales factores que favorecen o no al parto pre término tardío.
- b) **Relevancia científica**, nuestra investigación aportará conocimientos significativos del factor de riesgo, además de prevenir las principales dificultades en los recién nacidos desarrolladas en el parto pretérmino tardío, de esa manera disminuir las altas tasas de morbilidad perinatal y así fortalecer las medidas preventivas y cuidados básicos en los bebés nacidos prematuros. Por otro lado, el personal médico se beneficiará al proporcionar conocimientos más actualizados.
- c) **Contribución académica**, con la presente investigación buscamos afianzar nuevos conocimientos para contribuir positivamente a futuros profesionales.

- d) **Interés personal**, consideramos muy importante realizar este estudio para dar a conocer aquellos factores maternos del parto pretérmino tardío, ya que no se ha dado mucho énfasis en conocer dichos factores de riesgo.

2. OBJETIVOS

1. Establecer los factores maternos presentes en las gestantes con parto pretérmino tardío en el Hospital Goyeneche Arequipa de enero a diciembre 2021.
2. Determinar el número de partos pretérmino tardío en el Hospital Goyeneche Arequipa de enero a diciembre 2021.
3. Determinar la relación entre los factores maternos y el parto pretérmino tardío en el Hospital Goyeneche Arequipa de enero a diciembre 2021.



3. MARCO TEÓRICO

3.1. MARCO CONCEPTUAL

3.1.1. Definición de Parto Pretérmino

Es aquel producido entre la semana 22 de gestación y previo a cumplir la semana 37, este puede ser espontáneo o iatrogénico (2,8):

- Espontáneo: Representa las 2/3 partes del parto prematuro.
- Iatrogénico: Es inducido por indicación médica secundaria a patología materna o fetal (9).

3.1.2. Definición de Parto Pretérmino Tardío

Según el American College of Obstetricians and Gynecologists, los nacimientos que ocurren entre las semanas 34 y 36 completas se consideran de pretérmino tardío (2).

El recién nacido de parto Pretérmino Tardío corresponde aproximadamente al 70-80% de los partos prematuros y presenta mayor morbilidad que el recién nacido a término (RNT) y no solamente en la fase neonatal, asimismo en la infancia, presentando altas tasas de re-hospitalización y admisiones hospitalarias de emergencias, mayor riesgo de infección, problemas en la respiración y trastornos de neurodesarrollo. En conclusión, se entiende que puede haber complicaciones en un corto o largo plazo (10,4).

3.1.3. Factores que se asocian al Parto Pretérmino Tardío

Son los factores o características específicas que predisponen al parto pretérmino tardío.

3.1.4. Factores gineco-obstétricos

3.1.4.1. Paridad

La paridad se hace referencia a la cantidad de gestaciones anteriores, sin incorporar la gestación actual (11).

La cantidad de gestaciones interrumpidas previo a las 22 semanas independientemente de la causa se define como número de abortos. La cantidad de paridades aumentado con los abortos da como resultado los embarazos totales (12). Mujeres con la paridad de 4 a más poseen alrededor de 5 veces mayores posibilidades de partos prematuros que aquellas cuya paridad fue menor a 4 (13).

3.1.4.2. Presencia de Ruptura Prematura de Membranas

Esta ruptura ocurre cuando hay una discontinuidad en las membranas corioamnióticas antes de que comience la labor del parto, debido a la contracción uterina y a los respectivos estiramientos (14,15). Al desintegrarse las membranas, empieza la fase de latencia para empezar el trabajo de parto, este periodo es en promedio 4 días, por lo que se recomienda el parto dentro de las primeras 24 horas. Lo que incrementa el riesgo de parto prematuro (16).

La causa es desconocida, pero se puede atribuir al debilitamiento funcional que se presentan en sus membranas por la disminución de resistencias.

Hay factores que conducen a su progreso, estos son similares a los relacionados a parto prematuro (17,18).

La infección del tracto urinario que causa las roturas prematuras de las membranas es responsable del tercio de los bebés nacidos prematuros y es un factor que apoya al incremento de los partos prematuros tardíos (15,19).

3.1.4.3. Polihidramnios

Es un cuadro que se define como el aumento anormal del líquido amniótico superior a 2000 ml o cuando se presenta un ILA mayor a 24 cm. El Índice de Líquido Amniótico (ILA) corresponde a la sumatoria de la profundidad vertical del líquido en cada uno de los cuatro cuadrantes del útero. Los valores considerados normales del ILA se encuentran entre >5 y <24 cm, mientras que aquellos valores ≥ 24 cm indican la presencia de polihidramnios (20).

Se puede sospechar hidramnios si el tamaño del útero supera el esperado para la edad gestacional, posible percepción de un tono aumentado, dificultad para

palpar las partes fetales o la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal y síntomas maternos como dolor, contracciones o dificultad para respirar (2).

El polihidramnios crónico ocurre en el periodo del tercer trimestre del embarazo, a medida que el líquido se acumula gradualmente y las gestantes pueden tolerar la sobre distensión, mientras que el polihidramnios agudo generalmente se desarrolla temprano en la gestación (20-26 semanas), el útero duplica su tamaño en un par de horas causando inquietud, dificultad para respirar y dolor abdominal, lo que conlleva a dar a luz prematuramente previo a las 28 semanas.

Se relaciona a factores fetales y maternos, siendo el parto prematuro el factor con más riesgo del aumento de la mortalidad perinatal relacionado a polihidramnios, por otro lado, las roturas prematuras de membranas por la salida repentina y extemporáneo de gran cantidad de líquido amniótico también es un factor importante que a la misma vez entraña riesgo de abrupcio placentae y de prolapso de cordón.

En cuanto a hemorragias postparto se van a dar por la sobre distensión uterina previa que causara atonía uterina (21).

3.1.4.4. Embarazo múltiple

La mayoría de los embarazos múltiples terminan previo a la semana 37 de embarazo en comparación con los embarazos únicos, existiendo un elemento de peligro frente a la prematuridad en los neonatos (22,23).

Los mecanismos de partos pretérminos en una gestación múltiple estarán influenciados por su asociación con la sobre distensión uterina, el acrecentamiento de volumen intrauterino y con complejidades en relación, como la incapacidad cervical (14). De manera similar puede incrementar la contractibilidad miometrial, las secreciones de prostaglandinas o la agrupación de receptores oxitócicas en el miometrio (24). La duración promedio de las gestaciones múltiples es más reducido entre mayor sea el número de fetos por lo tanto en los embarazos gemelares es más frecuente que terminen a las 36 semanas y en consecuencia entran en el grupo de pretérmino tardío (25,14).

Si una mujer inicia con trabajo de parto prematuro, no se puede detener el parto. Son casos poco frecuentes donde se puede postergar el parto, este retraso permite que el entorno protector del útero continúe desarrollándose, sin embargo, en la actualidad no existen métodos eficaces para prevenir el parto prematuro en embarazos múltiples.

3.1.4.5. Enfermedad Hipertensiva del Embarazo

La enfermedad hipertensiva de los embarazos es la complicación clínica más frecuente en los embarazos y la segunda causante más frecuente de muerte materna directa (26).

Dicha enfermedad se diagnostica cuando una mujer embarazada presenta una lectura de presión arterial igual o superior a 140/90 mmHg. después de la semana 20 del embarazo o durante la segunda mitad.

La patogénesis de las enfermedades hipertensivas del embarazo indica que es un trastorno multisistémico que se cree que tiene su origen en la disfunción de la placenta, que a su vez se origina en el defecto en la irrupción trofoblástica y en la remodelación de la arteria espiral materna, lo que resulta en una disminución de las perfusiones uteroplacentarias e isquemias placentarias. Los investigadores propusieron varios factores, como el genético, inmunológico, endocrino, nutricional e inflamatorio, como posibles causas. Sin embargo, después de estudios exhaustivos, todavía no se identificaron las causas decisivas de este trastorno (27).

La hipertensión arterial está vinculada con el bajo peso al nacer, posiblemente ocasionado por la reducción del flujo sanguíneo placentario lo que puede alterar el crecimiento fetal, forzando a obstaculizar a beneficio de la madre el embarazo previo a su término, asociándose con un mayor riesgo de prematuridad (14).

La preeclampsia, se considera como una transcendental causa de muerte en los neonatos prematuros, puede ocurrir un desprendimiento originario de la placenta provocando un parto prematuro o complicaciones maternas. Las mujeres embarazadas diagnosticadas antes de las 34 semanas del embarazo

poseen una mayor asociación con la restricción de los crecimientos intrauterinos, poco peso en el nacimiento y mayor tasa de prematuridad (25).

3.1.4.6. Antecedente de parto/s pretérmino/s anterior/es

El principal factor riesgoso para la recurrencia del parto prematuro es tener antecedentes de partos prematuros espontáneos, y es común que la recurrencia se produzca en el mismo momento gestacional que el parto prematuro anterior (5).

El estudio demostró que las gestantes que han tenido un parto prematuro tienen una probabilidad 2,5 veces mayor de tener otro en su embarazo presente, mientras que tener antecedentes de bebés prematuros incrementa el riesgo en 5 veces (25,10).

La presencia previa de parto prematuro es el factor riesgoso principal para su recurrencia, y en casi todos los casos, son producidos en la misma etapa gestacional (28). Mujeres con un alto riesgo incluyen aquellas con historial de partos prematuros previos y que actualmente tienen amenaza, así como aquellas con antecedentes de múltiples embarazos prematuros (19).

Las gestantes que tuvieron parto prematuro anterior, previa a la semana 34 tienen un mayor riesgo, la cantidad y las edades gestacionales en que ocurrieron los partos prematuros anteriores indican el riesgo en el embarazo actual (29).

3.1.4.7. Antecedente de aborto

Se refiere a la complicación del embarazo previos a la semana 22 o con su peso de menos de 500gr, seis meses previos al presente embarazo.

El aborto puede estar clasificado como; aborto espontáneo e inducido.

Después de un aborto inducido, puede haber un factor de riesgo permanente para futuros nacimientos prematuros (30).

El antecedente del aborto que ocurre previo a los 6 meses intensifica la presencia de prematuridad en comparación al que se da de 6 a 12 meses previos (10).

Los expertos determinaron que la realización de abortos previos y los embarazos múltiples se relacionaron en mayor medida con el riesgo de parto prematuro. No obstante, se puede afirmar que se puede originar por diversos factores debido a la existencia de demás factores significativos y a la interacción entre ellos (30).

3.1.5. Factores Sociales

3.1.5.1. Edad Materna

La edad materna es el periodo vivido de un individuo desde que nace. La bibliografía menciona que los embarazos en edades que no superan los 19 años y aquellos que superan los 35 años son estimadas edades extremas, por lo que hay probabilidad de un escaso desarrollo de la arquitectura pelviana o hipogenitalismo en gestantes menores de 19 años y en gestantes con edades superiores a 35 años pueden mostrar resistencia vulvovagoperineal, miomatosis o contracciones uterinas insuficientes en el transcurso del parto, por lo que la incidencia de prematuridad incrementa (10,11).

3.1.5.2. Índice de Masa Corporal

Es aquella fórmula que calcula la grasa corporal del cuerpo en base a la talla y peso del individuo, que se utiliza normalmente para reconocer tanto el sobrepeso como el bajo peso en adultos (31).

El exceso de peso o la obesidad se relacionan con mayores riesgos de complicaciones maternas en el embarazo, ya sea la preeclampsia o diabetes en la gestación.

La obesidad ha sido descrita como una condición inflamatoria grave de grado bajo, que se caracteriza por niveles elevados de citoquina proinflamatoria como el componente de necrosis tumoral alfa (TNF-a), la interleuquina 6 (IL-6) y la proteína de las fases agudas, como la proteína C reactiva (PCR). Es sustancial destacar que el estado inflamatorio relacionado con la obesidad, al parecer esta principalmente inducido y localizado en el tejido adiposo blanco (TAB),

aunque demás órganos importantes del metabolismo de igual forma pueden estar involucrados en el transcurso de dicha inflamación.

Principalmente, la preeclampsia es la razón más importante para considerar la necesidad de un parto prematuro, ya que es preocupante para la salud materna y del neonato. Además, la infección y la inflamación son factores riesgosos significativos para el inicio espontáneo del parto prematuro, y la obesidad de la madre está relacionada con un aumento al producir proteínas inflamatorias (32).

Un bajo índice de masas corporales previo al embarazo está relacionado con un ligero aumento del riesgo del parto prematuro (33).

3.1.5.3. Tabaquismo

Consumir cigarrillos en el transcurso del embarazo se considera una razón muy significativa que provoca efectos perjudiciales sobre el feto. En el embarazo las madres suministran oxígeno y nutrientes al feto, y además existe la posibilidad de transmitirle sustancias químicas nocivas (34).

Las causas más comunes incluyen la amenaza del parto prematuro debido a que se desprende la placenta normo inserta, así como enfermedades crónicas que la madre padezca (35).

Se cree firmemente que tanto el consumo como la exposición al tabaco están relacionados con el parto prematuro debido a que su principal componente, la nicotina, se considera como el tóxico que tiene un efecto vasoconstrictor. En consecuencia, durante el embarazo, las circulaciones placentarias se reducen, lo que implica una baja al suministrar oxígeno o nutrientes al neonato. Como resultado, aumenta el peligro de partos prematuros, ya que la privación de oxígeno o nutrientes puede llevar a una disminución en el peso fetal y en la duración del embarazo, y en casos extremos, aumentar la mortandad perinatal (35).

3.1.5.4. Alcoholismo

La ingesta de alcohol durante la gestación se considera un factor riesgoso importante para complicaciones obstétricas graves, como las insuficiencias

placentarias, los retrasos del crecimiento intrauterino, el desprendimiento prematuro de su placenta, los abortos espontáneos y los partos prematuros (36).

No existe una relación dosis-respuesta puntual entre el total de alcohol ingerido en el embarazo y el perjuicio ocasionado por éste al feto. Así los recién nacidos de madres que han consumido alcohol pueden mostrar efectos del alcoholismo fetal, defectos del nacimiento interrelacionados con alcohol o no presentar ninguna anomalía (37).

3.1.6. Factores Infecciosos

3.1.6.1. Infección del Tracto Urinario Gestacional

La ocurrencia de la infección urinaria en el periodo del embarazo incrementa las reacciones inflamatorias en el tejido de las madres y los fetos, lo que se relaciona estrechamente con un riesgo alto para la gestante y su bebe (28). Durante el embarazo, el sistema urinario también experimenta cambios, como el incremento de tamaño del riñón y las tasas de filtraciones glomerulares. Además, se puede apreciar una hidroureteronefrosis ligera y una obstrucción mecánica debido al crecimiento del útero, lo que puede contribuir a la estasis urinaria. La orina también experimenta cambios en el pH y en la composición química, lo que crea un ambiente favorable para el desarrollo bacteriano y puede conducir a la infección del tracto urinario. Todos estos cambios pueden aumentar la respuesta inflamatoria en los tejidos maternos y fetales, lo que aumenta el riesgo para la madre y el neonato (38). Cerca del 10% de gestantes en el Perú padecen de infección urinaria debido a variaciones fisiológicas que suceden durante el embarazo (10).

La infección de los tractos urinarios que no se tratan a tiempo, pueden conllevar a una infección renal, que a la misma vez es la causa de ruptura temprana de membranas, partos prematuros y bajos pesos al nacer (15).

3.1.6.2. Bacteriuria Asintomática

Se refiere a la abundante presencia bacterial en el tracto urinario de mujeres asintomáticas, de forma permanente (39).

En el proceso de gestación, se producen importantes variaciones en el cuerpo de las mujeres que aumentan el riesgo de contraer infecciones en el tracto urinario. Los cambios tanto hormonales como mecánicos pueden causar estasis urinarias y reflujos vesicoureteral. Además, la uretra corta (3 hasta 4 cm) y las dificultades para mantener una higiene apropiada en el embarazo, sumado a las distensiones pélvicas, son factores que contribuyen a la repetición de la infección de tracto urinario en el embarazo (39).

3.1.6.3. Pielonefritis

Tanto las infecciones como las Pielonefritis son dificultades de Salud Pública que afectan a las mujeres en la etapa gestación y que pueden traer consecuencias ya sea para la madre como para el feto (40).

La Pielonefritis, se considera como la infección de tracto urinario alto y de los parénquimas renales de uno o los dos riñones, es causado principalmente por Enterobacterias, la pielonefritis en las pacientes gestantes es una infección bacteriana grave y muy común en esta etapa se presenta por lo habitual en el segundo hasta el tercer trimestre de la gestación que suele ser secundaria a la bacteriuria asintomática no diagnosticada o tratada de forma incorrecta. Después de las infecciones materna, se produce una hipoxia en la decidua, lo que conduce a la producción de colagenasas y estromelisin. Además, se induce la producción de metaloproteinasas en el corion y los amnios, lo que debilita y desintegra las proteínas de las matrices extracelulares. Como resultado, se produce una ruptura temprana de la membrana ovulares (38).

3.1.6.4. Vaginosis Bacteriana

Es la infección que altera el equilibrio habitual de las bacterias, lo que conduce a un aumento en la diversidad bacteriana. Aunque su origen no está claramente

identificado, no se transmite por vía sexual, aunque sí se relaciona con las relaciones sexuales vaginales. Por lo tanto, puede surgir en el contexto de enfermedades por vía sexual al ser investigadas (41).

Las amenazas de parto temprano es una razón común de consulta en emergencias obstétricas, y en muchos casos se le atribuye a una infección urinaria, mientras que la infección de tracto vaginal a menudo se pasa por alto (41).



4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

4.1. A NIVEL LOCAL:

4.1.1. AUTOR: Casani Chara Lizbeth Rocío

TITULO: “FACTORES ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA 2020”

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores que se asocian a los partos pretérminos en dicho hospital

Material y métodos: Se efectuó un análisis observacional, transversal y retrospectivo examinando los historiales clínicos de mujeres que dieron a luz prematuramente. La información se recolectó utilizando fichas de recopilación de datos, y se hizo uso de la prueba del Chi cuadrado para evaluar la asociación de sus variables a una significancia de $p < 0.05$. **Resultados:** Se reveló que aquel parto pretérmino representó el 3.2% del total de partos. La edad de gestación de menos de 28 semanas resultó 4.39%, entre las semanas 28 y 32 del 14.91% y de 32 hasta 37 de 80.70%. Se observó que el 66.67% de las pacientes presentaba edades desde los 19 hasta los 35 años, el 70.18% presentaba sobrepeso, el 70.18% eran convivientes, el 62.28% solo tenían el nivel de estudio secundario, el 6.14% tenía antecedentes de partos pretérminos tempranos, el 69.3% tenía un periodo intergenésico de 2 a 10 años, el 12.28% tenía gestación múltiple, el 0.88% tenía malformación uterina, el 50.88% padecía de ITU, el 18.42% tenía preeclampsia, el 10.53% tenía placentas previas, el 7.89% tenía DPP, el 1.75% tenía anomalía congénita y el 5% tenía RCIU **Conclusiones:** La preeclampsia materna muestra asociación estadística significativamente con el valor de X^2 ($p=0.049$), mientras que no se encontró asociación significativamente estadística en otros factores maternos. Por otro lado, los factores fetales como la presencia de la anomalía congénita con el X^2 ($p=0.784$) y las restricciones de crecimientos intrauterinos con el X^2 ($p=0.535$) no mostraron relación significativamente estadística con los partos pretérminos (5).

4.1.2. AUTOR: Moreno Ruiz, Luis Fernando

TITULO: “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ EN AREQUIPA 2017”

RESUMEN

Esta investigación tiene como fin identificar los factores riesgosos que se relacionan con el parto pretérmino, en dicho hospital. **Objetivos:** Identificar los factores riesgosos que se relacionan con el parto pretérmino. **Material y métodos:** los datos fueron extraídos del SIP y se llevó a cabo la revisión la revisión del historial clínico de 107 gestantes diagnosticadas con parto pretérmino en dicho año. Se seleccionó al azar una muestra conformada por 78 gestantes, la cual se ajustó para 10% de pérdida, de las cuales 70 fueron estudiadas. Los datos fueron registrados en fichas, los cuales posteriormente se procesaron estadísticamente. **Resultados:** En dicho hospital, el 67.1% de las mujeres embarazadas atendidas tienen edades entre 19 hasta 35 años. Además, el 4.3% presentaron antecedentes de recién nacidos con un peso inferior a 2500 gramos. Las infecciones de tractos urinarios afectaron al 51.4%, mientras que el 7.1% mostraron infecciones cervicales. En cuanto a enfermedades hipertensivas, se presentaron en el 21.4%, mientras que la anemia afectó al 38.6%. El 78.6% tuvo un intervalo intergenésico desde los 2 y 10 años. El 5.7% mostraron anomalías innatas, el 1.4% mostraron infecciones TORCH y el 7.1% gestación gemelar. La placenta previa se presentó en el 2.9%, el DPP normo inserta en el 8.6%, la RPM en el 22.9% y las DC en el 14.3%. **Conclusiones:** La tasa de parto pretérmino en dicho hospital de estudio se divide en tres categorías: prematuro extremo (menos de 28 semanas) con una incidencia del 2.9%, muy prematuros (de 28 hasta 32 semanas) con una incidencia del 4.3%, y prematuros moderados (de 32 hasta 37 semanas) con una incidencia del 92.9% (19).

4.2. A NIVEL NACIONAL:

4.2.1. AUTOR(es): Basualdo Bernuy, Zarela Gaby, Robles Isidro, Hensley

Darilyn

TÍTULO: “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN PARTURIENTAS DEL HOSPITAL REGIONAL DANIEL ALCIDES CARRION PASCO, 2020”

RESUMEN

El propósito de este estudio consiste en identificar los factores riesgosos que están relacionados con las prematuridades en las gestantes de dicho hospital. Para efectuar este estudio, se hizo uso de una perspectiva cuantitativa y descriptiva con corte transversal las cuales fueron aplicadas a 98 mujeres. Se completó un registro para cada una de ellas y mediante estadísticas inferenciales, se obtuvieron los siguientes datos: el 58.2% (57) de los recién nacidos prematuros eran varones, mientras que el 41.8% (41) eran mujeres. El peso de los neonatos prematuros fue de 1500g hasta 2499g representando al 81.6% (80) y de 2500g hasta 4000g al 12.2% (12). Los prematuros moderados representaron al 17.3%, asimismo los prematuros tardíos el 82.7%. En cuanto al índice de Apgar en el primer minuto, el 10.2% tuvo un puntaje de 0 hasta 3, el 27.6% tuvo un puntaje de 4 hasta 6 y el 62.2% tuvo un puntaje de 7 hasta 10. En términos de factores personales, se demostró que el 5.1% de las mujeres con prematuro moderado, 29.6% con prematuro tardío tenían edades extremas, y el 29.6% de los prematuros tardíos tenían una talla inferior a 1.5 m en comparación con el 4.1%, con un valor de p superior a 0.005. En relación con los factores gineco obstétricos, se encontró que la multiparidad y excesiva multiparidad tuvieron una frecuencia de 25.5% para prematuros tardíos, el 7.1% para prematuros moderados. La atención prenatal menor a 4 se observó en el 37.8% y 9.2% respectivamente; el IMC inferior al comienzo del embarazo fue del 23.5% y 5.1% respectivamente; los embarazos múltiples se presentaron en el 5.1% y el 2% respectivamente, además de las ganancias de peso escasos en la gestación registrado en 31.6% y 9.2% respectivamente. **Conclusión:** Los factores riesgosos obstétricos fueron los antecedentes de abortos, partos pretérminos, roturas prematuras e infecciones urinarias (10).

4.2.2. AUTOR: Murgia Ricalde, Frankchesca

TITULO: “FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS A PARTO PREMATURO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO DURANTE EL PERIODO 2018 - 2019”

RESUMEN

Objetivo: El propósito del estudio fue determinar los factores riesgosos maternos que aumentan la probabilidad de parto prematuro en mujeres adolescentes embarazadas que recibieron atención médica en dicho hospital. **Materiales y Métodos:** El estudio fue analítico, de observación y retrospectivo de casos o controles que incluyó una muestra conformada por 180 mujeres embarazadas entre 10 y 19 años, de las cuales 60 tuvieron su parto prematuro, los 120 restantes tuvieron partos a término. La información se recopiló a partir de los historiales clínicos mediante una ficha y se utilizaron medidas estadísticas: Chi cuadrado y la Odds ratio las cuales analizaran la interrelación de variables, a una significancia de 95% **Resultados:** Se observó que la edad media era de 17.5 años. Del grupo de gestantes que padecieron parto prematuro, el 75% pertenecía a las adolescentes que tenían de 17 hasta 19 años, el 25% entre 14 hasta 16 años. Esta proporción fue similar en el grupo de gestantes que no pasaron por un parto prematuro, con un 70% de adolescentes tardías y el resto de las adolescentes medias. El análisis multivariado indicó que los factores riesgosos para un parto prematuro fue la anemia (OR: 2,07; IC 95% = 1,08 - 4,00; p = 0,030), las infecciones de tracto urinario (OR: 3,86; IC 95% = 1,51 - 9,90; p = 0,005) y preeclampsia (OR: 3,71; IC 95% = 1,12 - 12,30; p = 0,032). No se halló relación estadísticamente significativa entre el parto prematuro y las infecciones vaginales ni con las rupturas prematuras de membranas. **Conclusiones:** Se encontró que los factores mencionados líneas arriba son factores riesgosos al parto prematuro de gestantes adolescentes (42).

4.3. A NIVEL INTERNACIONAL:

4.3.1. AUTOR: Ayala Coba, Allison Ariel

TITULO: “PREVALENCIA DEL PARTO PRETÉRMINO Y FACTORES MATERNOS DEL MISMO EN EL HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ DE MAYO DEL 2017 - ABRIL 2018”

RESUMEN

Introducción: El inicio temprano del parto es la causante fundamental de casi todas las complicaciones y muertes en los neonatos, y puede tener múltiples causas. Además, las consecuencias negativas para la calidad vital del bebé, los padres y la familia son significativas, y se suman a los altos costos médicos y las complicaciones asociadas con esta afección. Por lo tanto, es importante estudiar el parto pretérmino. **Metodología Y Objetivo:** Este estudio tuvo como objetivo identificar los factores riesgosos maternos relacionados al parto pretérmino de las pacientes de dicho hospital. Para efectuar el análisis, se usó una metodología analítica transversal de eventos y controles. Se examinaron los registros y los historiales clínicos de un total de 306 pacientes, donde la mitad tuvo parto a término y el demás pretérmino. **Resultados:** Se ha determinado que existen factores de riesgos significativos, con valor estadístico, asociados con el parto pretérmino. Estos incluyen: edad materna extrema (con un OR de 2,41; IC 95%: 1,39-4,17; p: 0,001), niveles bajos de educación (con un OR de 2,62; IC 95%: 1,34-5,15; p: 0,004), infecciones al tracto urinario (con un OR de 2,63; IC 95%: 1,39-4,98; p: 0,02), partos pretérminos previos (con un OR de 2,29; IC 95%: 1,10-4,75; p: 0,023), rupturas prematuras de membranas (con un OR de 1,95; IC 95%: 1,02-3,71; p: 0,039), desprendimientos prematuros de placentas normo inserta (con un OR de 2,03; IC 95%: 1,81-2,28; p: 0,030), pre eclampsia (con un OR de 2,06; IC 95%: 1,05-4,03; p: 0,032) y anemia (con un OR de 7,01; IC 95%: 1,55-31,22; p: 0,03). Sobre los niveles de educación, la mayoría de las mujeres, tanto con parto pretérmino como a término, tenían un nivel educativo de secundaria (62,8% y 68,0%, respectivamente). Se halló que varios factores estaban asociados con el parto prematuro, incluyendo edad materna extrema, bajo nivel de educación, infección al tracto urinario, antecedentes de partos prematuros, ruptura temprana de membranas, desprendimientos prematuros de placentas normo inserta, preeclampsia y anemia. El riesgo de partos prematuros fue superior en gestantes con bajos niveles educativos y en aquellas con edad extrema. La anemia se consideró como el factor

riesgoso con más fuerza estadística asociado con el parto prematuro. **Conclusiones:** Gran parte de factores riesgosos asociados al parto pretérmino eran evitables y se relacionaban con aspectos como la educación, la edad extrema y diferentes enfermedades como la ITU, la anemia, los partos pretérminos previos, la preeclampsia y los desprendimientos placentarios (43).



4.3.2. AUTOR(es): Ahumada Juan Sebastián, Barrera Angela María, Canosa Daniela, Cárdenas Laura, Uriel María, Ibáñez Edgar Antonio, Romero Ximena Carolina

TITULO: “FACTORES DE RIESGO DE PARTO PRE-TÉRMINO EN BOGOTÁ D.C, COLOMBIA - 2020”

RESUMEN

Introducción. El parto prematuro, se refiere a aquel que tiene lugar antes de las 37 semana de embarazo y puede estar relacionado con diversos factores riesgosos, muchos de los cuales pueden prevenirse. En Colombia, existe una escasez de investigaciones acerca de los dichos factores asociados a los partos prematuros, lo que hace que su análisis resulte de gran importancia. **Objetivo.** Determinar dichos factores relacionados al parto prematuro de un conjunto de mujeres gestantes en Bogotá. Para ello, su estudio tuvo cohorte retrospectiva que contó con 452 pacientes como muestra, los cuales participaron en una investigación previa. **Resultados.** Se registró una incidencia del 10.40% (IC95%: 7.60-13.20) del parto prematuro, y se identificaron varios factores riesgosos coligados a esta condición. Entre ellos, se encontró que el diagnóstico de preeclampsia severa aumentó el riesgo relativo (RR) en un 7.47, mientras que la presencia de preeclampsia (severa o no) se asoció con el RR=5.05. Además, la ocurrencia de RCIU aumentó el RR en un 4.40. **Conclusiones.** Según los resultados presentados en este estudio, se requiere implementar políticas públicas y estrategias para mejorar la atención prenatal y detectar de manera temprana la preeclampsia o el RCIU. Esto contribuiría a disminuir los casos de parto pretérmino y a usar los resultados y las experiencias obtenidas a todo el país (44).

5. HIPÓTESIS

Dado que el parto pretérmino tardío se define como aquel parto que se produce entre las 34 – 36.6 semanas de gestación y que los recién nacidos son fisiológica y metabólicamente inmaduros estando así asociados a mayores riesgos de morbilidad y mortalidad neonatal.

Es probable que, los factores maternos como el antecedente de parto pretérmino, la ruptura prematura de membranas, el polihidramnios y la enfermedad hipertensiva del embarazo tengan mayor relación con el parto pretérmino tardío en el Hospital Goyeneche.





1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. TÉCNICA

Se utilizó la observación documental.

1.2. INSTRUMENTO

Se empleó una ficha de observación documental.

Variable	Indicadores	Técnica	Instrumento
Independiente Factores Maternos	Factores Gineco Obstétricos	Observación Documental	Ficha De Observación Documental (Anexo N°1)
	Factores Sociales		
	Factores Infecciosos		
Dependiente Parto pretérmino Tardío	Parto Entre (34 - 36.6)		

1.3. MATERIALES

- Ficha de recolección de datos.
- Suministros de oficina.
- Ordenador con sistema operativo Windows 10, paquete de software de ofimática de Windows y software SPSS.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

Se realizó en Arequipa, específicamente en el Hospital Goyeneche, de naturaleza institucional, ubicado geográficamente en Av. Goyeneche N° 100, Cercado. Ver Anexo 2.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

1.1. Cronología: la información se recolecto entre el mes de octubre hasta noviembre 2022.

1.2. Visión temporal: Retrospectivo

1.3. Corte temporal: Transversal

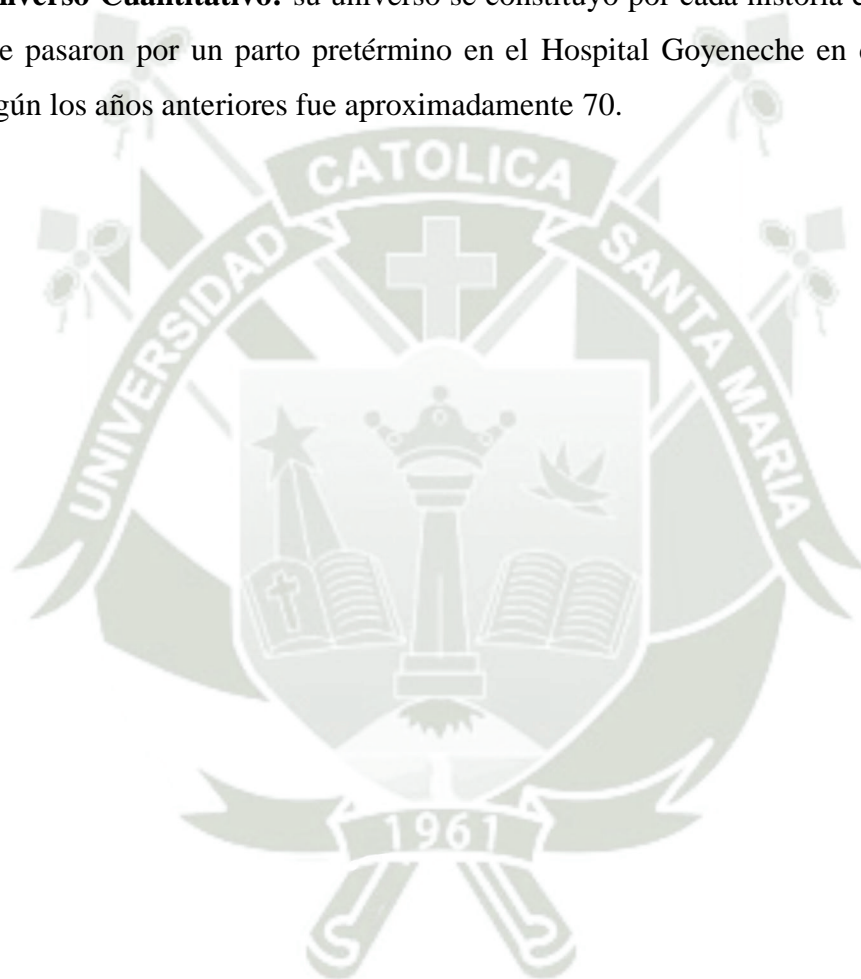
1.3. UNIDADES DE ESTUDIO

1.3.1. UNIVERSO

1) Universo Cualitativo

Criterios de inclusión: Historias clínicas de puérperas atendidas con parto pretérmino tardío (34 a 36.6 semanas de embarazo) que se encuentran debidamente llenadas y con datos completos en el Hospital Goyeneche en el tiempo del 01 de enero hasta el 31 de diciembre del 2021.

- 2) **Universo Cuantitativo:** su universo se constituyó por cada historia clínica de pacientes que pasaron por un parto pretérmino en el Hospital Goyeneche en dicho periodo, que según los años anteriores fue aproximadamente 70.



3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

2.1. ORGANIZACIÓN

- Para efectuar la actual investigación, se envió un oficio al director del Hospital Goyeneche y al director de servicio de obstetricia y ginecología con el objetivo de conseguir la autorización para recolectar datos de las historias clínicas de puérperas que tuvieron parto pretérmino tardío en los registros del Hospital Goyeneche.
- Obteniendo así un listado de las puérperas que tuvieron parto pretérmino tardío entre las fechas del 01 de enero de 2021 hasta el 31 de diciembre de 2021 que en total fueron 216 historias clínicas.
- En este caso se adquirió 1 cada 2 historias del total encontradas en el periodo antes mencionado obteniendo así las 108 historias clínicas de manera aleatoria.
- Luego se derivó a recopilar dichos datos en las fichas de recolección, en el periodo de 25 días, siendo así que se revisó 3 historias clínicas por día.

3.2 RECURSOS

3.2.1 Humanos:

Investigadoras:

- Lesly Alexandra Castro Diaz
- Katherin Naina Machaca Sucaticona

Asesora:

- Mg. Victoria Sotomayor Martínez

3.2.2 Físicos: Centro de Obstetricia del Hospital Goyeneche

3.2.3 Económicos: Autofinanciados por autores.

3.2.4 Institucionales: Historias clínicas de puérperas.

3.3 VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

No es necesario realizar la validación del instrumento ya que se utilizó una ficha de recolección de datos.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

El consentimiento informado no es necesario para este estudio, sin embargo, se va a garantizar la privacidad y anonimato sobre la información obtenida.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

A nivel de sistematización de los datos.

a) Plan de clasificación:

Para facilitar el manejo de los datos recolectados, se utilizó una matriz de procesamiento donde se transcribió los datos obtenidos. La matriz se creó en forma de hoja de cálculo en SPSS.

b) Plan de codificación:

Se hizo la decodificación de datos basada en dígitos contenida de respuestas cerradas, estas fueron llenadas con lapicero azul.

c) Plan de recuento:

Computarizado.

d) Plan de tabulación:

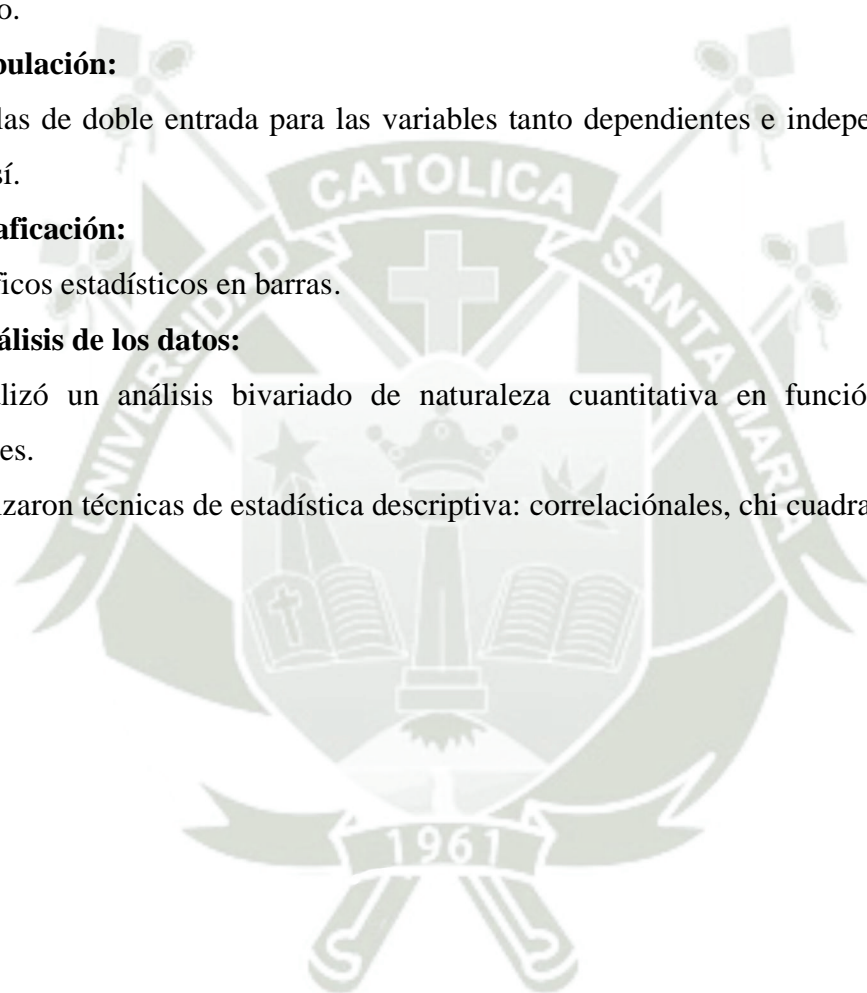
Se realizó tablas de doble entrada para las variables tanto dependientes e independientes que si se asocien entre sí.

e) Plan de graficación:

Se realizó gráficos estadísticos en barras.

f) Plan de análisis de los datos:

- g) Se realizó un análisis bivariado de naturaleza cuantitativa en función del número de variables.
- h) Se utilizaron técnicas de estadística descriptiva: correlacionales, chi cuadrado.





**TABLA N°. 1 FACTORES GINECO OBSTÉTRICOS PRESENTES EN LAS GESTANTES
CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021.**

Factores Gineco Obstétricos		Recuento	% de N totales de columna
Paridad	Múltipara	43	39,8%
	Nulípara	28	25,9%
	Primípara	37	34,3%
	Total	108	100,0%
Presencia de ruptura prematura (membranas)	NO	95	88,0%
	Si	13	12,0%
	Total	108	100,0%
Polihidramnios	NO	106	98,1%
	Si	2	1,9%
	Total	108	100,0%
Embarazo múltiple	NO	100	92,6%
	Si	8	7,4%
	Total	108	100,0%
Enfermedad hipertensiva del embarazo	NO	85	78,7%
	Si	23	21,3%
	Total	108	100,0%
Antecedentes de parte pretérmino anterior	NO	107	99,1%
	Si	1	0,9%
	Total	108	100,0%
Antecedentes de aborto	NO	76	70,4%
	Si	32	29,6%
	Total	108	100,0%

La tabla n°1 establece que 39.8% del total de embarazadas con parto pretérmino tardío es de tipo múltipara siendo este el porcentaje más alto, sobre la presencia de ruptura temprana de membranas, se muestra que un 12% presento esta patología, el mismo porcentaje presento polihidramnios, sin embargo solo un 7,4% registro embarazo múltiple y un 21.3% enfermedad hipertensiva del embarazo, antecedentes de parto pretérmino anterior lo presentó un 0.9% y antecedentes de aborto un 29.6% de las embarazadas con parto pretérmino tardío.

**TABLA N° 2 FACTORES SOCIALES PRESENTES EN LAS GESTANTES CON PARTO
PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021.**

Factores Sociales		Recuento	% de N totales de columna
Edad de la Madre	Menor a 19	16	14,8%
	20 a 25	22	20,4%
	26 a 30	25	23,1%
	31 a 35	27	25,0%
	mayor a 36	18	16,7%
	Total	108	100,0%
índice de masa corporal	Delgadez	3	2,8%
	Normal	38	35,2%
	Sobrepeso	28	25,9%
	Obesidad	39	36,1%
	Total	108	100,0%
Tabaquismo	NO	106	98,1%
	Si	2	1,9%
	Total	108	100,0%
Alcoholismo	NO	108	100,0%
	Si	0	0,0%
	Total	108	100,0%

La tabla N°2 demuestra que, con relación a la edad de la madre, un 25% corresponde a los que tienen edad 31 a 35 años, siendo esta la edad con mayor porcentaje. El 36.1% tiene obesidad y un 35.2% tiene su peso ideal para embarazadas con parto pretérmino tardío, en cuanto a hábitos nocivos solo 1.9% practica tabaquismo y un 100% no practica alcoholismo.

TABLA N° 3 FACTORES INFECCIOSOS PRESENTES EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENCHE 2021.

Factores Infecciosos:		Recuento	% de N totales de columna
Infección de tracto urinario	NO	107	99,1%
	Si	1	0,9%
	Total	108	100,0%
Bacteriuria asintomática	NO	92	85,2%
	Si	16	14,8%
	Total	108	100,0%
Pielonefritis	NO	108	100,0%
	Si	0	0,0%
	Total	108	100,0%
Vaginosis bacteriana	NO	107	99,1%
	Si	1	0,9%
	Total	108	100,0%

Según la tabla n°3 se entiende que solo el 0.9% de gestantes con parto pretérmino tardío registro infección al tracto urinario, así mismo un 14.8% presentó bacteriuria asintomática, sin embargo, pielonefritis y vaginosis bacteriana registraron el 0 % y 0.9% respectivamente.

**TABLA N° . 4 EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO
TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHE 2021**

Edad gestacional	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 34 semanas	19	17,6	17,6	17,6
35 semanas	32	29,6	29,6	47,2
36 semanas	57	52,8	52,8	100,0
Total	108	100,0	100,0	

La tabla n°4 demuestra que el 52.80% de las gestantes con parto pretérmino tardío tenía 36 semanas y el 17.6% de las gestantes tenía 34 semanas.

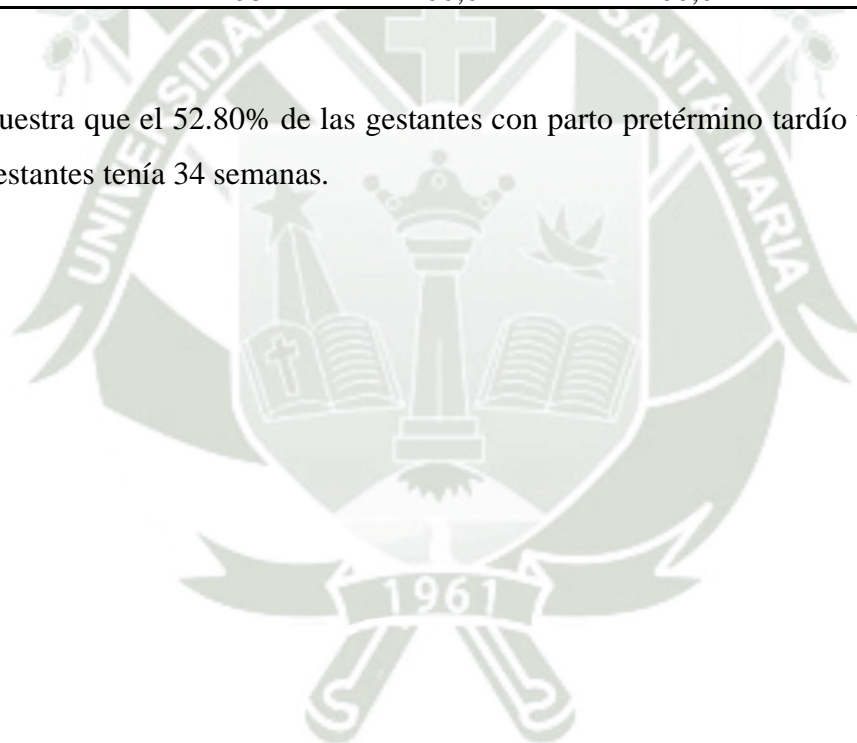
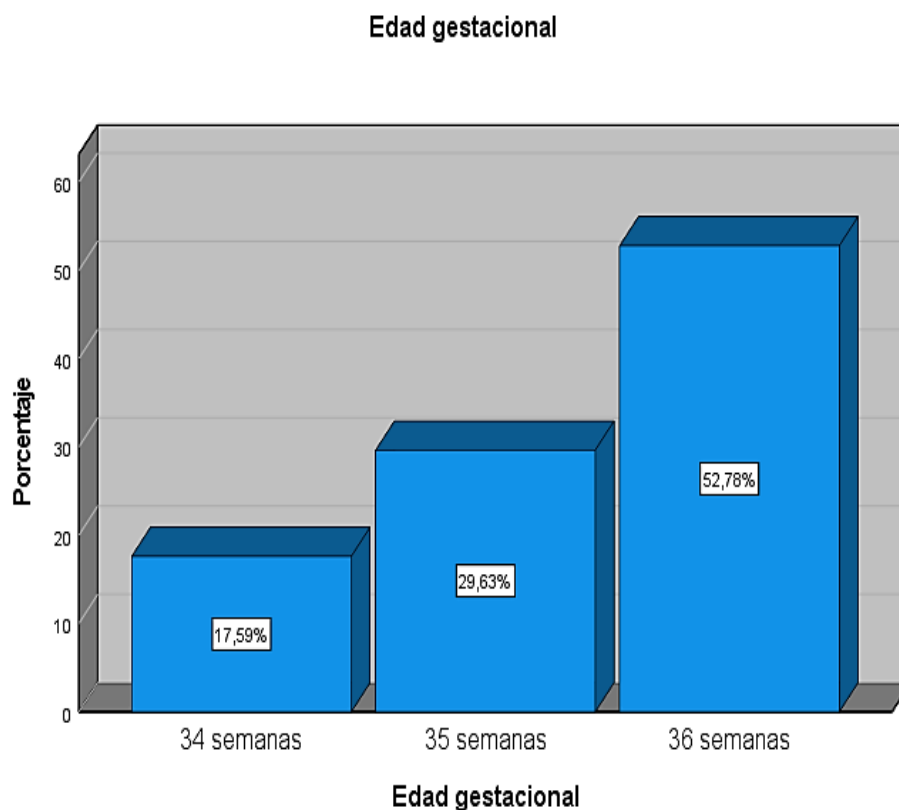


GRÁFICO 1. EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021



La gráfica 1 denota los porcentajes de gestantes con parto pretérmino tardío correspondiente a la edad gestacional, a las 36 semanas tenemos un 52.8 % siendo este el más alto y 17.6% a las 34 semanas siendo este el más bajo.

TABLA N° 5 RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021.

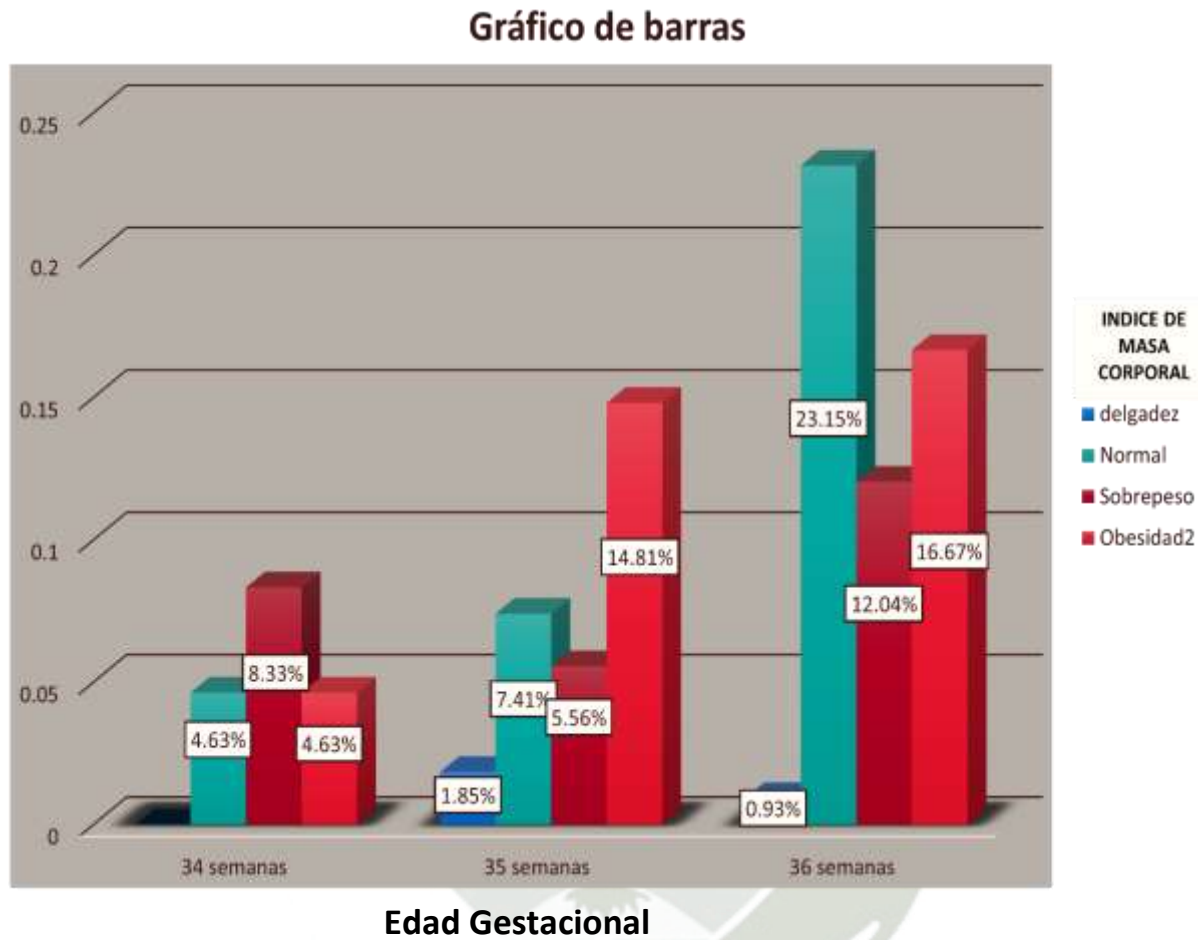
Tabla cruzada

		Edad gestacional			Total	
		34 semanas	35 semanas	36 semanas		
Índice de masa corporal	Delgadez	Recuento	0	2	1	3
		% del total	0,0%	1,9%	0,9%	2,8%
	Normal	Recuento	5	8	25	38
		% del total	4,6%	7,4%	23,1%	35,2%
	Sobrepeso	Recuento	9	6	13	28
		% del total	8,3%	5,6%	12,0%	25,9%
Obesidad	Recuento	5	16	18	39	
	% del total	4,6%	14,8%	16,7%	36,1%	
Total	Recuento	19	32	57	108	
	% del total	17,6%	29,6%	52,8%	100,0%	

$$X^2 = 11.476, P_{\text{valor}} = 0.075$$

En la Tabla n°.5 de acuerdo con la prueba del Chi cuadrado se tiene que ($X^2=11.476$) indica que índice de masa corporal * edad gestacional no presentaron relación estadística significativa ($P\text{-valor}>0.05$).

GRÁFICO 2. RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENCHE 2021.



$$X^2 = 11.476, Pvalor = 0.075$$

El gráfico 2 obtuvo como resultado que ($X^2=11.476$) mostrando que el índice de masa corporal * edad gestacional no presentaron relación estadística significativa ($P\text{-valor}>0.05$).

Sin embargo, se visualiza que el mayor porcentaje de obesidad (16,7%) y de peso normal (23,1%) se presentó en las gestantes con 36 semanas de gestación.

**TABLA N°. 6 RELACIÓN ENTRE EL TABAQUISMO Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS
GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ
2021.**

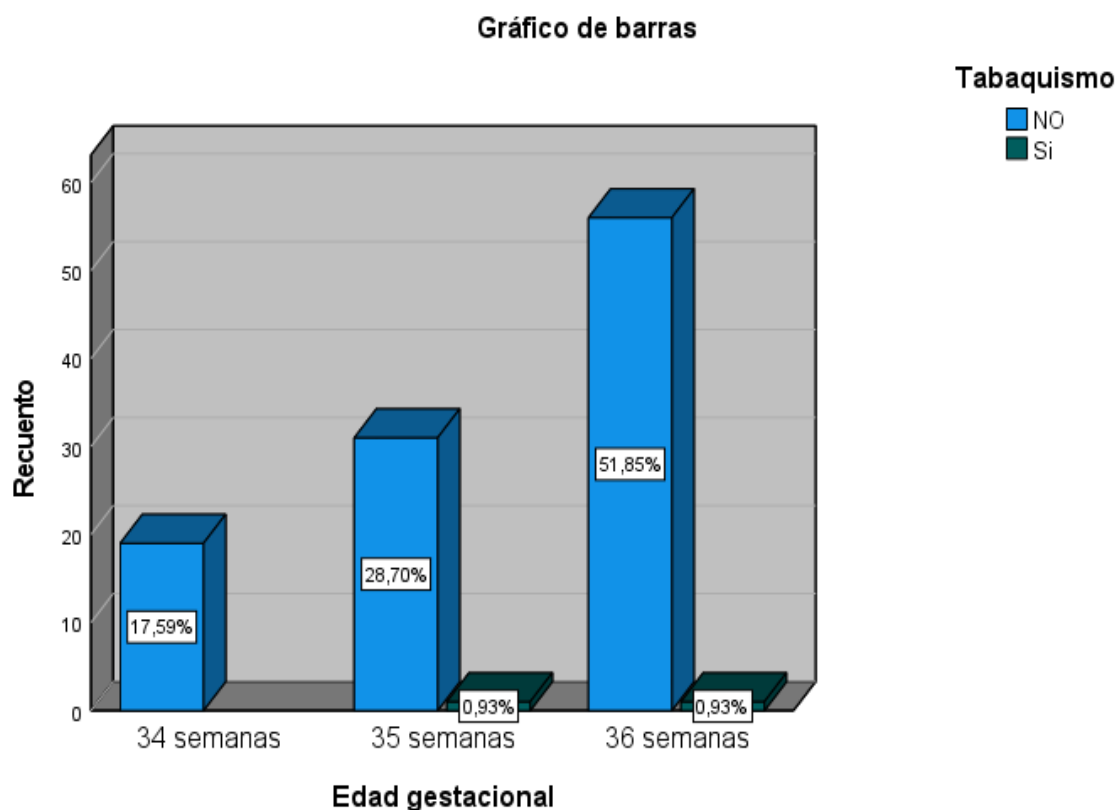
Tabla cruzada

			Edad gestacional			
			34 semanas	35 semanas	36 semanas	Total
Tabaquismo	NO	Recuento	19	31	56	106
		% del total	17,6%	28,7%	51,9%	98,1%
	Si	Recuento	0	1	1	2
		% del total	0,0%	0,9%	0,9%	1,9%
Total	Recuento		19	32	57	108
	% del total		17,6%	29,6%	52,8%	100,0%

$X^2 = 0.647, Pvalor = 0.724$

La tabla n°.6 nos indica un valor de ($X^2 = 0.647$) mostrando que el tabaquismo * edad gestacional no mostraron una relación estadísticamente significativa ($Pvalor > 0.05$).

GRÁFICO 3. RELACIÓN ENTRE EL TABAQUISMO Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021.



$$X^2 = 0.647, Pvalor = 0.724$$

El gráfico 3 muestra el resultado igual a ($X^2 = 0.647$) mostrando que el índice de masa corporal * edad gestacional no presentaron relación estadística significativa ($P\text{-valor} > 0.05$).

**TABLA N°. 7 RELACIÓN ENTRE LA PARIDAD Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS
GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ
2021.**

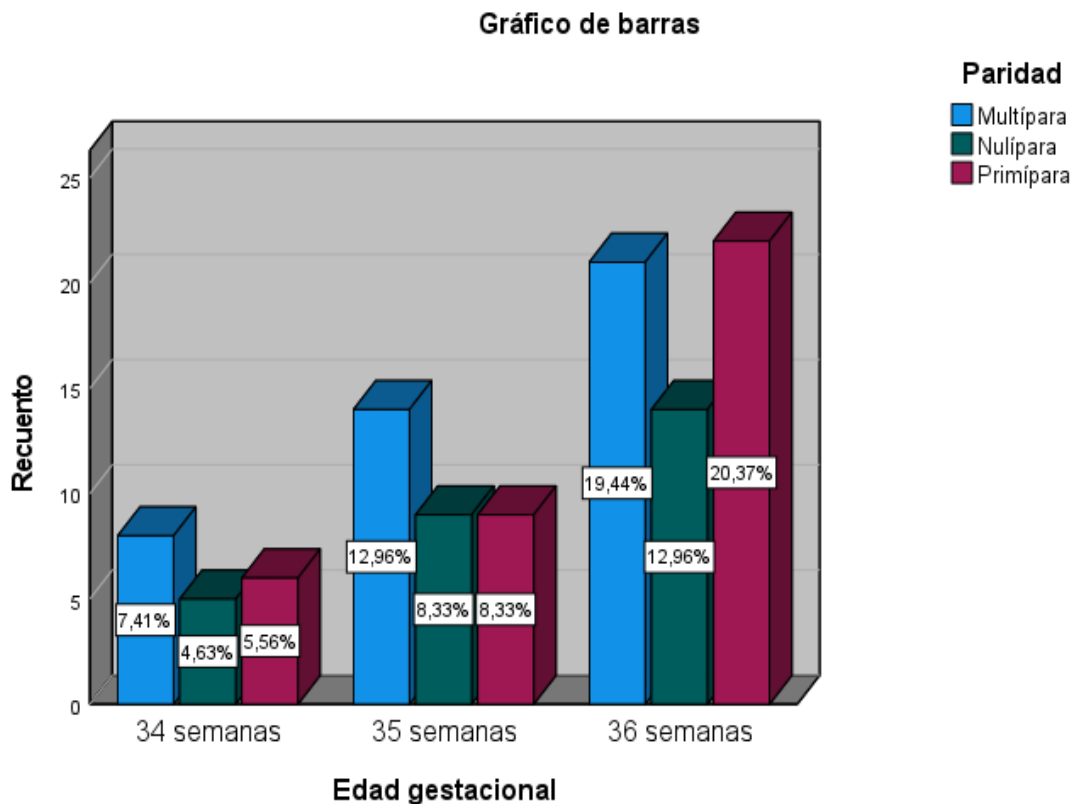
Tabla cruzada

		Edad gestacional			Total	
		34 (semanas)	35 (semanas)	36 (semanas)		
Paridad	Múltipara	Recuento	8	14	21	43
		% del total	7,4%	13,0%	19,4%	39,8%
	Nulípara	Recuento	5	9	14	28
		% del total	4,6%	8,3%	13,0%	25,9%
	Primípara	Recuento	6	9	22	37
		% del total	5,6%	8,3%	20,4%	34,3%
Total		Recuento	19	32	57	108
		% del total	17,6%	29,6%	52,8%	100,0%

$$X^2 = 1.082, P\text{valor} = 0.897$$

La Tabla n°.7 mostró un resultado igual a ($X^2 = 1.082$) mostrando que la paridad * edad gestacional no presentaron relación estadísticamente significativa ($P\text{-valor} > 0.05$).

GRÁFICO 4. RELACIÓN ENTRE LA PARIDAD Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021.



$X^2 = 1.082, Pvalor = 0.897$

El gráfico 4 se obtuvo un valor de ($X^2 = 1.082$) mostrando que la paridad * edad gestacional no presentaron relación estadísticamente significativa ($P\text{-valor} > 0.05$).

**TABLA N° 8 RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE RUPTURA PREMATURA DE
MEMBRANAS Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO
PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021.**

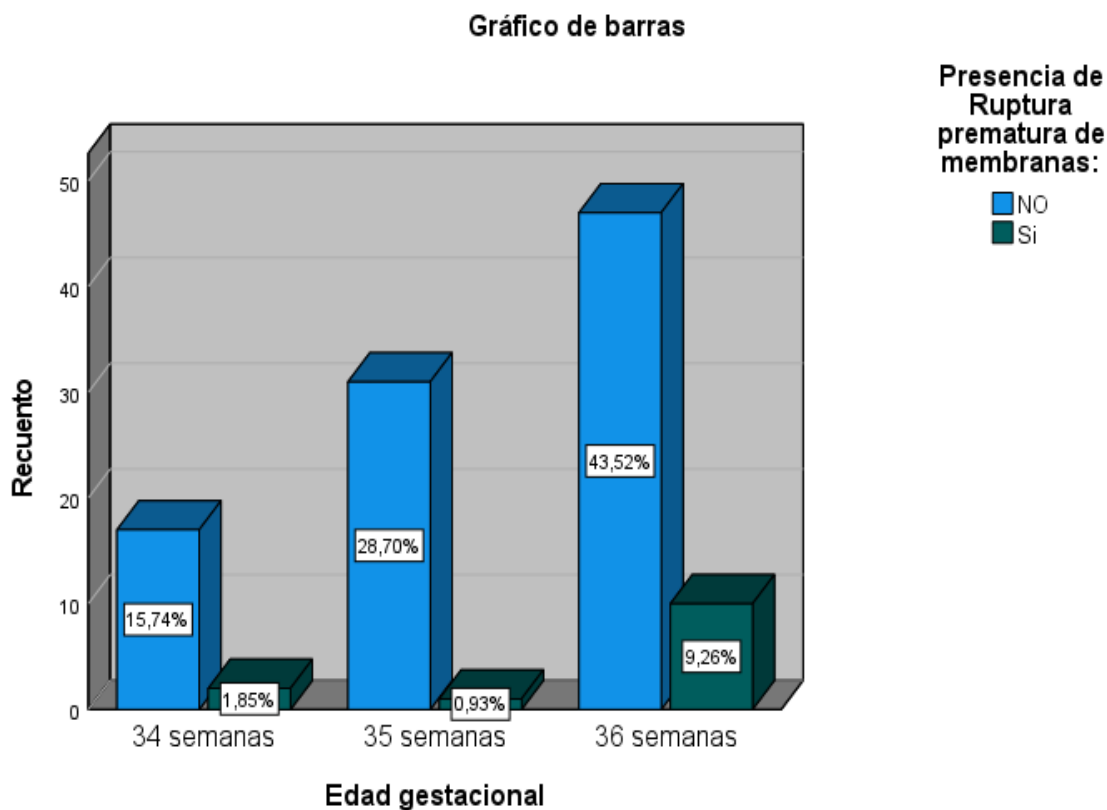
Tabla cruzada

		Edad gestacional				Total
		34 (semanas)	35 (semanas)	36 (semanas)		
Presencia de ruptura prematura de membranas:	NO	Recuento	17	31	47	95
		% total	15,7%	28,7%	43,5%	88,0%
	Si	Recuento	2	1	10	13
		% del total	1,9%	0,9%	9,3%	12,0%
Total	Recuento	19	32	57	108	
	% del total	17,6%	29,6%	52,8%	100,0%	

$$\chi^2 = 4.074, P\text{valor} = 0.130$$

La tabla n° 8 nos muestra el valor de ($\chi^2 = 4.074$) mostrando que la presencia de ruptura prematura de membranas: * edad gestacional no presentaron relación estadística significativa ($P\text{-valor} > 0.05$).

GRÁFICO 5. RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021.



$$X^2 = 4.074, Pvalor = 0.130$$

El gráfico 5 se obtuvo un valor de ($X^2 = 4.074$) mostrando que la presencia de ruptura prematura de membranas: * edad gestacional no presentaron relación estadística significativa ($P\text{-valor} > 0.05$).

**TABLA N°. 9 RELACIÓN ENTRE POLIHIDRAMNIOS Y LA EDAD GESTACIONAL EN
LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL
GOYENECHÉ 2021.**

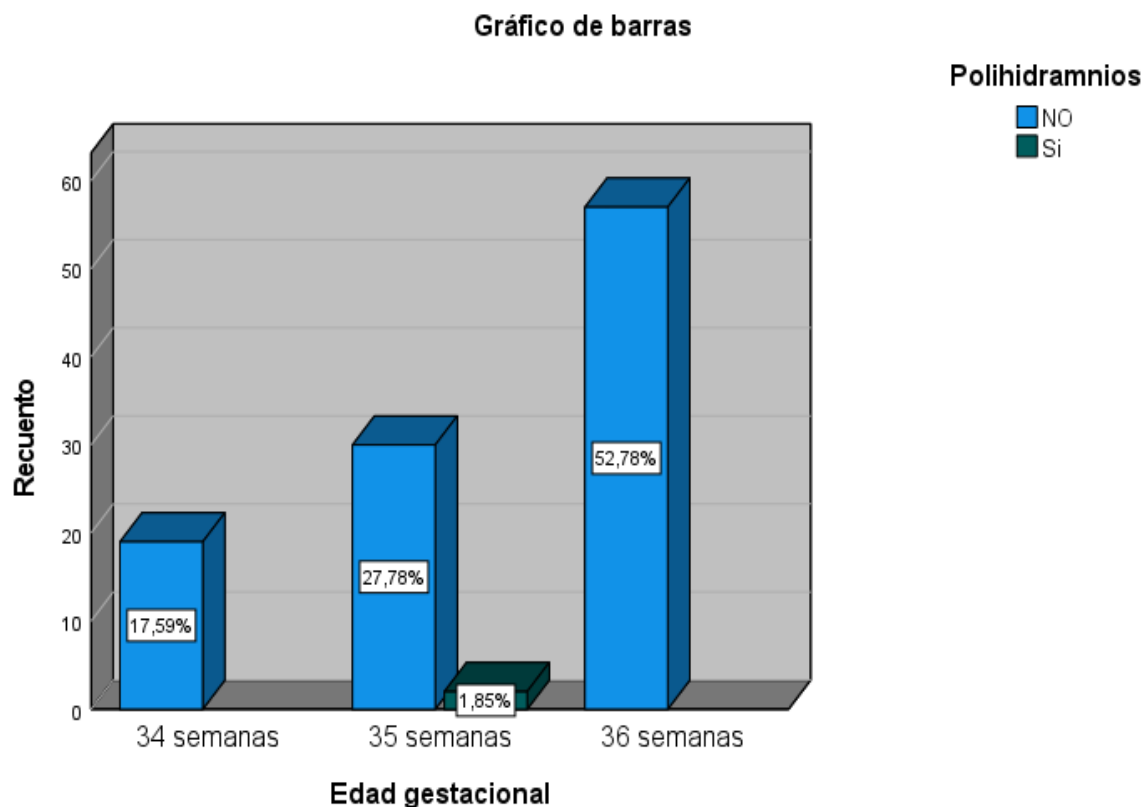
Tabla cruzada

		Edad gestacional			Total	
		34 (semanas)	35 (semanas)	36 (semanas)		
Polihidramnios	NO	Recuento	19	30	57	106
		% del total	17,6%	27,8%	52,8%	98,1%
	Si	Recuento	0	2	0	2
		% del total	0,0%	1,9%	0,0%	1,9%
Total		Recuento	19	32	57	108
		% del total	17,6%	29,6%	52,8%	100,0%

$$X^2 = 4.840, Pvalor = 0.089$$

La Tabla N°.9 mostrando el valor de ($X^2 = 4.840$) mostrando que el polihidramnios * edad gestacional no presentaron relación estadísticamente significativa ($P\text{-valor} > 0.05$).

GRÁFICO 6. RELACIÓN ENTRE POLIHIDRAMNIOS Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHE 2021.



$$X^2 = 4.840, Pvalor = 0.089$$

El gráfico 6 nos muestra un valor igual a ($X^2 = 4.840$) mostrando que el polihidramnios * edad gestacional no presentaron relación estadísticamente significativa ($P\text{-valor} > 0.05$).

**TABLA N°. 10 RELACIÓN ENTRE EMBARAZO MÚLTIPLE Y LA EDAD
GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL
HOSPITAL GOYENECHÉ 2021.**

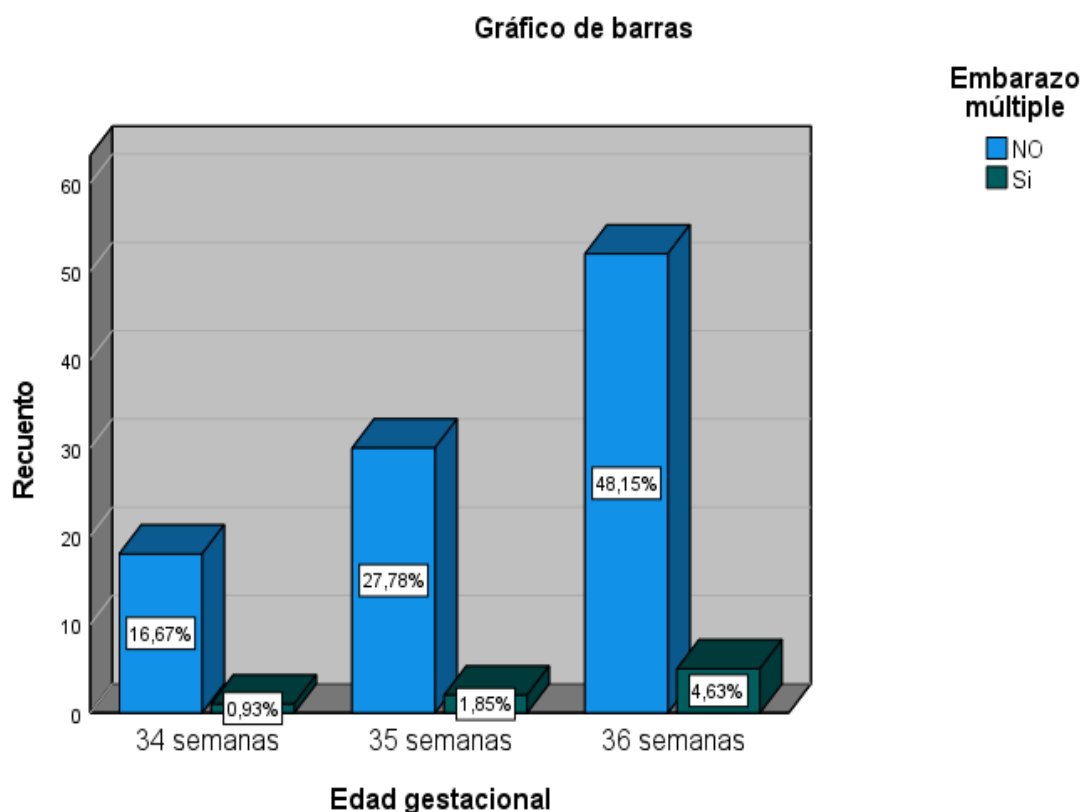
Tabla cruzada

		Edad gestacional			Total	
		34 (semanas)	35 (semanas)	36 (semanas)		
Embarazo múltiple	NO	Recuento	18	30	52	100
		% del total	16,7%	27,8%	48,1%	92,6%
	Si	Recuento	1	2	5	8
		% del total	0,9%	1,9%	4,6%	7,4%
Total	Recuento	19	32	57	108	
	% del total	17,6%	29,6%	52,8%	100,0%	

$$X^2 = 0.345, Pvalor = 0.842$$

La tabla n°.10 se obtuvo un valor de ($X^2 = 0.345$) mostrando que el embarazo múltiple * edad gestacional no presentaron relación estadísticamente significativa ($P\text{-valor} > 0.05$).

**GRÁFICO 7. RELACIÓN ENTRE EMBARAZO MÚLTIPLE Y LA EDAD GESTACIONAL
EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL
GOYENECHE 2021.**



$$X^2 = 0.345, Pvalor = 0.842$$

El gráfico 7 se obtuvo un valor de ($X^2 = 0.345$) mostrando que el embarazo múltiple * edad gestacional no presentaron relación estadísticamente significativa ($P\text{-valor} > 0.05$).

TABLA N° . 11 RELACIÓN ENTRE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021.

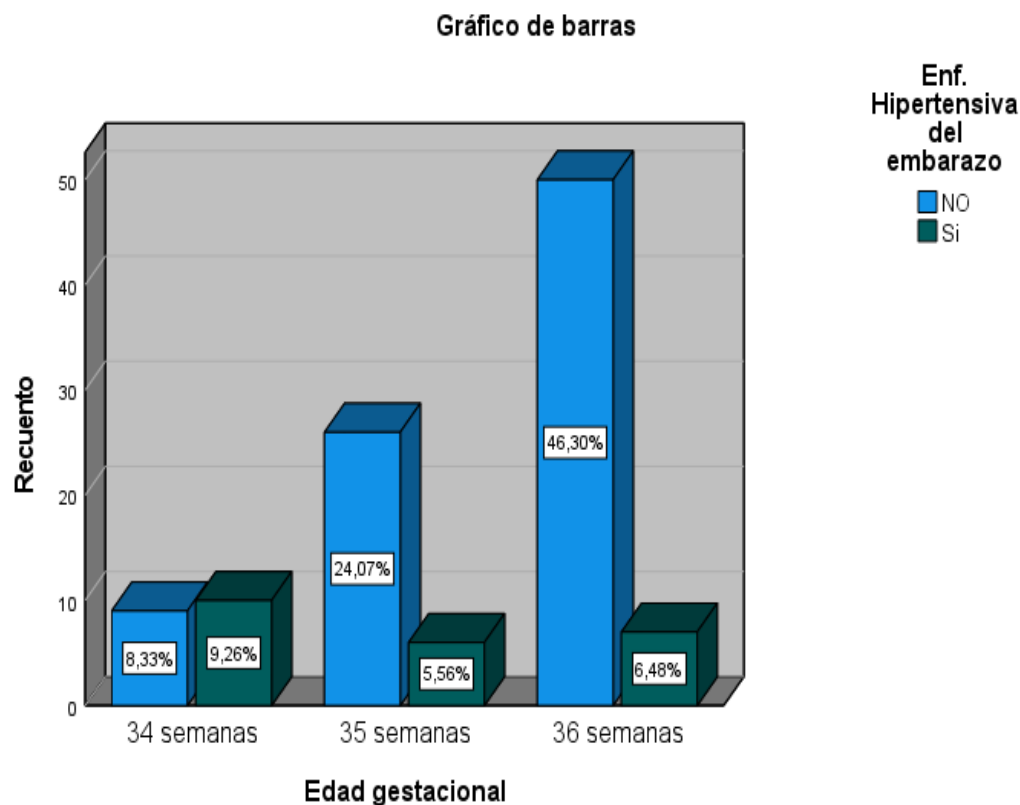
Tabla cruzada

			Edad gestacional			Total
			34 (semanas)	35 (semanas)	36 (semanas)	
Enfermedad Hipertensiva del embarazo	NO	Recuento	9	26	50	85
		% del total	8,3%	24,1%	46,3%	78,7%
	Si	Recuento	10	6	7	23
		% del total	9,3%	5,6%	6,5%	21,3%
Total	Recuento	19	32	57	108	
	% del total	17,6%	29,6%	52,8%	100,0%	

$$X^2 = 14.019, Pvalor = 0.001$$

La tabla n°.11 se obtuvo un valor de ($X^2 = 14.019$) mostrando que la enfermedad hipertensiva del embarazo * edad gestacional si presentaron relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

GRÁFICO 8. RELACIÓN ENTRE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENEICHE 2021.



$$X^2 = 14.019, Pvalor = 0.001$$

El gráfico 8 mostrando un valor de ($X^2 = 14.019$) denotando que la enfermedad hipertensiva del embarazo * edad gestacional si presentaron relación estadísticamente significativa ($P < 0.05$).

TABLA N° 12 RELACIÓN ENTRE EL ANTECEDENTE DE PARTO PRETÉRMINO ANTERIOR Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021.

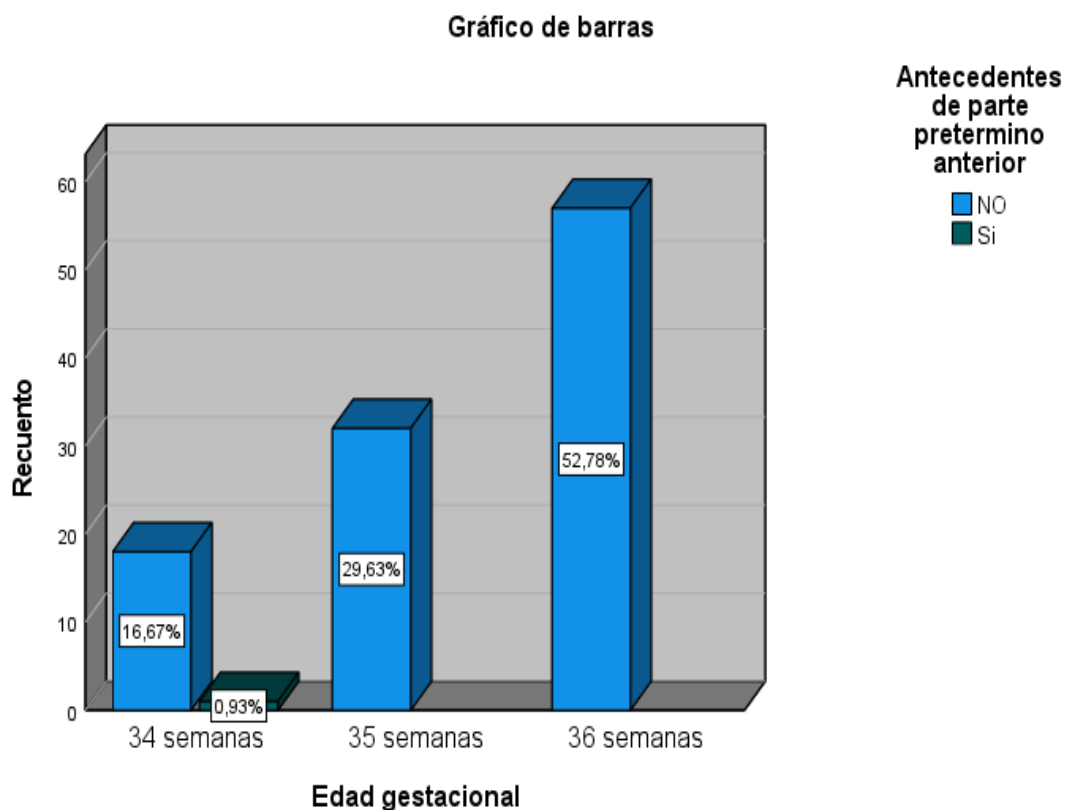
Tabla cruzada

		Edad gestacional				
		34 semanas	35 semanas	36 semanas	Total	
Antecedentes de parto pretérmino anterior	NO	Recuento	18	32	57	107
		% del total	16,7%	29,6%	52,8%	99,1%
	Si	Recuento	1	0	0	1
		% del total	0,9%	0,0%	0,0%	0,9%
Total	Recuento	19	32	57	108	
	% del total	17,6%	29,6%	52,8%	100,0%	

$$X^2 = 4.728, Pvalor = 0.094$$

La tabla n° 12 se obtuvo un valor de ($X^2 = 4.728$) mostrando que el antecedente de parto pretérmino anterior * edad gestacional no presentaron relación estadísticamente significativa ($p > 0.05$).

GRÁFICO 9. RELACIÓN ENTRE EL ANTECEDENTE DE PARTO PRETÉRMINO ANTERIOR Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021.



$$X^2 = 4.728, Pvalor = 0.094$$

El gráfico 9 denotando un valor de ($X^2 = 4.728$) mostrando que el antecedente de parto pretérmino anterior * edad gestacional no presentaron relación estadísticamente significativa ($p > 0.05$).

TABLA N° . 13 RELACIÓN ENTRE EL ANTECEDENTE DE ABORTO Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021.

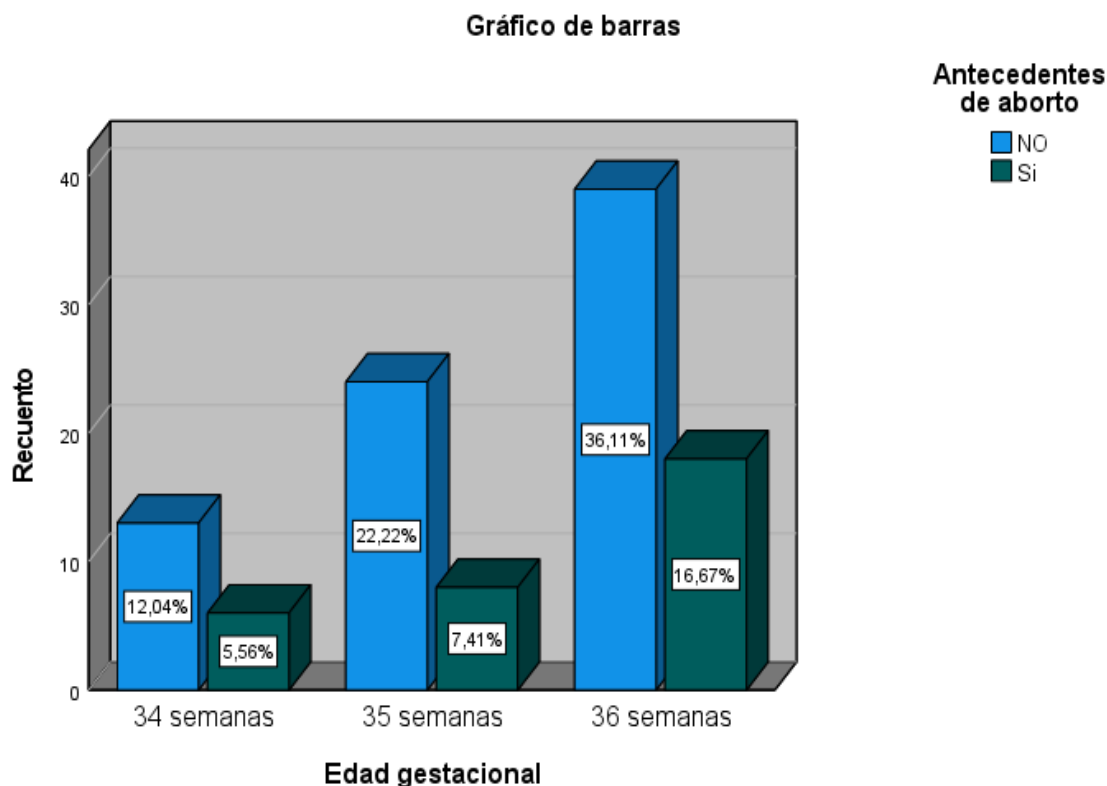
Tabla cruzada

			Edad gestacional			Total
			34 (semanas)	35 (semanas)	36 (semanas)	
Antecedentes de aborto	NO	Recuento	13	24	39	76
		% del total	12,0%	22,2%	36,1%	70,4%
	Si	Recuento	6	8	18	32
		% del total	5,6%	7,4%	16,7%	29,6%
Total		Recuento	19	32	57	108
		% del total	17,6%	29,6%	52,8%	100,0%

$$X^2 = 0.467, Pvalor = 0.792$$

La tabla n°.13 nos muestra un valor de ($X^2 = 0.467$) mostrando que los antecedentes de aborto * edad gestacional no presentaron relación estadística significativa ($P\text{-valor} > 0.05$).

GRÁFICO 10. RELACIÓN ENTRE EL ANTECEDENTE DE ABORTO Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021.



$$X^2 = 0.467, Pvalor = 0.792$$

El gráfico 10 nos muestra un valor de ($X^2 = 0.467$) mostrando que los antecedentes de aborto * edad gestacional no presentaron relación estadísticamente significativa ($p\text{-valor} > 0.05$).

TABLA N°. 14 RELACIÓN ENTRE LA INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021.

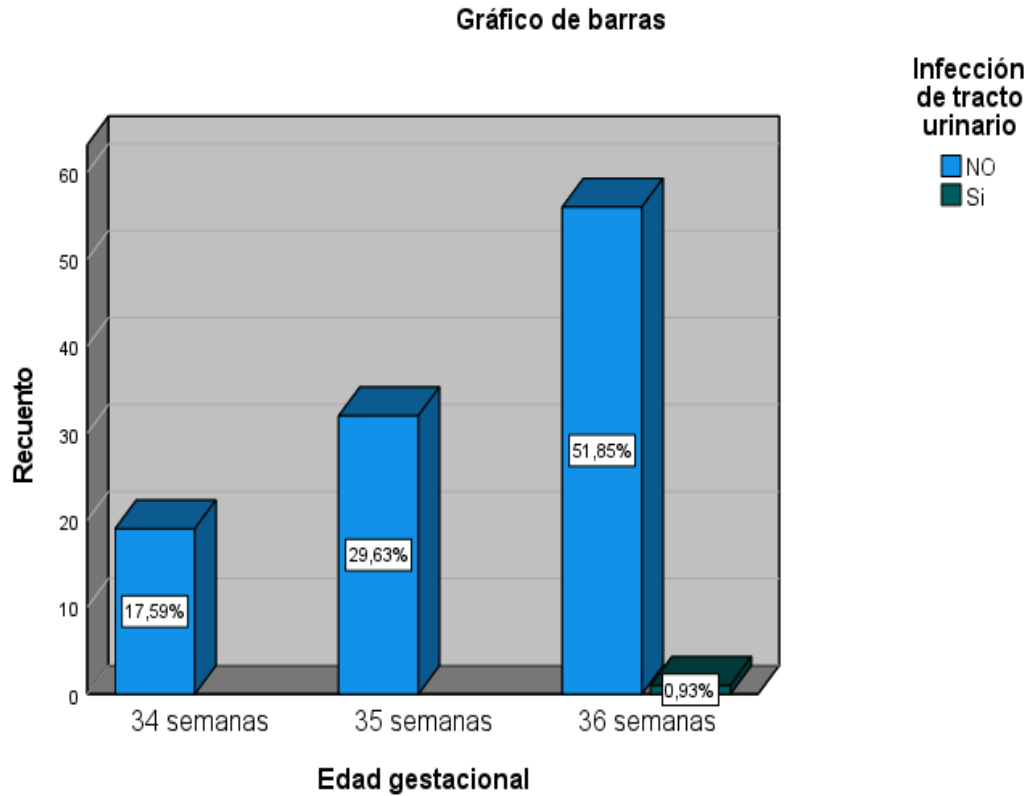
Tabla cruzada

			Edad gestacional			
			34	35	36	Total
			(semanas)	(semanas)	(semanas)	
Infección de tracto urinario	NO	Recuento	19	32	56	107
		% del total	17,6%	29,6%	51,9%	99,1%
	Si	Recuento	0	0	1	1
		% del total	0,0%	0,0%	0,9%	0,9%
Total	Recuento	19	32	57	108	
	% del total	17,6%	29,6%	52,8%	100,0%	

$$X^2 = 0.903, Pvalor = 0.637$$

La tabla n°.14 nos muestra un valor de ($X^2 = 0.903$) denotando que la infección de tracto urinario * edad gestacional no presentaron relación estadística significativa ($P\text{-valor} > 0.05$).

GRÁFICO 11. RELACIÓN ENTRE LA INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021.



$$X^2 = 0.903, P\text{valor} = 0.637$$

El gráfico 11 nos señala un valor de ($X^2 = 0.903$) mostrando que la infección de tracto urinario * edad gestacional no presentaron relación estadística significativa ($P\text{-valor} > 0.05$).

TABLA N°. 15 RELACIÓN ENTRE LA BACTERIURIA ASINTOMÁTICA Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021.

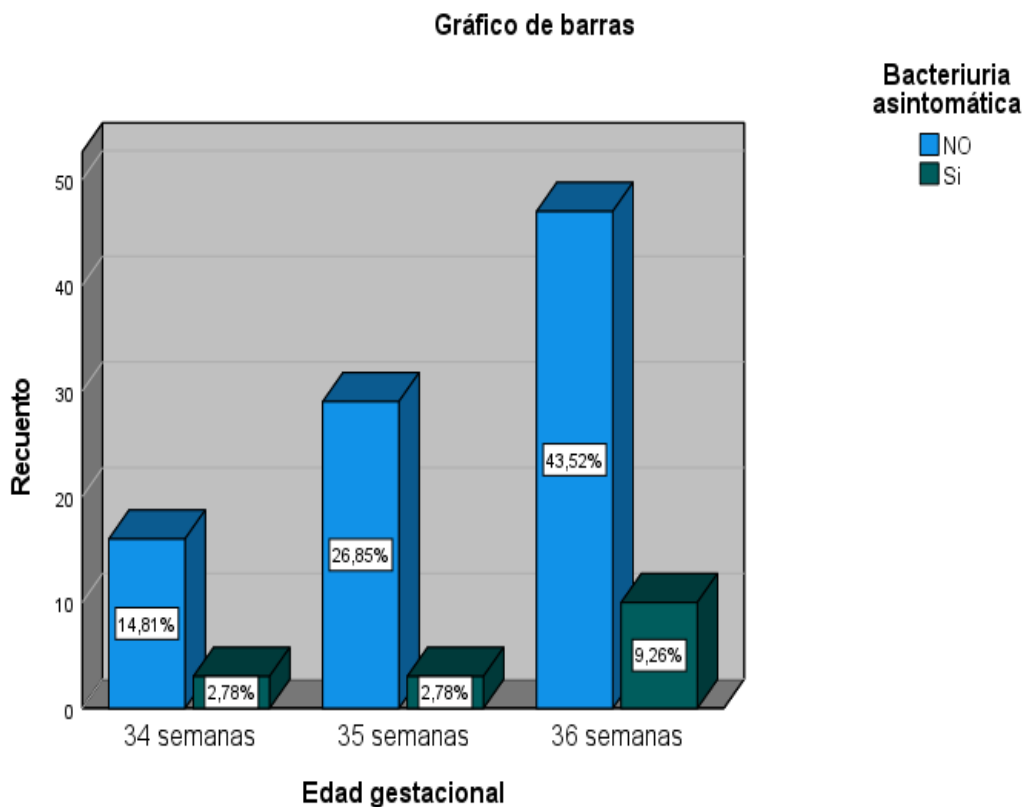
Tabla cruzada

			Edad gestacional			Total
			34 (semanas)	35 (semanas)	36 (semanas)	
Bacteriuria asintomática	NO	Recuento	16	29	47	92
		% del total	14,8%	26,9%	43,5%	85,2%
	Si	Recuento	3	3	10	16
		% del total	2,8%	2,8%	9,3%	14,8%
Total	Recuento	19	32	57	108	
	% del total	17,6%	29,6%	52,8%	100,0%	

$$X^2 = 1.101, Pvalor = 0.577$$

La tabla n°.15 nos muestra un valor igual a ($X^2 = 1.101$) denotando que la bacteriuria asintomática * edad gestacional no presenta relación estadísticamente significativa ($p\text{-valor} > 0.05$).

GRÁFICO 12. RELACIÓN ENTRE LA BACTERIURIA ASINTOMÁTICA Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES CON PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021.



$$X^2 = 1.101, Pvalor = 0.577$$

El gráfico 12 denota un valor de ($X^2 = 1.101$) mostrando que la bacteriuria asintomática * edad gestacional no presentaron relación estadísticamente significativa ($p\text{-valor} > 0.05$).

DISCUSIÓN

En este trabajo de investigación se planteó la finalidad de determinar la relación entre los factores maternos y el parto pretérmino tardío en las gestantes que fueron atendidas en el Hospital Goyeneche de enero a diciembre 2021. De los cuales 216 historias clínicas pertenecían a parto pretérmino tardío y se tomó una muestra aleatoria de 108 historias clínicas prosiguiendo el proceso señalado en el capítulo 3 de planteamiento operacional.

En la Tabla N° 1 el factor materno alcoholismo no presenta ninguna relación con el parto pretérmino ya que el 100,0% de nuestra población no tubo este hábito, al igual que en el estudio de investigación de AYALA que tampoco se presenta asociación alguna con dicho factor (43).

En la tabla N° 3 el factor infeccioso no presentó ninguna correlación estadísticamente significativa $p>0.05$ con el parto pretérmino, al igual que en el estudio de PAREDES y CASANI en donde por lo menos el 50 .88% lo presenta, mas no está asociado estadísticamente con un valor ($p=0.393$) (5,45) .

En la Tabla N° 4 se determinaron de rangos de edad gestacional de 34 semanas el 17.6, 35 semanas el 29.6 y 36 semanas fue el 52.8, siendo 35.5 el promedio de la edad gestacional.

En la Tabla N° 6 se demuestra no presenta una relación estadísticamente significativa entre el tabaquismo y el parto pretérmino tardío $P>0.05$, viéndose que fue el 1.9%. Lo cual guarda relación con el estudio de AHUMADA y AYALA teniendo un valor menor de lo esperado de 0.7% (44,43) .

En la Tabla N° 7 se demostró que no hay una relación estadística que sea significativa con $p>0.05$ entre la paridad y el parto pretérmino, así mismo en el estudio de AHUMADA no hay relación estadística Contradictorio a esto en el estudio de PAREDES se evidencia relación estadística entre la multiparidad el parto pretérmino tardío con un valor $P=0,002$ (44,45).

En la tabla N° 8 no se presenta una relación entre la ruptura prematura de membranas y el parto pretérmino no es significativa estadísticamente $p>0.05$, del mismo modo en la investigación de MURGIA-RICALDE se confirma estos resultados. Sin embargo, en el estudio de AYALA si se encuentra relación estadística comprobada con el parto pretérmino tardío (42,43) .

En la tabla N° 10 se muestra que la relación entre embarazo múltiple y parto pretérmino no es estadísticamente significativa $P > 0.05$ de la misma manera que en el estudio de AHUMADA y CASANI. Contradictorio al estudio de PAREDES donde se encuentra que si existe una relación estadísticamente significativa con valor $P = 0,042$ (44,5,45).

El embarazo múltiple, ya sea espontaneo a inducido, suele ser un factor importante para el parto prematuro tardío.

En la tabla N° 11 se demostró la relación entre la enfermedad hipertensiva del embarazo y parto pretérmino tardío, resulto estadísticamente significativa con $X^2 = 14.019 - P < 0.05$, al igual que en el estudio de AYALA, MURGIA-RICALDE y CASANI en el que lo afirman como factor de parto pretérmino (42,5,43). Por el contrario, en el estudio de MORENO Y PAREDES no se evidencia una relación estadísticamente significativa. Sin embargo, se tiene que mencionar la importancia de realizar el control oportuno de esta patología para que así se disminuya esta asociación (19,45).

En nuestro estudio, como se muestra en la tabla 12, no se halla una relación estadísticamente significativa entre antecedente de parto pretérmino anterior que lleve a una predisposición a parto pretérmino $P > 0.05$, estos resultados también se evidencian en el estudio de AHUMADA en el que menciona que el antecedente de parto pretérmino no se relaciona en general con el desarrollo del parto pretérmino tardío (44). Por el contrario, en el estudio de AYALA y PAREDES si se encuentra relación estadística significativa entre el antecedente de parto pretérmino y el parto pretérmino tardío (43,45).

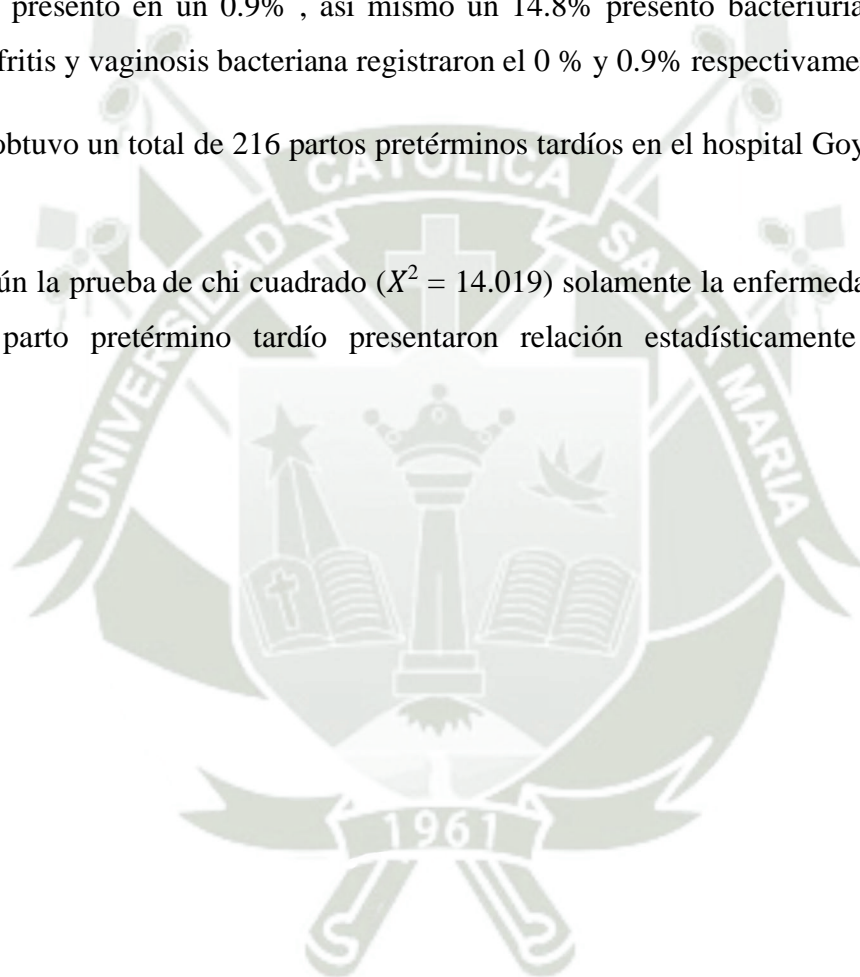
Según la Tabla N° 14 se muestra que no hay relación significativa estadísticamente por que el ($Pvalor = 0.637$) es mayor a $p > 0.05$ entre infección del tracto urinario y parto pretérmino. Los resultados mostrados coinciden con el estudio de PAREDES donde se obtuvo como valor $p = 0,59$ lo que demuestra que no existe relación estadísticamente significativa (45). Sin embargo, en el estudio de BASUALDO E ISIDRO y AYALA las infecciones de tracto urinario si presentaron relación con prematuros tardíos (10,43). En el estudio de MURGUIA-RICALDE también se presentó como factor predisponente para parto pretérmino sin embargo el estudio se realizó en gestantes adolescentes (42).

CONCLUSIONES

PRIMERA: En los factores gineco-obstétricos la enfermedad hipertensiva del embarazo se exhibió en un 21.3% de las gestantes atendidas. En los factores sociales, se apreció que, del total de registros con respecto a la edad de la madre, un 25% corresponde a 31-35 años, en cuanto al índice de masa corporal, un 36.1% tiene obesidad siendo este el porcentaje más alto, con respecto al tabaquismo y alcoholismo un 98.1% y 100% respectivamente no práctica este hábito. En los factores infecciosos la infección de tracto urinario se presentó en un 0.9% , así mismo un 14.8% presentó bacteriuria asintomática, sin embargo, pielonefritis y vaginosis bacteriana registraron el 0 % y 0.9% respectivamente.

SEGUNDA: Se obtuvo un total de 216 partos pretérminos tardíos en el hospital Goyeneche de enero a diciembre 2021.

TERCERA: Según la prueba de chi cuadrado ($X^2 = 14.019$) solamente la enfermedad hipertensiva del embarazo y el parto pretérmino tardío presentaron relación estadísticamente significativa (P-valor<0.05).



RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que los médicos y obstetras realicen investigaciones prospectivas basadas en los factores de riesgo identificados, preferiblemente en centros de salud de nivel IV, con el objetivo de mejorar la calidad de los resultados y explorar la existencia de otros factores predisponentes en esta población. Se aconseja a los estudiantes de obstetricia que continúen investigando la enfermedad hipertensiva del embarazo.
2. Se recomienda al Ministerio de Salud que implemente la disponibilidad de diferentes pruebas de laboratorio y exámenes predictivos para gestantes en todos los centros de salud y hospitales del país, con el objetivo de realizar un diagnóstico oportuno y prevenir complicaciones durante el embarazo y parto, de esta manera, disminuir la morbilidad perinatal.
3. Se sugiere que las obstetras e internos de obstetricia realicen un adecuado monitoreo de las funciones vitales de las gestantes durante los controles prenatales y mejoren el llenado del carnet perinatal. Esta práctica resulta de gran importancia, ya que brinda información adicional y permite implementar estrategias oportunas para reducir las altas tasas de morbilidad asociadas a enfermedades hipertensivas del embarazo.
4. Con fundamento en los resultados alcanzados en el estudio, se recomienda a las obstetras ofrecer orientación profesional y buscar concientizar a las gestantes en el tema de parto prematuro en especial en mujeres que tienen diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo ya que se ha encontrado una relación estadística significativa entre estas dos patologías.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Liu L OSHDCYPJZJ. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. [Online].; 2016.. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27839855/>.
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom L, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. WILLIAMS OBSTETRICIA. 26th ed. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom LS, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al., editores. MEXICO: MC GRAW HILL Education; 2021.
3. Organizacion Mundial Del La Salud. Organizacion Mundial Del La Salud. [Online]; 2018. Acceso 04 de Marzode 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
4. Martín Peinador Y, Soriano Faura J, García Reymundo M, Hurtado Suazo JA, Calvo Aguilar , Ginovart Galiana , et al. Pediatría Integral. [Online].; 2019. Acceso 4 de MARZO de 2022. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2019/xxiii03/02/n3-128-137_YoliMartin.pdf.
5. Casani Chara LR. Factores asociados al parto pretermino en el servicio de Obstetricia del hospital III Goyeneche [Tesis de pregrado]. [Online]. [Arequipa]: Universidad Nacional de San Agustín; 2020.. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12773/12330>.
6. MINSA. Plataforma digital unica del estado peruano. [Online]; 2022. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/668468-nacimientos-prematuros-en-el-peru-se-incrementan-a-6-89-en-lo-que-va-del-2022>.
7. Avila Vargas-Machuca J. Vigilancia epidemiológica de la mortalidad neonatal en el Perú hasta la SE 46-2019. [Online].; 2019.. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/46.pdf>.
8. Cobo Cobo T, Diago Almela V. Revista oficial de la sociedad española de ginecología y obstetricia, Parto Pretermino [Internet]. [Online].; 2020.. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto_pretermino_2020.pdf.
9. Huerta TE. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. [Online].; 2018.. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300013&lng=es.
- 10 Basualdo Bernuy GZ, Isidro Robles DH. Repositorio de la Universidad Nacional de Huancavelica. . [Online]. [Pasco]: Universidad Nacional De Huancavelica; 2022. Acceso 22 de junio de 2022. Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/4353/TESIS-SEG-ESP-OBSTETRICIA-2021->

[BASUALDO%20BERNUY%20Y%20ISIDRO%20ROBLES.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)].

- 11 Apaico De La Cruz R, Condole Varo LE. Factores De Riesgo Perinatales Y Morbimortalidad De . Neonatos Prematuros en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena – Ayacucho, 2020. [Online]. [Ayacucho]; 2021.. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12952/6162>.
- 12 Artal Mittelmark R. MANUAL MSD Version para profesionales. [Online]; 2019. Acceso 20 de . Juniode 2022. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/abordaje-de-la-mujer-embarazada-y-atenci%C3%B3n-prenatal/evaluaci%C3%B3n-de-la-paciente-obst%C3%A9trica#:~:text=La%20paridad%20es%20el%20n%C3%BAmero,n%C3%BAmero%20de%20embarazos%20>.
- 13 Wagura P, Wassuna A, Laving A, Wamalga D, Ng'ang'a P. Prevalence and factors associated with . preterm birth at kenyatta national hospital. [Online]. kenyatta: BMC Pregnancy and Childbirth [Internet]; 2018.. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-018-1740-2>.
- 14 Montero Aguilera A, Ferrer Montoya , Paz Delfin , Pérez Dajaruch M, Díaz Fonseca. Riesgos . maternos asociados a la prematuridad. [Online].; 2019.. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000501155.
- 15 Mora-Vallejo M, Peñaloza D, Pullupaxi C, Díaz-Rodríguez J. Infecciones del Tracto Urinario como . factor de riesgo para parto prematuro en adolescentes embarazadas. [Online].; 2019.. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8277756>.
- 16 Moldenhauer. Manual MSD. [Online]; 2021. Acceso 27 de Juniode 2022. Disponible en: . <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/rotura-prematura-de-membranas-rpm>.
- 17 Dávila Arguello EE. Conducta obstétrica ante amenaza de parto pretérmino, por ruptura prematura . de membrana en gestante de 36 semanas.[tesis de pregrado]. [Online]. Babahoyo: UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO; [2022].. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/11516>.
- 18 Orias Vasquez M. Ruptura prematura de membranas, Rev.méd.sinerg. [Online].; 2020.. Disponible . en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/606>.
- 19 Moreno Ruiz LF. Factores De Riesgo Asociados Al Parto Pre Término En Gestantes Atendidas En . El Hospital Goyeneche En Arequipa. [Online]. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2017.. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/7518>.
- 20 Dulay AT. Manual MSD. [Online]; 2020. Acceso 16 de juniode 2022. Disponible en: . <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y->

[obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/polihidramnios.](#)

- 21 Ramirez JV. Fisiopatología del liquido amniótico. Embarazo postérmino. [Online]. Valencia. . Disponible en: <https://www.uv.es/jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-17.pdf>.
- 22 Penedo P. Veritasint. [Online]; 2021. Acceso 04 de juliode 2022. Disponible en: . <https://www.veritasint.com/blog/es/bebe-prematuro/>.
- 23 Sernaque Anastacio KE. Factores Maternos y Fetales Asociados a Prematuridad en Recién Nacidos . Atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Santa Rosa, Piura 2019. [tesis de pregrado]. [Online]. [Piura]: Universidad César Vallejo; 2019.. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/40372>.
- 24 Huertas Tacchino E. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. [Online].; 2018.. . Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300013.
- 25 Bigolin Jantsch L, Teixeira Canto R, Martins de Melo A, Rinaldo Scabur I, Nascimento Correa de Andrade E, Tatsch Neves E. Factores obstétricos asociados con el nacimiento de bebés prematuros moderados y tardíos. [Online].: Universidad de Murcia. Servicio de Publicaciones; 2021.. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10201/102843>.
- 26 Vasquez Valerio L. Estados Hipertensivos del Embarazo. [Online].: Rev.méd.sinerg. [Internet]; . [2017].. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/68>.
- 27 Bryce Moncloa A, Alegria Valdivia E, Valenzuela Rodriguez G, Larrauri Vigna A, Urquiaga Calderón J, San Martín San Martín M. Hipertensión Arterial. [Online].; 2018.. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000200006&lng=es.
- 28 Toro-Huamanchumo CJ, Barboza JJ, Barros-Sevillano S, Gronerth-Silva JK, Pinedo-Castillo L, . Norma del Carmen Gálvez-Díaz NdC, et al. Factores maternos asociados a prematuridad en gestantes de un hospital público de Trujillo, Perú. [Online].: Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet]; 2021.. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312021000400006&lng=es.
- 29 Herranz Barbero A, Cobo Cobo MT, Silvia Roiges D, Sánchez Ortíz , Arnal Ahullo M. Portal . Clinic. [Online].; 2018. Acceso 29 de julio de 2022. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/prematuridad/causas-y-factores-de-riesgo>.
- 30 Flores Robles FdR. El aborto previo como factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino en el . Instituto Nacional Materno perinatal diciembre 2015- mayo 2016[Tesis de pregrado]. [Online]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/5017>.

- 31 Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online]; 2021. Acceso 20 de . Juniode 2022. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=El%20C3%ADndice%20de%20masa%20corporal,\(kg%2Fm2\).](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=El%20C3%ADndice%20de%20masa%20corporal,(kg%2Fm2).)
- 32 Marco Gómez B, Bustos M, Prieto J, Martínez J, Moreno Aliaga J. Obesidad, inflamación e . insulino-resistencia: papel de los ligandos del receptor gp 130. [Online].; 2018.. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272008000300002&lng=es.
- 33 Meléndez González C, Saldaña Solórzano C, González Habib T, Tirán Saucedo J. Relación entre el . índice de masa previo al embarazo y el riesgo de parto prematuro. [Online].; 2017.. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v85n9/0300-9041-gom-85-09-589.pdf>.
- 34 American TACot, Folan P, Staparella A. Tabaquismo durante el embarazo. [Online].; 2014.. . Disponible en: <https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/spanish/smoking-and-pregnancy.pdf>.
- 35 Zehnpfund Garcia C. Relacion entre el tabaquismo pasivo durante la gestación y el riesgo de parto . prematuro [Tesis de pregrado]. [Online].: Universidad de Alicante; 2019-2020.. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/107200>.
- 36 Barrera Sánchez LF, Manrique Abril FG, Ospina Díaz JM. Factores asociados al parto pretérmino . en adolescentes de Tunja, Boyacá. [Online].; 2016.. Disponible en: <https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/769>.
- 37 Fernández Castañeda M. Huvn.es. [Online]: Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada; . 2020. Disponible en: https://www.huvn.es/archivos/cms/ginecologia-y-obstetricia/archivos/publico/clases_residentes/2020/clase2020_tabaco_alcohol_durante_gestacion.pdf.
- 38 Viquez Viquez M, Chacón González C, Rivera Fumero S. Infecciones del tracto urinario en mujeres . embarazadas. [Online].: Rev.méd.sinerg. [Internet]; 2020.. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/482>.
- 39 Torres Lestrade OD, Hernández Pacheco I, Meneses Nuñez C, Ruvalcaba Ledezma C. Infección . urinaria como factor de riesgo para parto. [Online].; 2020.. Disponible en: <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/3779>.
- 40 Zamora Rodriguez AR. Pielonefritis como causa de amenaza de parto pretermino [Tesis para . pregrado]. [Online]. Quito: Universidad de Guayaquil [Internet]; 2018.. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31249>.
- 41 Garcia Arrellano A. Factores de riesgo materno en pacientes con parto prematuro"estudio a . realizarse en el hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel periodo 2017. [Tesis de

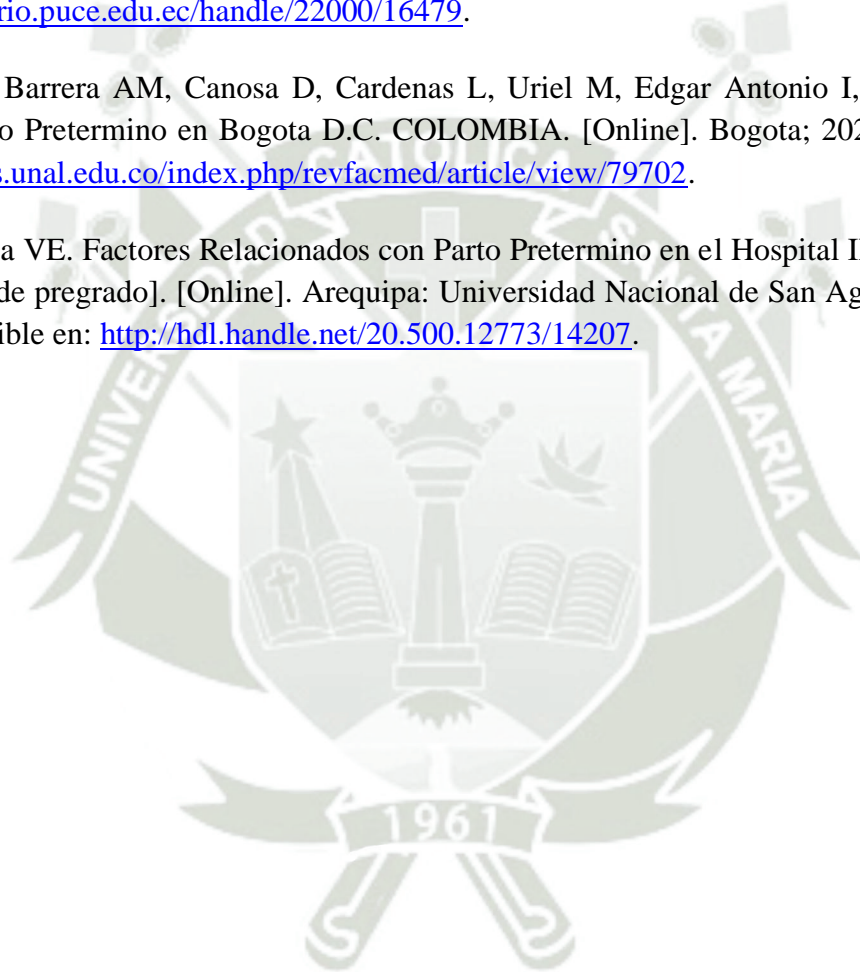
pregrado]. [Online]. [Guayaquil]: Universidad de Guayaquil; 2017.. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/30752>.

42 Murgia-Ricalde F, Roque Quezada JC , De La Cruz-Vargas JA , Indacochea-Cacéda S. “Factores de riesgo maternos asociados a parto prematuro en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo 2018 - 2019”[tesis de pregrado]. [Online]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2021.. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14138/3753>.

43 Ayala Coba AA. Repositorio De Tesis De La Pontificia Universidad Católica Del Ecuador. [Online].: Pontificia Universidad Católica Del Ecuador; 2017 - 2018.. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/16479>.

44 Ahumada JS, Barrera AM, Canosa D, Cardenas L, Uriel M, Edgar Antonio I, et al. Factores de riesgo de Parto Pretermino en Bogota D.C. COLOMBIA. [Online]. Bogota; 2020.. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/79702>.

45 Paredes Zuñiga VE. Factores Relacionados con Parto Pretermino en el Hospital III Goyeneche 2020 - 2021.[Tesis de pregrado]. [Online]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2022.. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12773/14207>.





ANEXO N.º 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

HISTORIA CLINICA N.º FICHA N.º

FACTORES SOCIALES

Características de la madre

1. Edad: < de 19 años () / 20-25 años () / 26-30 años () / 31-35 años () / > de 36 años ()
2. PesoPG/talla (IMC): Adelgazada () Ideal () sobrepeso/ Obesidad ()
3. Tabaquismo: Si () No ()
4. Alcoholismo: Si () No ()

FACTORES GINECO OBSTETRICOS

1. Paridad: Nulípara () Primípara () Multípara ()
2. Presencia de Ruptura prematura de membranas: Si () No ()
3. Polihidramnios: Si () No ()
4. Embarazo múltiple: gemelar / mellizos () trillizos () Mas ()
5. Enfermedad hipertensiva del embarazo: Si () No ()
6. Antecedente de parto/s pretérmino/s anterior/s: Si () No ()
7. Antecedente de aborto: Si () No ()

Características del Parto Pretérmino Tardío

1. Edad gestacional: 34 semanas () 35 semanas () 36 semanas ()

FACTORES INFECCIOSOS:

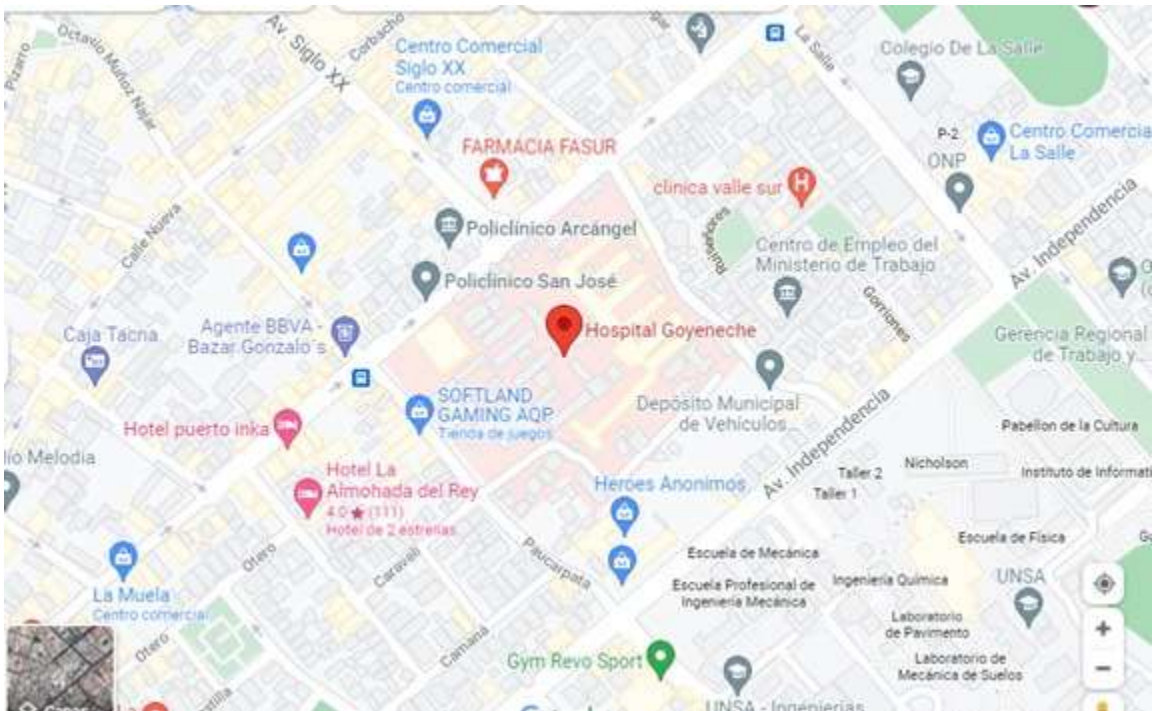
1. Infección del tracto urinario: Si () No ()
2. Bacteriuria asintomática: Si () No ()
3. Pielonefritis: Si () No ()
4. Vaginosis bacteriana: Si () No ()

Otras:

Fuente: Elaboración Propia

ANEXO N.º 2

DELIMITACION GEOGRAFICA DEL HOSPITAL GOYENCHE



*Google Maps



ANEXO N. ° 3
MATRIZ DE DATOS

HC	FACTORES SOCIALES					FACTORES GINECO-OBSTETRICOS							FACTORES INFECCIOSOS			
	EDAD GESTACIONAL	EDAD MATERNA	INDICE DE MASA CORPORAL	TABAQUISMO	ALCOHOLISMO	PARIDAD	PRESENCIA PREMATURA DE MEMBRANAS	POLIHIDRAMNOS	EMBARAZO MULTIPLE	ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO	ANTECEDENTE DE PARTO PRE TERMINO	ANTECEDENTE DE ABORTO	INFECCION DE TRACTO URINARIO	BACTERIURIA ASINTOMATICA	PIELONEFRITIS	VAGINOSIS BACTERIANA
835350	36.2	32	obesidad	no	no	primipara	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no
835027	34	35	sobrepeso	no	no	multipara	no	no	no	si	no	si	no	no	no	no
318000	36	32	sobrepeso	no	no	nulipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
835558	36.6	40	obesidad	no	no	multipara	si	no	si	no	no	si	no	no	no	no
735290	36.6	26	sobrepeso	no	no	primipara	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no
842312	36	36	obesidad	no	no	multipara	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no
842220	36.2	42	obesidad	no	no	multipara	si	no	no	no	no	no	no	si	no	no
20002	34.6	42	sobrepeso	no	no	nulipara	si	no	no	no	no	no	no	si	no	no
195100	35	39	obesidad	no	no	primipara	no	no	no	si	no	no	no	si	no	no
841295	34.6	16	sobrepeso	no	no	nulipara	si	no	no	no	no	no	no	si	no	no
840205	36.5	19	sobrepeso	no	no	primipara	si	no	no	no	no	si	no	no	no	no
804805	32.6	25	obesidad	no	no	primipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
842374	35.4	18	ideal	no	no	nulipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
841303	35.2	27	sobrepeso	no	no	multipara	no	no	no	no	no	si	no	si	no	no
348000	36.6	35	sobrepeso	no	no	multipara	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no
333500	34	24	obesidad	no	no	nulipara	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no
845285	34	17	ideal	no	no	nulipara	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no
845386	36	36	sobrepeso	no	no	multipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
845326	36.5	31	sobrepeso	no	no	primipara	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no
845333	34.2	37	sobrepeso	no	no	multipara	no	no	no	si	no	si	no	no	no	no
771526	36.2	28	obesidad	no	no	primipara	no	no	no	si	no	no	si	no	no	no
811792	34.4	32	ideal	no	no	primipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
352800	36	18	ideal	no	no	nulipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no

HC	FACTORES SOCIALES					FACTORES GINECO-OBSTETRICOS							FACTORES INFECCIOSOS			
	EDAD GESTACIONAL	EDAD MATERNA	INDICE DE MASA CORPORAL	TABAQUISMO	ALCOHOLISMO	PARIDAD	PRESENCIA PREMATURA DE MEMBRANAS	POLIHIDRAMNOS	EMBARAZO MULTIPLE	ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO	ANTECEDENTE DE PARTO PRE TERMINO	ANTECEDENTE DE ABORTO	INFECCION DE TRACTO URINARIO	BACTERIURIA ASINTOMATICA	PIELONEFRITIS	VAGINOSIS BACTERIANA
839268	35.3	20	obesidad	no	no	nulipara	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no
737815	34.1	29	obesidad	no	no	multipara	no	no	no	si	no	si	no	no	no	no
851955	36	27	obesidad	no	no	multipara	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no
471800	35	23	obesidad	no	no	multipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
846341	34.3	28	obesidad	no	no	primipara	no	no	no	si	si	no	no	no	no	no
620353	36.6	35	ideal	no	no	multipara	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no
851536	35	36	obesidad	no	no	multipara	no	no	no	si	no	si	no	no	no	no
453700	35.6	31	sobrepeso	no	no	multipara	no	no	no	si	no	si	no	no	no	no
340120	36	19	ideal	no	no	nulipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
838755	36	25	ideal	no	no	primipara	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no
83934	36	39	sobrepeso	no	no	multipara	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no
839569	36.5	22	obesidad	no	no	nulipara	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no
792456	35	31	adelgazada	no	no	primipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
136309	35	21	ideal	no	no	nulipara	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no
838722	34	33	sobrepeso	no	no	primipara	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no
171734	36.3	24	sobrepeso	no	no	primipara	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no
838529	36	30	obesidad	no	no	multipara	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no
846180	34	28	sobrepeso	no	no	primipara	no	no	no	si	no	no	no	si	no	no
840302	36.4	37	ideal	no	no	multipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
167425	34	36	obesidad	no	no	multipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
840529	36	23	ideal	si	no	primipara	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no
714858	35.6	28	obesidad	no	no	multipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
840092	35	37	obesidad	no	no	primipara	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no
840104	36	24	ideal	no	no	primipara	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no
785418	36.5	35	ideal	no	no	nulipara	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no
843030	35	32	obesidad	si	no	primipara	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no
840820	36.1	26	obesidad	no	no	primipara	SI	no	no	no	no	no	no	no	no	no
843280	36.4	27	obesidad	no	no	nulipara	SI	no	no	no	no	no	no	no	no	no
817936	36.5	43	sobrepeso	no	no	multipara	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no
342926	34.1	24	sobrepeso	no	no	multipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no

HC	FACTORES SOCIALES					FACTORES GINECO-OBSTETRICOS							FACTORES INFECCIOSOS			
	EDAD GESTACIONAL	EDAD MATERNA	INDICE DE MASA CORPORAL	TABAQUISMO	ALCOHOLISMO	PARIDAD	PRESENCIA PREMATURA DE MEMBRANAS	POLIHIDRAMNOS	EMBARAZO MULTIPLE	ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO	ANTECEDENTE DE PARTO PRE TERMINO	ANTECEDENTE DE ABORTO	INFECCION DE TRACTO URINARIO	BACTERIURIA ASINTOMATICA	PIELONEFRITIS	VAGINOSIS BACTERIANA
768376	36.6	31	sobrepeso	no	no	primipara	no	no	si	no	no	si	no	no	no	no
235974	35	26	ideal	no	no	multipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
841825	36.3	26	obesidad	no	no	primipara	no	no	no	si	no	si	no	no	no	no
842565	34	21	ideal	no	no	multipara	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no
842323	35.5	35	obesidad	no	no	primipara	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no
737428	34.3	24	obesidad	no	no	primipara	no	no	si	si	no	no	no	no	no	no
454173	35.3	41	ideal	no	no	nulipara	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no
347072	35	18	sobrepeso	no	no	nulipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
856545	35.1	27	obesidad	no	no	nulipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
801521	36	23	obesidad	no	no	primipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
134122	36.2	31	ideal	no	no	primipara	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no
134122	36.2	31	ideal	no	no	primipara	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no
747074	36	21	ideal	no	no	primipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
113486	36	22	adelgazada	no	no	primipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
443546	35	18	sobrepeso	no	no	primipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
739790	36.2	22	obesidad	no	no	nulipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
784355	36.4	26	obesidad	no	no	multipara	no	no	no	no	no	Si	no	no	no	no
842444	34	17	sobrepeso	no	no	nulipara	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no
676721	35.6	15	ideal	no	no	nulipara	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no
844212	35	37	obesidad	no	no	multipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
843797	36	45	sobrepeso	no	no	nulipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
282574	35.6	29	adelgazada	no	no	multipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
794076	36	31	ideal	no	no	primipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
843724	35.5	16	ideal	no	no	nulipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
843804	35.4	16	ideal	no	no	nulipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
814530	36.2	18	ideal	no	no	multipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
354091	35	41	obesidad	no	no	multipara	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no
845119	36.4	32	ideal	no	no	primipara	no	no	no	si	no	si	no	no	no	no
793064	35	27	obesidad	no	no	primipara	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no
849183	36	30	ideal	no	no	multipara	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no

HC	FACTORES SOCIALES					FACTORES GINECO-OBSTETRICOS							FACTORES INFECCIOSOS			
	EDAD GESTACIONAL	EDAD MATERNA	INDICE DE MASA CORPORAL	TABAQUISMO	ALCOHOLISMO	PARIDAD	PRESENCIA PREMATURA DE MEMBRANAS	POLIHIDRAMNOS	EMBARAZO MULTIPLE	ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO	ANTECEDENTE DE PARTO PRE TERMINO	ANTECEDENTE DE ABORTO	INFECCION DE TRACTO URINARIO	BACTERIURIA ASINTOMATICA	PIELONEFRITIS	VAGINOSIS BACTERIANA
406125	36	21	ideal	no	no	nulipara	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no
403984	35	32	obesidad	no	no	multipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
853873	36.6	21	ideal	no	no	nulipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
854308	35.1	21	sobrepeso	no	no	multipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
612259	35	28	obesidad	no	no	multipara	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no
691707	36.6	34	obesidad	no	no	multipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
753220	36.5	33	sobrepeso	no	no	multipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
853840	36	19	ideal	no	no	nulipara	si	no	no	no	no	no	no	si	no	no
853277	34	40	sobrepeso	no	no	multipara	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no
853172	34	25	ideal	no	no	multipara	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no
484967	36.1	27	sobrepeso	no	no	primipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
785937	36.6	30	obesidad	no	no	multipara	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no
799976	35.3	26	sobrepeso	no	no	multipara	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no
219568	36.5	35	obesidad	no	no	multipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
978564	36	33	ideal	no	no	multipara	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no
763594	36	26	ideal	no	no	primipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
378524	34.3	28	ideal	no	no	primipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
287934	36.3	23	ideal	no	no	nulipara	no	no	no	no	no	si	no	si	no	no
583794	36	35	obesidad	no	no	multipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
357895	36.3	32	ideal	no	no	multipara	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no
684269	35.6	35	ideal	no	no	multipara	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no
138942	35.3	19	obesidad	no	no	primipara	no	no	si	no	no	no	no	si	no	no
375861	35.2	34	obesidad	no	no	primipara	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
842872	36	28	ideal	no	no	primipara	no	no	no	no	no	si	no	si	no	no
845639	36	17	ideal	no	no	nulipara	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no
854311	36.3	25	ideal	no	no	nulipara	si	no	si	no	no	no	no	no	no	si

ANEXO 4

CARTA DE PRESENTACION



Universidad Católica
de Santa María

AREQUIPA - PERU

(5154)382038 <http://www.ucsm.edu.pe> [facebook.com/ucsm.edu.pe/](https://www.facebook.com/ucsm.edu.pe/)

"IN SCIENTIA ET FIDE ES IT FORTITUDO NOSTRA"
(En la Ciencia y en la Fe está nuestra Fortaleza)

Arequipa, 05 de octubre 2022

Sr. Dr.
WILFREDO VICTOR GUTIERREZ ZARATE
Director del Hospital III Goyeneche Arequipa
Ciudad. -

Asunto: Recolección de datos de Historias
Clínicas.

Tengo a bien dirigirme a Usted, para manifestarle que uno de los requisitos para la titulación de nuestras egresadas de la Facultad de Obstetricia y Puericultura es realizar un trabajo de investigación sobre nuestra carrera profesional, y para lo cual las señoritas LESLY ALEXANDRA CASTRO DIAZ Identificada con DNI 71710765 KATHERIN NAINA MACHACA SUCATICONA Identificada con DNI 72456136, están realizando el trabajo de investigación titulado: "FACTORES MATERNOS QUE CONDICIONAN EL PARTO PRETERMINO TARDIO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GONoyENECHe. AREQUIPA. ENERO A DICIEMBRE 2021", y como entenderá el mismo deberán obtener información mediante la recolección de datos mediante las Historias Clínicas y del libro de partos a pacientes atendidas en el periodo de enero a diciembre 2021 que hayan tenido parto pretérmino tardío, en el Servicio de Ginecología del Hospital Goyeneche III Arequipa, a cargo del Dr. Henry Rodríguez Gamero - jefe del Servicio de Ginecología. Al respecto, dicha revisión de documentos se llevará a cabo en el mes de octubre del presente año 2022.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,

Dra. JANNETESCOBEDO VARGAS
Decana (e) de la Facultad de Obstetricia
y Puericultura de la UCSM

ANEXO 5
AUTORIZACION



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

PROVEIDO DE AUTORIZACION N° 072-2022-GRA/GRS/HG-OADI.-

Visto el **Doc N° 5097636 Exp: 3241956** con la aceptación del Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia; con el visto bueno de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, esta Dirección **AUTORIZA** a:

LESLY ALEXANDRA CASTRO DIAZ
KATHERIN NAINA MACHACA SUCATICONA

Egresadas de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María, para que recaben información aplicando el instrumento de investigación para realizar el Proyecto de Tesis titulado **"FACTORES MATERNOS QUE CONDICIONAN EL PARTO PRETERMINO TARDIO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENEHE. AREQUIPA. ENERO A DICIEMBRE 2021"**, Y estarán cargo de la facilitadora Obst. Lizbeth Nieto Valencia, según informa el Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia.

Arequipa, 26 de Octubre del 2022


GOBIERNO REGIONAL AREQUIBA
CONSEJO REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL GUYENEHE
Wilfredo Nieto Valencia Zárate
DIRECTOR
C.M.A. 2143 N.E. 17988

WVGZ/YEM/ear.
CC. Archivo
DOC: 5106076
EXP: 3241956

Hospital Goyeneche Av. Goyeneche s/n. Telf. 231313. Tele Fax: 223501

FACTORES MATERNOS QUE CONDICIONAN EL PARTO PRETÉRMINO TARDÍO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ. AREQUIPA. ENERO A DICIEMBRE 2021

INFORME DE ORIGINALIDAD

7%

INDICE DE SIMILITUD

6%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

2%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	1library.co Fuente de Internet	1%
3	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado