



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

ESCUELA DE POSGRADO

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



TESIS

**FACTORES DE RIESGO DEL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA, HOSPITAL REGIONAL - PUNO – 2017**

PRESENTADA POR:

AMADOR BELLIDO PEREZ

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

DOCTORIS SCIENTIAE EN CIENCIAS DE LA SALUD

PUNO, PERÚ

2023

Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

FACTORES DE RIESGO DEL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y O

AUTOR

AMADOR BELLIDO PEREZ

RECUENTO DE PALABRAS

18855 Words

RECUENTO DE CARACTERES

111410 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

78 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.3MB

FECHA DE ENTREGA

Jan 23, 2024 7:09 PM CST

FECHA DEL INFORME

Jan 23, 2024 7:11 PM CST

● 6% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base

- 5% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 3% Base de datos de trabajos entregados
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Cross

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 12 palabras)

VB CIEPG



Firmado digitalmente por GUTIERREZ
ALBERONI Jose Dante FAU
20145496170 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 23.01.2024 20:14:55 -06:00



UNA
PUNO

Firmado digitalmente por LUQUE
COYLA Ruben Jared FAU
20145496170 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 24.01.2024 08:42:07 -05:00



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
ESCUELA DE POSGRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

TESIS

**FACTORES DE RIESGO DEL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA, HOSPITAL REGIONAL - PUNO - 2017**



PRESENTADA POR:


AMADOR BELLIDO PEREZ

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

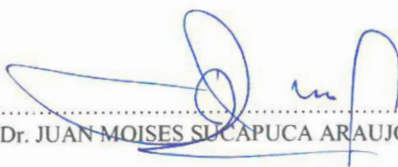
DOCTORIS SCIENTIAE EN CIENCIAS DE LA SALUD

APROBADA POR EL JURADO SIGUIENTE:

PRESIDENTE


.....
D. Sc. MIRELIA JANETH TALAVERA APAZA

PRIMER MIEMBRO


.....
Dr. JUAN MOISES SUCAPUCA ARAUJO

SEGUNDO MIEMBRO


.....
Dr. RENE MAMANI YUCRA

ASESOR DE TESIS


.....
Dr. JOSE DANTE GUTIERREZ ALBERONI

Puno, 25 de setiembre del 2023

ÁREA: Ciencias Médicas, Ciencias de la Salud.

TEMA: Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes

LÍNEA: Salud pública.



DEDICATORIA

El presente trabajo con mucho amor está dedicado a Dios, quien ha sido la guía permanente en mi vida para lograr los triunfos, satisfacciones en el andar como profesional. a mi esposa Tula, hijos Edson y Yemid, quienes son el soporte emocional para todo tipo de actividad de superación personal.

A mi compañera de estudios Sandra, quien ha jugado un papel importante, con su apoyo incondicional, antes, durante, posterior a los estudios de doctorado.



AGRADECIMIENTOS

Agradecer al Alma Mater Universidad Nacional del Altiplano, a sus autoridades, personal administrativo por haberme acogido y brindarme apoyo para poder culminar mis estudios de doctorado en Ciencias de la salud, en forma satisfactoria.

A mis docentes, quienes asumieron con responsabilidad académica en la formación y análisis de la realidad sanitaria a nivel nacional, regional y local, buscar solución para brindar y ofrecer un servicio de la calidad a la población.

Profundo reconocimiento a mí Asesor Dr. Gutiérrez Alberoni José, por su dirección, respaldo continuo para la culminación del anhelo profesional.

Agradecer a mi compañera de estudios Dra. Sandra Fernández Macedo con quien hemos compartido experiencias, amistad, apoyo durante la formación profesional.

Reconocimiento a mi esposa Tula Sosa Arce, mis hijos Edson, Yemid, quienes en todo momento apoyaron moralmente, con actitudes positivas durante el tiempo de la formación y culminación de mis estudios.



ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
ÍNDICE GENERAL	iii
ÍNDICE DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE ANEXOS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I

REVISIÓN DE LITERATURA

1.1. Marco teórico	4
1.1.1. Factores de riesgo	4
1.1.1.1. Factores de riesgo Obstétricos	4
1.1.1.2. Factores Nutricionales	6
1.1.1.3. Factores infecciosos	7
1.1.1.4. Vaginosis bacteriana	8
1.1.1.5. Antecedentes de pérdidas gestacionales	9
1.1.1.6. Factores y condiciones maternas	9
1.1.1.7. Otros Factores	10
1.1.2. Parto pretérmino	10
1.1.2.1. Diagnóstico de parto término	11
1.1.2.2. Taxonomía del parto pretérmino	12
1.1.2.3. Antibiótico profilaxis	13
1.2. Antecedentes	15
	iii



1.2.1. Antecedentes internacionales	15
1.2.2. Antecedentes nacionales	16
1.2.3. Antecedentes locales	18

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Identificación del problema	20
2.2. Enunciados del problema	22
2.2.1. Pregunta general	22
2.2.2. Preguntas específicas	23
2.3. Justificación	23
2.4. Objetivos	24
2.4.1. Objetivo general	24
2.4.2. Objetivos específicos	24
2.5. Hipótesis	25
2.5.1. Hipótesis general	25
2.5.2. Hipótesis específicas	25

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Lugar de estudio	26
3.2. Población	26
3.3. Muestra	27
3.3.1. Criterios de inclusión y exclusión	28
3.3.1.1. Criterios de inclusión	28
3.3.1.2. Criterios de exclusión	28
3.4. Método de investigación	28
3.4.1. Tipo de investigación	28
	iv



3.4.2. Diseño	28
3.5. Descripción detallada de métodos por objetivos específicos	29
3.5.1. Técnica: Observación directa	29
3.5.2. Análisis estadístico	29
3.5.3. Operacionalización de variables	30
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Factores sociodemográficos presentado por la muestra	31
4.1.1. Correlación de Pearson riesgo demográfico y parto pretérmino	32
4.2. Factores de riesgo obstétrico presentado por las gestantes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Puno 2017.	34
4.2.1. Correlación de Pearson de riesgo obstétrico y parto pretérmino	35
4.3. Factor de riesgo nutricional presentado por las gestantes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional 2017.	37
4.3.1. Correlación de Pearson de riesgo nutricional y parto pretérmino	38
4.4. Factores de riesgo inflamatorio presentado por las gestantes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Puno 2017	40
4.4.1. Correlación de Pearson de riesgo inflamatorio y parto pretérmino	41
4.5. Discusión	42
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	48
BIBLIOGRAFIA	49
ANEXOS	62



ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
1. Matriz de operacionalización de variables de investigación	30
2. Factor demográfico según Parto pretérmino de gestantes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Puno-2017	31
3. Correlación del parto pretérmino según la edad, el estado civil y el grado instrucción	33
4. Factor Obstétrico según Parto pretérmino de gestantes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Puno -2017	34
5. Correlación del parto pretérmino según el espacio intergenésico, los antecedentes de amenaza de aborto y la atención prenatal	35
6. Factor de riesgo nutricional según parto pretérmino de gestantes atendida en el Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Puno -2017	37
7. Correlación del parto pretérmino según el índice de masa, el consumo de micronutrientes y el tipo de anemia	38
8. Factor Inflamatorio según Parto pretérmino de gestantes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Puno -2017	40
9. Correlación del Parto pretérmino según la infección de la infección del tracto urinario, vaginal, ruptura prematura de membranas, preeclampsia y placenta previa	41



ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
1. Guía De Observación	63
2. Tabla de ganancia de peso de la gestante	65
3. Historia clínica perinatal	66
4. Examen de laboratorio	67

RESUMEN

La investigación tiene objetivo: Determinar la relación del factor de riesgo demográfico, obstétrico, nutricional e inflamatorio con el parto pre término de gestantes, el tipo de investigación fue correlacional, diseño cuantitativo, no experimental, transversal, la población fue de 1320 con una muestra de 298 gestantes; se usó como técnica la observación, el instrumento fue una guía de observación, la tabla de ganancia de peso de la gestante, las historias clínicas perinatológicas y la ficha de resultados de laboratorio. En los resultados, se encontró que el estado civil, (Rho 0,538), el grado de instrucción, (Rho 0,501) mostraron una relación moderada, la edad tuvo una relación inversa alta (Rho -0,632). El índice de masa corporal (Rho 0,618) y el tipo de anemia, (Rho 0,314) mostró una relación alta y débil. El consumo de micronutrientes tiene relación inversa alta (Rho -0,670). Los antecedentes de amenaza de aborto tiene relación muy alta (Rho 0,915), el espacio intergenésico relación moderada (Rho 0,571), la paridad relación débil (Rho 0,287) y relación inversa alta (Rho 0,571) a la atención prenatal, alto riesgo inflamatorio por las infecciones del tracto urinario (Rho 0,867) e infecciones vaginales (Rho 0,874), ruptura prematura de membranas (Rho 0,737), preeclampsia (Rho 0,682) y moderado riesgo a la placenta previa (Rho 0,596) con el parto pretérmino siendo todas las variables significativas (0.000). Concluyendo que el factor inflamatorio fue el mayor riesgo para parto pretérmino. Esto pone en riesgo la vida del recién nacido por las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares e hipertensión.

Palabras clave: Factores, gestante, parto, pretérmino, riesgo.

ABSTRACT

The purpose of the research was to determine the relationship between demographic, obstetric, nutritional, and inflammatory risk factors and pre-term delivery in pregnant women, the type of research was a correlational, quantitative, non-experimental, cross-sectional design, the population was 1320 with a sample of 298 pregnant women; the technique used was observation, the instrument was an observation guide, the table of weight gain of the pregnant woman, the dermatological clinical histories and the laboratory results card. In the results, it was found that marital status (Rho 0.538), and educational level (Rho 0.501) showed a moderate relationship, and age had a high inverse relationship (Rho -0.632). Body mass index (Rho 0.618) and type of anemia, (Rho 0.314) showed a high and weak relationship. Micronutrient intake has a high inverse relationship (Rho -0.670). History of threatened abortion has a very high relationship (Rho 0.915), intergenesis space has moderate relationship (Rho 0.571), parity has weak relationship (Rho 0.287) and high inverse relationship (Rho 0.571) to prenatal care, high inflammatory risk to urinary tract infections (Rho 0.867) and vaginal infections (Rho 0.874), premature rupture of membranes (Rho 0.737), preeclampsia (Rho 0.682) and moderate risk to placenta previa (Rho 0.596) with preterm delivery being all variables significant (0.000). Concluding that the inflammatory factor was the highest risk for preterm delivery. This puts the life of the newborn at risk for cardiovascular and cerebrovascular diseases and hypertension.

Keywords: Factors, pregnant woman, delivery, preterm, risk.



Dr. Renzo F. Valdivia Terizayas
Docente Principal UNA-PUNO

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, la causa de mortalidad por prematuridad es de 70% y con secuelas neurológicas el 50%, su etiología es desconocida, ya que, obedece a un factor multicausal, relacionado a complicaciones como la membrana hialina, hemorragias, el trabajo de parto prematuro espontáneo y la ruptura prematura de membranas representan el 80% de partos prematuros, y el 20% restante por causas materno-fetales (Gallego & Cortés, 2010). Esta situación es preocupante considerando que en los países subdesarrollados y con sistemas de salud limitados su prevalencia es 3 veces mayor a la de los países desarrollados. Esta misma afirmación la tienen (Riscarle et al., 2008), donde el estrato socioeconómico asociado al parto prematuro en el pobre con un 67,6% en relación a los demás estratos socioeconómicos, sin embargo, también destaca la influencia de la edad y otras patologías presentada por las madres.

Es innegable que históricamente el sistema de salud en el Perú ha reflejado deficiencias significativas a nivel logístico e infraestructura para poder atender de manera eficaz a los neonatos, sin embargo, este hecho no hace que el número de nacimiento este en crecimiento, y relacionado a esto, la presencia de partos pretérminos, los cuales se han convertido en una preocupación a nivel preventivo de la función pública de la salud.

En nuestra sociedad peruana y de manera específica en los Departamentos de Puno, Huancavelica, Amazonas, Madre de Dios, Pasco, Junín, Ayacucho, Cusco, y Ucayali, las defunciones de prematuros moderados a tardíos (32 a 36 semanas) se aproxima a 3%; sin embargo, en estos la mortalidad es mayor al promedio nacional (Vargas, 2019). En esta línea, Sánchez (2016), destaca que la prematuridad es causante de mortalidad en menores de 5 años, así mismo, como factor de riesgo materno destaca los problemas nutricionales, hipertensión, diabetes y el consumo de sustancias nocivas, entre otros. Así, Yanque et al. (2019), resalta problemas del neurodesarrollo relacionado a los nacidos prematuros, en esta línea, destacan la parálisis cerebral, el déficit sensorial, problemas en el aprendizaje, a lo citado el estudio realizado destaca la necesidad de la prevención de riesgos en los neonatos en los diferentes periodos prenatal, natal y postnatal. Para Villanueva et al. (2008), existe una relación entre el parto prematuro con la morbimortalidad neonatal, en esta línea la presencia de trastornos neurológicos son resultado de antecedentes como vaginosis bacterianas, enfermedades infecciosas y asociado a la carencia de asistencia

temprana resulta ser una variable que afecta la estabilidad económica y social de círculo familiar.

A lo expuesto, la importancia del estudio se enmarca en el mantenimiento de una información actualizada, en relación a los factores de riesgo ginecológico-obstétrico de mayor relevancia y cuidado y como este repercutirá a futuro en el recién nacido, sobre esto, datos actualizados sobre la tendencia de factores de riesgo durante el embarazo es alta en el 99,2% en madres con 28 a 32 semanas de gestación (INEI, 2019). Por esta razón es importante una derivación a tiempo desde los establecimientos del primer nivel de atención a otros de mayor complejidad.

La presente indagación se llevó a cabo con el propósito de indagar y discernir la interrelación existente entre los diversos factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes que reciben atención médica en las instalaciones del Hospital Regional de Puno. Con el afán de facilitar la comprensión del lector, el contenido se ha estructurado de manera jerárquica, distribuido en varios capítulos que abordan distintos aspectos relevantes del estudio.

En el capítulo I, se ha procedido a consolidar y analizar exhaustivamente la bibliografía más reciente enmarcada en el ámbito teórico, así como los antecedentes pertinentes y el marco conceptual. Estos elementos han sido meticulosamente elaborados con la intención de proporcionar una panorámica general que permita contextualizar la información relacionada con la temática abordada.

El segundo capítulo, se dedica a la exposición detallada del planteamiento del problema, la formulación del enunciado, la justificación de la investigación, la delimitación de los objetivos y la formulación de hipótesis. Estos elementos se han concebido con el objetivo de facilitar una comprensión más profunda y analítica de la problemática planteada.

En el capítulo III, se detalla minuciosamente la metodología empleada, abordando aspectos cruciales como el lugar de estudio, la población seleccionada, la muestra utilizada y los métodos aplicados con miras a alcanzar los objetivos específicos planteados en la investigación.

En el cuarto capítulo, se presentan de manera sistemática los resultados obtenidos, plasmados en tablas y figuras que permiten visualizar y analizar de manera más



pormenorizada los hallazgos alcanzados. Este capítulo culmina con las conclusiones derivadas de los resultados y las recomendaciones pertinentes, respaldadas por la bibliografía pertinente y la inclusión de anexos que complementan y respaldan la información expuesta a lo largo de la investigación.

CAPÍTULO I

REVISIÓN DE LITERATURA

1.1. Marco teórico

1.1.1. Factores de riesgo

La predisposición al parto pretérmino se vislumbra como una problemática polifacética, cuya manifestación se manifiesta en un rango temporal que abarca desde la onceava hasta la decimotercera semana y, posteriormente, entre la decimoctava y la vigesimotercera semana de gestación, englobando así el I y II trimestre. Los elementos contribuyentes a este fenómeno, considerados de índole multifactorial, se distinguen por su diversidad tanto intrínseca como extrínseca (Vizcaíno et al., 2020). Entre los aspectos intrínsecos se hallan la activación hormonal y neuronal, mientras que los factores extrínsecos abarcan la sobre distensión uterina, infecciones maternas, isquemia uteroplacentaria, malformaciones uterinas y enfermedades cervicales. Últimamente, se ha establecido una conexión con el estrés, lo que demanda una investigación más extensa y detallada para comprender a cabalidad sus implicancias en este contexto (Huertas, 2018).

1.1.1.1. Factores de riesgo Obstétricos

El compendio de factores y condiciones maternas subyacentes en la etiología de complicaciones gestacionales engloba diversas variables, entre las cuales se destacan las infecciones bacterianas ascendentes y enfermedades como la hipertensión, diabetes gestacional, y enfermedades cardiovasculares, todas estas de marcado impacto en el desarrollo del embarazo (Huaroto et al., 2019). Adicionalmente, las infecciones transplacentarias, como la sífilis, emergen como

elementos de consideración crucial, especialmente en madres con edades comprendidas entre los 18 y 40 años. Cabañas et al. (2001) han enfatizado que la Diabetes Gestacional se manifiesta mediante parámetros sintomáticos específicos, donde los niveles superiores a 190 mg/dL a la primera hora, 165 mg/dL a la segunda hora y 145 mg/dL a la tercera hora constituyen indicativos de la condición.

Sin embargo, según la perspectiva defendida por Nazer et al. (2005), se postula la abogacía en favor de la aplicación selectiva de pruebas diagnósticas exclusivamente en individuos que exhiban un elevado nivel de riesgo, identificando específicamente a mujeres mayores de 30 años con historial de macrosomía, malformaciones fetales, mortinatos, obesidad e hipertensión como una población crítica que demanda la consideración y aplicación de dichas pruebas con un criterio más riguroso. Este enfoque no solo enfatiza la necesidad de discernimiento clínico en la determinación de la necesidad de pruebas diagnósticas, sino que también sugiere una ponderación más detallada de los factores de riesgo individuales, subrayando la importancia de un abordaje diferenciado y selectivo en la práctica médica.

Desde la perspectiva de Ordoñez & Montalvo (2013), la presencia de elevados índices de masa corporal se correlaciona con el riesgo sustancial de hipertensión arterial, cesárea y macrosomía, mientras que exhibe una relación inversa con el riesgo de parto prematuro. En consonancia con este análisis, Cararach & Botet, (2008) subrayan la relación entre la hipertensión materna y las patologías fetales, evidenciándose en la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y la manifestación de signos agudos de sufrimiento fetal (RPBF). Además, señalan que el tratamiento de la hipertensión materna puede, paradójicamente, desencadenar un deterioro en el estado fetal, ya que la perfusión placentaria disminuye concomitantemente con la reducción de los valores tensionales, dificultando la evaluación del estado fetal mediante pruebas de frecuencia cardíaca fetal. Este fenómeno subraya la complejidad y los desafíos intrínsecos asociados al manejo clínico de las gestantes con hipertensión, especialmente en el contexto de la atención a la salud fetal (Brenes-Monge et al., 2020).

1.1.1.2. Factores Nutricionales

Caracterizado por problemas en el peso materno, índices de IMC menor de 18,5 y periodo intergenésico corto, Para Ordoñez & Montalvo (2013), las mujeres que mantuvieron un IMC dentro del rango normal durante la gestación y experimentaron un aumento de peso adecuado exhibieron un desarrollo gestacional y un proceso de parto más favorable en comparación con aquellas que ganaron peso por encima de las recomendaciones. Asimismo, se observa que las mujeres con un peso pregestacional atípico, ya sea con un IMC superior o inferior al rango apropiado, enfrentan un incremento en el riesgo gestacional. Este discernimiento se materializa en el hecho de que las pacientes con sobrepeso presentan una susceptibilidad elevada a complicaciones tales como hipertensión vinculada al embarazo, diabetes gestacional y desnutrición.

La dinámica del peso materno durante la gestación se revela como un componente crucial que incide en el devenir de la gestante y su experiencia perinatal. Poma (2020), resalta la importancia de mantener un equilibrio en el aumento de peso, considerando que un incremento excesivo o deficiente podría influir significativamente en el curso del embarazo y el parto. Las mujeres con sobrepeso, en particular, se encuentran en una posición de mayor vulnerabilidad, susceptibles a complicaciones como la hipertensión gestacional y la diabetes gestacional, ambas afecciones que comprometen la salud materno-fetal (Ramírez-Montoya et al., 2022).

La vinculación entre el estado nutricional previo a la gestación, representado por el IMC, y la aparición de patologías gestacionales subraya la necesidad de abordar de manera integral la salud materna antes de concebir. Lapertosa (2023), pone de manifiesto que las mujeres con índices de IMC atípicos, ya sea por bajo o alto peso, enfrentan un panorama gestacional más complejo, exponiéndolas a una gama más amplia de riesgos y desafíos. La comprensión de estas interrelaciones constituye un elemento esencial para el diseño de estrategias preventivas y de intervención que promuevan la salud materna y fetal.

1.1.1.3. Factores infecciosos

En la primera visita de seguimiento al especialista, a toda gestante se le debe solicitar un urocultivo, recomendablemente por la semana 12 de gestación, necesaria para la detección y tratamiento precoz de infecciones sintomáticas o asintomáticas, ya que existe relación entre las infecciones del tracto urinario y PP (Yuste et al., 2018). Sin embargo, Cortina et al. (2016) sugiere que ante un cultivo de orina positivo para estreptococo del grupo B (GBS), las mujeres embarazadas deben recibir tratamiento farmacológico y ser registradas para un control a posteriori para el uso de tratamiento profiláctico durante el embarazo con el fin de prevenir la infección neonatal causada por este organismo patógeno.

En el contexto de la atención prenatal, se postula la imperante necesidad de incorporar el urocultivo como una práctica sistemática en la primera visita de seguimiento al especialista para las gestantes, preferiblemente alrededor de la semana 12 de gestación (Psilopatis et al., 2023). Esta medida se revela como un componente crucial para la identificación y tratamiento temprano de infecciones tanto sintomáticas como asintomáticas, dado el establecido vínculo entre las infecciones del tracto urinario y la preeclampsia (PP). Específicamente, Wu et al. (2021) el análisis del urocultivo se erige como una estrategia preventiva esencial, arrojando luces sobre la posible presencia de infecciones que, de no abordarse prontamente, podrían desencadenar complicaciones perjudiciales tanto para la gestante como para el feto.

En un plano más específico, cuando se detecta la presencia de estreptococo del grupo B (GBS) mediante el urocultivo, se impone la necesidad de una intervención farmacológica (Palacios-Saucedo et al., 2002). Las mujeres embarazadas que reciben este diagnóstico deben someterse a un tratamiento específico, al mismo tiempo que se las registra para un seguimiento continuado. Este enfoque no solo busca mitigar el impacto de la infección durante la gestación, sino también prevenir posibles complicaciones neonatales atribuibles a este patógeno. Rivera & Lopera (2012), consideran que la administración de un tratamiento profiláctico durante el embarazo se posiciona como una medida preventiva trascendental, orientada a salvaguardar la salud tanto de la madre como del neonato,

evidenciando así un compromiso proactivo con la gestión de la salud materno-infantil.

En suma, la incorporación del urocultivo en las primeras etapas del seguimiento prenatal no solo constituye una estrategia diagnóstica eficaz, sino que también propicia una acción proactiva ante la eventualidad de infecciones, coadyuvando a la prevención y tratamiento oportuno de condiciones que podrían derivar en consecuencias adversas para la salud materno-fetal (Sprong et al., 2020). La identificación de estreptococo del grupo B subraya la importancia de un abordaje farmacológico sistemático, solidificando así la premisa de la atención prenatal como un componente integral y cuidadosamente orquestado para garantizar resultados saludables en el curso de la gestación y el parto.

1.1.1.4. Vaginosis bacteriana

Las mujeres que experimentan vaginosis bacteriana pueden encontrarse en una posición de mayor vulnerabilidad frente al riesgo de parto prematuro (Wilson, 2004). En este contexto, se propone la implementación de una intervención terapéutica basada en la administración de antibióticos de forma oral con el objetivo de erradicar las infecciones vaginales durante el periodo gestacional. De acuerdo con las reflexiones de Laterra et al. (2012), es imperativo la identificación y tratamiento de dichas infecciones de manera proactiva, siendo recomendable llevar a cabo estas medidas antes de alcanzar las 20 semanas de gestación.

Para el abordaje farmacológico, se sugiere la utilización de Metronidazol en dosis de 500 mg vía oral, administrado dos veces al día, lo que equivale a una ingesta total de 1 g diario, durante un ciclo terapéutico de siete días. Asimismo, se contempla la opción de Clindamicina, cuya posología consiste en 300 mg vía oral, dos veces al día, totalizando una ingesta de 600 mg diarios, también a lo largo de una semana (Paavonen et al., 2000).

Es relevante señalar que diversos microorganismos han sido identificados en asociación con la vaginosis bacteriana (Romero-Morelos et al., 2019). Entre estos, se han observado la presencia de *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Gardnerella vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Bacteroides*, *Peptoestreptococcus*, *Trichomonas*, *Escherichia coli* y *Streptococos* del grupo B. Este espectro

microbiano evidencia la complejidad de la patología, subrayando la importancia de un enfoque terapéutico preciso y multidireccional para abordar eficazmente la condición.

1.1.1.5. Antecedentes de pérdidas gestacionales

Los antecedentes asociados al término de la primera mitad del periodo gestacional engloban diversas eventualidades, tales como el fenómeno del aborto espontáneo recurrente, las anomalías en el desarrollo del crecimiento uterino, y las intervenciones médicas, como la conización del cérvix y la presencia de un acortamiento del cuello uterino (Koh et al., 2019).

Dentro del ámbito prenatal, se contemplan circunstancias que abarcan desde la gestación múltiple, la ruptura anticipada de membranas, la manifestación de polihidramnios, hasta el sangrado durante el periodo gestacional Ybaseta-Medina et al. (2019). Asimismo, se consideran factores como la realización de procedimientos quirúrgicos abdominales, la incidencia de infecciones urinarias, la exposición materna a infecciones severas, así como el impacto de traumas somatoemocionales en la salud gestacional (Orias, 2020). Este complejo entramado de situaciones constituye un panorama amplio y multifacético que demanda una evaluación integral y cuidadosa desde una perspectiva teórico-conceptual.

1.1.1.6. Factores y condiciones maternas

Aumento de infecciones, enfermedades maternas como hipertensión, diabetes gestacional, enfermedad trombofilias, entre otras, infecciones placentarias como sífilis, enfermedad periodontal, edad materna entre los 8 a 40 años. La perspectiva de León et al. (2023), sostiene que en pacientes como hipertensión crónica en proceso de embarazo, una ecografía con el fin de evaluar el desarrollo del feto y el volumen del líquido amniótico; considerando la presencia de normalidad en el desarrollo prenatal se recomienda su seguimiento antes de la semana 34; así mismo, los autores recomiendan la monitorización fetal electrónica solo cuando el movimiento fetal está restringido. Para Bustillo et al. (2016), el estrés materno y fetal produce hormonas suprarrenales e hipotalámicas que aumentan la producción de corticotropina en placenta decidua, amnios y corion. En esta línea varias

investigaciones han concluido una correlación entre la CRH elevada y la presencia de prostaglandinas con un efecto paracrino. También existe relación entre la presencia de IL1 y el eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal.

1.1.1.7. Otros Factores

Quirós et al. (2016), desglosa minuciosamente una gama de componentes epidemiológicos, ambientales, socioeconómicos y psicosociales que inciden en la salud reproductiva. Entre estos, se destaca la consideración de factores étnicos, específicamente la población afroamericana que representa el 18,4 % de la muestra estudiada. Además, el análisis aborda elementos como el tabaquismo, el bajo peso materno, un índice de masa corporal (IMC) inferior a 19,8, y la brevedad del intervalo entre nacimientos.

En un nivel más profundo de análisis, cabe destacar que la identificación precisa de uno o más factores primarios y/o la presencia de dos o más factores secundarios configuran un criterio de clasificación que sitúa a los individuos en una categoría de alto riesgo. Esta clasificación no solo tiene implicaciones diagnósticas, sino que también permite implementar un seguimiento exhaustivo y la instauración de intervenciones preventivas antes de que se manifieste la Preeclampsia (PPT), conforme a las directrices establecidas por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, (2020). Este enfoque analítico y conceptual proporciona una base sólida para la comprensión y abordaje de los determinantes de la salud materna, subrayando la importancia de un enfoque holístico en la práctica clínica.

1.1.2. Parto pretérmino

El riesgo asociado al parto pretérmino se aborda de manera conceptual al identificar contracciones uterinas acompañadas de dolor, cuya manifestación se torna regular y clínicamente identificable a partir de la vigésima semana de gestación y antes de la trigésima séptima semana. Según lo planteado por Rivera & Rueda (2016), este fenómeno se desliga de consideraciones relativas al peso al nacer y la presencia o ausencia de variaciones cervicales.

Desde la perspectiva analítica de Castaigne et al. (2006), se subraya de manera destacada la trascendental e ineludible significancia que ostenta el fenómeno del parto

premature, ya sea de índole espontánea o inducida, en el intrincado escenario de la morbilidad neonatal. Este aspecto vital ha suscitado un diálogo de naturaleza sumamente sustancial, en el cual se abordan con meticulosidad las complejidades inherentes al mismo, con una clara orientación hacia la determinación minuciosa de la ruta más óptima y apropiada para la ejecución de tan delicados procedimientos obstétricos (Mally et al., 2010).

No obstante, al abordar la circunstancia en la cual el feto asume una posición cefálica, se establece la vía vaginal como la elección óptima y preferida (Romero et al., 2012). Es imperativo resaltar que esta elección conlleva la necesidad perentoria de llevar a cabo una vigilancia minuciosa del proceso de dilatación, con el fin de facilitar un periodo de expulsión expedito y óptimo. Este imperativo cobra relevancia en virtud de optimizar el desenlace del parto y atenuar los posibles riesgos asociados al mismo.

1.1.2.1. Diagnóstico de parto término

La identificación de un evento de parto prematuro implica la manifestación de diversos indicadores, entre los que se incluyen la persistencia de contracciones uterinas con una frecuencia superior a cuatro en el transcurso de una hora, acompañada de síntomas tales como calambres, presión pélvica, flujo vaginal excesivo, así como dolor abdominal y lumbar (Corzo-León et al., 2018). El abordaje diagnóstico de esta condición se circunscribe a pacientes gestantes situadas en el rango de las 20 a las 36 semanas y 6 días.

Es crucial atender a la frecuencia contráctil, que adquiere relevancia clínica cuando alcanza la cifra de cuatro contracciones por cada intervalo de 20 minutos o, alternativamente, ocho contracciones en una hora (Wei et al., 2015). Para concluir el diagnóstico, es imperativo considerar de manera concurrente algunos indicadores morfológicos y cervicales, tales como una dilatación cervical que supere los 2 cm, un 80 % de derrame cervical, o alteraciones identificables en el cuello uterino que se revelen a través de evaluaciones seriadas.

En el caso de mujeres que carecen de factores de riesgo, resulta imperativo destacar que la aplicación de exámenes vaginales se revela como una estrategia de pronóstico del parto prematuro carente de eficacia, razón por la cual su empleo no figura en la práctica clínica de manera sistemática (Brotman et al., 2018). En el

contexto de pacientes consideradas de alto riesgo, emerge una controversia significativa, sustentada en la abundante evidencia que indica que su implementación no conlleva un incremento en la incidencia de eventos adversos tales como la ruptura de membranas o el desarrollo bacteriano (Mendling, 2015). En este sentido, adquiere preeminencia la obtención de un historial médico integral, fundamentado en un examen físico exhaustivo que abarque la microscopía y una evaluación completa de la salud fetal.

En consideración de lo expuesto, resulta imprescindible destacar la notoria relevancia que (Nguyen et al., 2018) atribuyen al empleo del monitoreo fetal electrónico externo. Este enfoque adquiere una primacía significativa al posibilitar la detección de la actividad uterina que podría pasar desapercibida en el ámbito del examen físico convencional. Además, se erige como un recurso fundamental en la realización de exámenes complementarios, ecografías obstétricas intrauterinas y evaluaciones de características biofísicas asociadas (Jowitt, 2018).

Esta metodología, al fundamentarse en la instrumentación tecnológica específica, conduce a una ampliación de la capacidad de discriminación y a una observación detallada, propiciando así un enriquecimiento sustancial en la comprensión y seguimiento de la dinámica uterina durante el proceso gestacional (Ballesteros & Almeida, 2021). Este planteamiento teórico conceptual subraya la importancia intrínseca de la aplicación de herramientas tecnológicas especializadas para una comprensión más profunda y precisa de los fenómenos fisiológicos asociados a la gestación.

1.1.2.2. Taxonomía del parto pretérmino

Desde la óptica delineada por Alvarez & Perez (2017), la actual taxonomía concerniente a los trastornos obstétricos ostenta su cimiento en la sintomatología clínica que la progenitora experimenta, diametralmente opuesta a una inmersión detenida en la intrínseca naturaleza de la dolencia subyacente, la cual propulsa la materialización clínica. En este ámbito, la intriga en torno a la naturaleza del parto prematuro se torna opaca respecto a si la condición resulta de un proceso infeccioso, una lesión vascular, una elongación excesiva del útero, un

reconocimiento atípico de entidades ajenas, condiciones estresantes u otros procesos patológicos no previamente escudriñados (Casanga & San Martín, 2021).

En el marco de esta coyuntura crítica, se pone de manifiesto la omisión de una consideración adecuada de estas condiciones, concebidas no simplemente como agrupaciones de signos y síntomas, sino más bien como entidades carentes de la exploración detallada de los intrincados mecanismos subyacentes al cuadro patogénico Rivera & Rueda (2016). Esta omisión conlleva consigo restricciones significativas que obstaculizan la formulación y aplicación efectiva de estrategias destinadas a la prevención y tratamiento, al relegar a un segundo plano la comprensión profunda de los fundamentos que sustentan la manifestación de dichas condiciones patológicas.

1.1.2.3. Antibiótico profilaxis

La aplicación de terapia con antibióticos sistémicos en pacientes que presentan rotura prematura de membranas asociada a una bolsa amniótica íntegra se revela como un factor limitante al considerar la extensión del periodo gestacional (Ovalle & Figueroa, 2021). Es imperativo destacar que la administración rutinaria de antibióticos de manera diaria no se recomienda, a menos que exista una correlación directa con la ruptura de la membrana o la presencia de una condición subyacente que requiera un tratamiento específico.

En la situación de rotura prematura de membranas con una bolsa amniótica intacta, la profilaxis antibiótica se inicia en el momento proyectado para el parto. En casos de ruptura prematura de membranas, la iniciación de la profilaxis se lleva a cabo en el momento del ingreso de la paciente (Gutiérrez, 2018). Asimismo, es esencial resaltar que la terapia antibiótica profiláctica dirigida al *Streptococcus* del grupo B debe interrumpirse si la paciente no se encuentra en trabajo de parto o si los resultados de los cultivos resultan negativos. En contraste, la continuación de la terapia antibiótica está justificada en caso de resultados positivos en dichos cultivos (Alvarez & Perez, 2017)

Los recursos terapéuticos empleados en la atención antenatal de neonatos prematuros, tales como el reposo, la inhibición tocolítica, la administración de corticoides, antibióticos y la aplicación de cerclaje, han sido extensamente

utilizados, sin embargo, su eficacia en la prevención de partos prematuros ha demostrado ser considerablemente limitada (Aisa et al., 2021). Este enfoque clínico abarca la identificación de poblaciones de pacientes con factores de riesgo para el parto pretérmino y diversas etiologías, así como la detección de infecciones mediante métodos como el cultivo microbiológico estándar o la reacción en cadena de la polimerasa (RPC). Cabe destacar que esta práctica adquiere relevancia al considerar que, a través del uso de predictores de parto prematuro y la ultrasonografía, se capacita al profesional especializado para la selección de una terapia efectiva (Husbun & Husbun, 2000).

Resulta ostensible que aquellas mujeres que se hallan en estado de gravidez y atraviesan por un parto prematuro, definido dentro del intervalo temporal comprendido entre las 24 y las 34 semanas de gestación, se ven enfrentadas a una imperiosa necesidad de recibir una intervención terapéutica basada en la administración de corticoides (Cong et al., 2015). Este tratamiento se erige con la finalidad primordial de contrarrestar la incidencia de morbilidad perinatal, abordando de manera preeminente riesgos potenciales de considerable gravedad. Entre tales riesgos se destacan la amenaza de insuficiencia respiratoria, la posibilidad de desarrollar enterocolitis necrosante, la propensión a hemorragias intraventriculares, la vulnerabilidad a infecciones neonatales y, en última instancia, la amenaza ineludible de la muerte perinatal.

En relación con el tratamiento con corticoides, su eficacia en el proceso de maduración y diferenciación, logrando así una reducción del 40% en la mortalidad neonatal y un descenso del 50% en las complicaciones perinatales (Vargas, 2019). Además, se enfatiza que la principal indicación para la tocolisis consiste en mantener el embarazo durante un período mínimo de 48 horas, permitiendo que el tratamiento despliegue sus efectos de manera óptima. Es crucial subrayar que el éxito del tratamiento de pacientes con amenaza de parto prematuro no solo radica en la implementación de la terapia tocolítica, sino también en la identificación precoz de pacientes con alto riesgo, así como en la eliminación de factores predisponentes que puedan contribuir al desencadenamiento de un parto prematuro (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2020).

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes internacionales

En el ámbito internacional, Bekele et al. (2022) realizaron un estudio comparativo entre Argentina y Etiopía para investigar los factores condicionantes del parto prematuro. Mediante un estudio de casos y controles en hospitales seleccionados, se analizaron factores como la edad materna, gestación múltiple, nivel educativo, estado socioeconómico, y la presencia de hipertensión o infecciones. Los hallazgos mostraron similitudes en los factores de riesgo entre ambos países, destacando la importancia del estado socioeconómico y la calidad de los servicios de salud en el parto prematuro.

Otro estudio relevante es el de HogenEsch et al. (2019), que investigó la prevalencia de la colonización materna por estreptococo del grupo B en América Latina y su relación con el parto prematuro. Utilizando datos del Sistema de Información Perinatal, se examinaron factores demográficos y riesgos asociados con la colonización en mujeres embarazadas. Los resultados preliminares revelaron una prevalencia de colonización del 17.5%, asociada con la etnia y la edad materna, proporcionando información crucial sobre un factor de riesgo infeccioso en América Latina.

En El Salvador, Chavarría, (2019) se enfocó en caracterizar los factores de riesgo asociados con el parto prematuro. Analizando 44,891 casos, se encontró una prevalencia del 9.5% en partos prematuros, con factores de riesgo como embarazos múltiples, diabetes mellitus y hipertensión. Este estudio resalta la necesidad de identificar y manejar estos factores en mujeres embarazadas para reducir la incidencia de parto prematuro.

En Chile, Sarmiento et al. (2022), estudia el rendimiento del Gram, el grado de glucosa y los leucocitos presentes en el líquido amniótico con el propósito de establecer el grado de inflamación en pacientes con parto prematuro, concluyendo el valor de la combinación análisis de leucocitos y los valores de glucosa, ya que ayudará a diagnosticar la inflamación fetal ayudando así a la prevención de patologías en recién nacidos. En el mismo País, el Centro Nacional de Equidad Reproductiva (2016), estudia la incidencia de las características sociodemográficas, obstétricas y psicosociales sobre el parto pretérmino y partos con termino normal, encontrando que

no existen diferencias significativas en los grupos considerando las variables sociodemográficas, sin embargo, encontró una tendencia de antecedentes de cesáreas en las pacientes con parto pretérmino.

En Colombia, Ortiz et al. (2020), estudia la relación del diagnóstico corioamnionitis histológica en 160 pacientes con parto prematuro en el Hospital Universitario San José (HUSJ) de Popayán, del 2014 al 2016, encontrado una alta prevalencia del diagnóstico CH en los primeros periodos de gestación, así como infecciones prenatales intra-amnióticas, por tal, destaca la necesidad del diagnóstico temprano que permita el manejo adecuado del parto pretérmino.

En México, Fernández-Lara et al. (2018), presenta un caso clínico de una paciente de 31 años, con antecedentes de riesgo prenatal, y con periodo de embarazo de 31 semanas para el desarrollo de una cesárea-histerectomía sin la presencia de complicaciones, concluyendo, que el diagnóstico de acretismo, concomitante con ruptura prematura, se dilucida como una tendencia poco común, por lo cual las pacientes, para mitigar sus consecuencias, tendrán la necesidad de recibir un seguimiento del proceso del embarazo.

En Ecuador Olaya (2013), estudia los factores desencadenantes en el parto pretérmino en adolescentes en un hospital de la de Ecuador, la investigación tendrá como muestra 120 pacientes con edades entre 14 y 19 años; estableciendo una alta tendencia de pacientes con edades entre 18 y 19 años, un nivel de instrucción secundaria, visitas prenatales mayores a 6 y el 54% manifestó el tener 3 a 4 parejas sexuales.

1.2.2. Antecedentes nacionales

En el contexto nacional, Nieves-Colón et al. (2022) exploraron la base genética de la preeclampsia en familias andinas en Perú, un factor de riesgo conocido para el parto prematuro. Se investigó la asociación entre genes de coagulación y la preeclampsia en mujeres embarazadas de altitudes elevadas, aportando datos significativos sobre los factores genéticos que pueden contribuir al desarrollo de la preeclampsia y, por ende, al parto prematuro.

En Lima Martínez et al. (2022), estudia la incidencia de factores en la ocurrencia de partos pretérminos durante el periodo de emergencia sanitaria por COVID 19, encontrando una tendencia del parto pretérmino relacionado a factores como antecedentes, controles prenatales menores a seis e infecciones urinarias. En la misma ciudad Huarcaya-Gutierrez et al. (2021), estudia los factores de riesgo asociado al parto prematuro en mujeres gestantes de la ciudad de Lima, encontrando relación de los antecedentes de parto pretérmino, el IMC, infecciones de tracto urinario.

En Chiclayo Toro et al. (2021), estudia la prevalencia de factores asociados al parto prematuro en mujeres de la ciudad de Chiclayo entre los años 2015 y 2019, encontrando una relación de la variable parto pretérmino con el número de controles recibidos durante el embarazo con la ocurrencia de un parto pretérmino. En Lambayeque, Carpio (2014), estudia el riesgo de la mujer en proceso de embarazo para la presencia de un parto pretérmino, en este sentido se estableció un grupo de caso y uno de control, concluyendo la influencia de los antecedentes del parto prematuro ($p = 0,04$), el control prenatal menor a seis sesiones ($p = 0,04$), la presencia de un desprendimiento de placenta temprana ($p = 0,02$), la vaginosis bacteriana ($p = 0,01$) y la infección urinaria ($p = 0,03$).

En Lima, Serrano et al. (2016), estudia la relación entre los estados ansiosos y su prevalencia sobre el parto pretérmino en 247 gestantes de un hospital público de la ciudad de Lima, no encontrando una relación entre la ansiedad durante el periodo gestacional y la tendencia de parto prematuro, por el contrario, se encontró relación con otros factores como la preclamsia, embarazos múltiples, entre otros. En esta misma línea Zerna et al., (2018), destaca los factores socioeconómicos con la presencia de un parto prematuro, infección vaginal pregestacional y un control prenatal inadecuado en las gestantes atendidas del Hospital Nacional Santa Rosa de Lima.

También en Lima Guillén (2015), estudia las variables maternas relacionadas a un parto pretérmino en 127 pacientes del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, destacando que el 39,4% la presencia de parto prematuro, así mismo identifico una relación entre la edad de la madre con la patología materna infecciosa como la vulvovaginitis y las infecciones urinarias; así mismo logro identificar patologías metabólicas como la presencia de diabetes gestacional.

En Lima Riva (2004), comparó 189 mujeres adolescentes con embarazo pretérmino y parto término, encontrando una falta de correlación entre el IMC, la presencia de antecedentes de aborto e infecciones vaginales durante el proceso de gestación actual, sin embargo, si se evidencio una relación con la vaginosis bacteriana como factor de riesgo del parto pretérmino.

1.2.3. Antecedentes locales

Paredes (2019), estudia la prevalencia de factores de riesgo maternos en la incidencia de parto prematuro en el hospital Manuel Núñez Butrón, en una muestra de 170 pacientes en dos muestras 85 control y 85 casos, concluyendo que existe una prevalencia de infecciones del tracto urinario, embarazo múltiple, hipertensión; así, resalta la necesidad del personal de salud el considerar estos factores de riesgo en el proceso de seguimiento del embarazo.

Quispe (2019), estudia la relación de factores maternos, fetales y ovulares con el parto pretérmino en los recién nacidos en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2016-2017, así determino que el control prenatal, el lugar de procedencia, grado de instrucción, ocupación de la madre infección del tracto urinario y la ruptura prematura de la membrana como predisponentes de partos pretérmino.

La investigación de Machaca & Viza (2023) sobre la relación entre los niveles de hemoglobina y el riesgo de preeclampsia en gestantes de gran altitud en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro - Puno, ha arrojado conclusiones significativas. El estudio reveló que la preeclampsia, una afección hipertensiva del embarazo, se ve influenciada por la altitud, con las gestantes adaptadas a condiciones hipóxicas mostrando concentraciones elevadas de hemoglobina, sugiriendo un vínculo potencial entre estas y el riesgo de preeclampsia.

El estudio de Callo (2021) en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón De Puno identificó factores de riesgo asociados al parto distócico. Los resultados mostraron que el 50% de los partos distócicos presentaron anomalías en las fuerzas de expulsión, y factores como la instrucción secundaria, la ocupación de ama de casa, el estado civil de conviviente, y la edad materna de 16 a 34 años, entre otros, se asociaron significativamente con el parto distócico.

Amaro (2022) investigó los factores sociodemográficos y obstétricos asociados a complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio en gestantes con sobrepeso y obesidad pregestacional en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno. El estudio reveló que el 34.10% de las gestantes con sobrepeso y obesidad pregestacional presentaron complicaciones, siendo la preeclampsia la más frecuente. Se identificaron asociaciones significativas entre la preeclampsia y factores como el grado de instrucción secundario y el tipo de parto.

Pacheco (2019) en su estudio en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca encontró que las gestantes con niveles elevados de hemoglobina tenían un mayor riesgo de desarrollar preeclampsia. Los niveles normales de hemoglobina actuaron como un factor de protección, subrayando la importancia de la monitorización de estos niveles durante el embarazo.

Finalmente, Calderon (2021) investigó los factores de riesgo asociados a la alteración de hemoglobina y hematocrito en gestantes de la Microred Juliaca. Se observó que el 40.3% de las gestantes presentaron niveles bajos de hemoglobina y que había una asociación significativa con factores como el nivel de instrucción, la edad gestacional, y la anemia, entre otros. Estos estudios proporcionan un entendimiento más profundo de los factores de riesgo asociados a complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, contribuyendo a la literatura existente en este campo de estudio.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Identificación del problema

En el Perú y de manera específica en la ciudad de Puno, ahondado a las consecuencias del estado de emergencia sanitaria por COVID 19, ha dejado al descubierto las precarias condiciones del sistema de salud público, en este sentido, para salvaguardar la salud y el bienestar de los ciudadanos el Ministerio de Salud-MINSA tiene establecidos procedimientos en pro del cuidado de la salud, en este sentido, toma relevancia la protección del neonato desde el momento de la concepción y para ello desde el modelo bio-psico-social resalta la importancia del trabajo multidisciplinario para su atención y cuidado, sin embargo, aun con normativas vigentes se dilucida carencias con consecuencias negativas evidentes, así en la ciudad del Puno hasta el año 2019 el número de defunciones de neonatos por parto pretérmino es de 73, tendencia claramente alarmante considerando la población con la que se cuenta (MINSA, 2019). Sobre esta problemática el Ministerio de Salud del Perú, destaca que en el Perú el parto pretérmino es una de las principales determinantes de muerte en niños menores de 5 años, y relacionado a esta tendencia se encuentra como comorbilidad materna, los trastornos alimenticios, hipertensión, consumo de sustancias dañinas como el tabaco y la edad (<17 años y >40 años) (MINSA, 2017).

En esta línea, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia destaca que, en términos globales esta problemática estima que el nacimiento de niños sin haber llegado a terminar el embarazo llega a 15 millones siendo las poblaciones de mayor prevalencia de morbimortalidad las de Asia meridional y África subsahariana, esto en comparación a los países con mayores ingresos, es decir destaca la influencia de la pobreza como factor de

la presencia de riesgos gineco obstétrico (UNICEF, 2019). A lo referido se evidencia que la presencia de condiciones sociales de riesgo y ahondado a conductas antes de un proceso de embarazo son y tienen que ser objetivo de las actividades preventivo-promocionales de la salud pública. Sobre esta problemática, Valadez et al. (2014), destacan la tendencia de morbilidad del parto prematuro a nivel mundial, así mismo, aclara que el tratamiento temprano se basa en factores de riesgo a priori como las infecciones vaginales y antecedentes de nacimiento prematuros. Para Bustillo et al. (2016), reconocer que el parto prematuro es una de las circunstancias obstétricas de mayor cuidado profesional y prevalencia, así mismo, al ser influenciado por factores demográficos es causante del 80% de los casos con morbilidad y mortalidad, sin embargo, aun cuando es una problemática destacable las medidas preventivo promocionales aún son limitadas. A lo citado, es claro que esta problemática resalta como un déficit de la salud pública y con mayor relevancia en los países con carencias sanitarias, sobre lo citado el Instituto Mexicano del Seguro Social, refiere que el parto pretérmino constituye el principal motivo de mortalidad neonatal a nivel mundial y a largo plazo la presencia de patología neurológicas que afectan el desarrollo en bienestar del recién nacido y su círculo familiar (IMSS, 2017). Sobre este problema Castaigne et al. (2006), destacan que el mayor número de embarazos no deseados en los países con pobreza, tienen mayor presencia en los lugares donde las carencias educativas, patologías sociales y desplazamientos poblacionales aumentan la presencia de partos prematuros en las mujeres.

En esta línea, debemos establecer que, relacionado al parto prematuro, muchas investigaciones han evidenciado diversas variables gineco obstétricos asociadas no únicamente al parto pretérmino, si no considerando todo el proceso del embarazo, así como las consecuencias a posteriori de los factores de riesgo sobre el neonato y su desarrollo cognitivo y físico (Huarcaya-Gutierrez et al., 2021; Suárez et al., 2013; Toro et al., 2021). En este sentido sobresalen los factores inflamatorios determinado por la presencia de algún patógeno que pueda producir procesos patológicos en las vías urinarias y posteriormente a nivel de membrana amniótica y adyacentes dentro de las cuales podemos encontrar a las infecciones del tracto urinario, la preeclampsia, ruptura prematura de membrana y la placenta previa, factores que han sido estudiados ampliamente por la practica medica; así también resaltan los factores nutricionales, determinado por el nivel calidad nutricional que tienen la madre durante el proceso de gestación y que coadyubara al desarrollo adecuado desde la concepción del embrión,

dentro del cual será importante considerar el IMC así como la presencia de riesgo nutricional por diagnóstico de anemia; por último existen factores obstétricos, establecidos por las características externas de tipo histórico y socio institucional que determinaran las condiciones del proceso de gestación, identificadas en el número de atenciones prenatales, el tipo de paridad, antecedentes previos de abortos o partos pretérminos.

La región Puno no es ajena a esta problemática es por ello que podemos encontrar diversos autores que han considerado el estudio de las variables gineco obstétricas, así Paredes (2019) y Quispe (2019), encontraron una relación de los factores gineco-obstétricos con el parto pretérmino, es decir la presencia de una problemática que afecta a las madres y neonatos de nuestra región es evidente y más aun después de un estado de emergencia sanitaria que evidenciado que nuestras políticas de salud públicas son de necesidad primaria.

A lo expuesto esta investigación pretende promover la salud social con responsabilidad siguiendo los estándares de calidad necesarios para el cuidado de las madres en proceso de gestación así como de los neonatos para poder prevenir consecuencias negativas a nivel cognitivo y físico, así mismo, dilucidar la importancia de la actividad preventivo promocional del sector salud para mitigar la morbimortalidad de neonatos en la región Puno dilucidando nuevos estudios y propuestas teórico - fácticas sobre el parto pretérmino y que componentes se encuentran relacionados, de esta manera coadyuvar al logro del bienestar de los pacientes.

2.2. Enunciados del problema

2.2.1. Pregunta general

- ¿De qué manera se relacionarán los Factores de riesgo sociodemográficos, obstétricos, nutricionales e inflamatorios en la ocurrencia del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional, Puno 2017

2.2.2. Preguntas específicas

- ¿Cuáles variables sociodemográficas se relacionarán con el parto pretérmino presentado por las gestantes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital regional Puno 2017?
- ¿El Factor de riesgo obstétrico, se relacionará con el parto pretérmino de gestantes atendidas en el Departamento de Ginecología Obstetricia, Hospital Regional Puno 2017?
- ¿El Factor de riesgo nutricional, se relacionará con el parto pretérmino de gestantes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Puno 2017?
- ¿El Factor de riesgo inflamatorio, se relacionará con el parto pretérmino de gestantes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Puno 2017?
- ¿Cuál será el nivel de riesgo de parto pretérmino presentado por las gestantes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Puno 2017?

2.3. Justificación

La investigación es importante desde el punto de vista de la salud reproductiva de la mujer y se convierte en un problema de Salud Pública al encontrar altos indicadores de mortalidad materna e infecciones en recién nacidos, debido a la presencia de partos pretérminos en el Departamento de Puno, por lo que la investigación adquiere mayor relevancia, los resultados encontrados servirán para la toma de decisiones.

A nivel Teórico, contribuye significativamente a la teoría de la vida, dando un fundamento teórico sobre los temas de salud, especialmente sobre el parto pretérmino en gestantes de Puno, apoyado de pruebas especializadas que acompañan al diagnóstico que se realiza desde el primer control, desde un Puesto de salud hasta un Hospital, aportando al fundamento científico con conocimientos que servirán como antecedentes y estímulos a nuevas líneas de investigación y una fuente de información actualizada para otros estudios relacionados a la problemática de niños que nacen antes de las 37 semanas de gestación.

A nivel práctico, que la mortalidad materna está ligada a la mejora de las actividades y buenas prácticas, es uno de los retos más importantes que actualmente deben afrontar todos los agentes implicados en especial, los responsables de generar una atención pre natal de la madre y el feto, eso hace que la temática de la investigación sea relevante tanto desde el quehacer diario como desde el punto de vista de la reproducción.

Metodológicamente, al fundamentar con instrumentos ya validados para las variables componentes de riesgo y parto pretérmino, aplicado a las gestantes atendidas en el Hospital Manuel Núñez Butrón de la ciudad de Puno; que sirve para el respectivo análisis, proporcionando guías e indicadores relevantes metodológicamente para así lograr la efectividad que contribuye a la mejora y diagnóstico precoz de esta enfermedad del embarazo.

2.4. Objetivos

2.4.1. Objetivo general

- Determinar la relación de los Factores de riesgo sociodemográfico, obstétrico, nutricional e inflamatorio en la ocurrencia del parto Pretérmino.

2.4.2. Objetivos específicos

- Determinar las características de los factores sociodemográficos relacionados a la ocurrencia de parto pretérmino.
- Determinar los factores de riesgo obstétrico relacionados a la ocurrencia de parto pretérmino.
- Determinar los factores de riesgo nutricional relacionados a la ocurrencia de parto pretérmino.
- Determinar los factores de riesgo inflamatorio relacionados a la ocurrencia de parto pretérmino.
- Determinar la frecuencia de parto pretérmino.

2.5. Hipótesis

2.5.1. Hipótesis general

- Algunos factores de riesgo se relacionarán altamente con la ocurrencia del parto pretérmino presentado por las gestantes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Puno 2017.

2.5.2. Hipótesis específicas

- Existe relación significativa de los factores de riesgo sociodemográficos de la edad, estado civil y grado de instrucción con el parto pretérmino.
- La presencia de la paridad, el espacio intergenésico, los antecedentes de amenaza de aborto están relacionados con el parto pretérmino.
- Los factores de riesgo nutricional, como la presencia del índice de masa corporal, anemia y consumo de micronutrientes esta relacionados significativamente con el parto pretérmino.
- Las infecciones del tracto urinario e infecciones vaginales, ruptura prematura de membranas, preeclampsia y placenta previa están relacionadas significativamente con el parto pretérmino como factores inflamatorios.
- El mayor porcentaje encontrado establecerá la frecuente de parto pretérmino en gestantes atendidas.

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Lugar de estudio

El presente estudio se desarrolló en el Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón” de Puno, ya que es el único establecimiento de salud para la atención de patologías del parto a nivel de la provincia y sur del Departamento en el Ministerio de Salud, ubicada en la parte céntrica de la ciudad de Puno.

El Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón” Puno, es una institución pública del sector salud dependiente del Ministerio de Salud del Perú- MINSa, con dirección legal en la avenida El Sol, entre los jirones Ricardo Palma Tacna y José Antonio Encinas, con un área de 35,534.42 metros cuadrados, de los cuales está en situación de construida 7,667 metros cuadrados.

3.2. Población

La población estuvo integrada por 1320 gestantes que acudieron para su atención de parto durante el año 2017.

La fórmula estadística para poblaciones finitas se utilizó en la muestra:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2(N-1) + Z^2 p \cdot q}$$

Donde:

n: Tamaño de Muestra

p: Probabilidad de Éxito (50% = 0.5)

E: Error de estimación (5% = 0.05)

Z: Nivel de confianza (95% = 1.96)

q: Probabilidad de Fracaso (50% = 0.5)

N: Tamaño de la Población (1320)

Sustituyendo valores en la fórmula para calcular la muestra:

Tenemos que:

$$n = \frac{1320(1,96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2 (1319) + (1,96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{1320(3,8416)(0.25)}{3.2975 + 0,9604}$$

$$n = \frac{1320(0,9604)}{4.2579}$$

$$n = \frac{1,267.728}{4.2579}$$

$$n = 297.73 = 298$$

3.3. Muestra

La muestra estuvo constituida 298 gestantes que acudieron al Hospital Regional para su atención de parto, de sexo femenino, con atención y seguimiento de embarazo en establecimientos de salud de primer nivel, con edades comprendidas entre 19 a 45 años y con grado de instrucción entre primaria, secundaria y superior. El tipo de muestreo fue al azar, se utilizó la fórmula N/n donde $1320/298 = 4$ de cada historia elegida se sacó la cuarta historia para tomarla como muestra (Tamayo, 2003).

3.3.1. Criterios de inclusión y exclusión

3.3.1.1. Criterios de inclusión

- Pacientes gestantes con mayoría de edad.
- Gestantes referidas por los diferentes establecimientos de salud a nivel departamental de puno.
- Gestantes con historia clínica activa en el Hospital Regional Manuel Núñez Butron de Puno.

3.3.1.2. Criterios de exclusión

- Pacientes gestantes sin mayoría de edad.
- Pacientes gestantes atendidas con historia clínica incompleta.

3.4. Método de investigación

3.4.1. Tipo de investigación

Para el desarrollo y puesta en marcha de la presente investigación, se recurrió al correlacional, al enfoque cuantitativo, puesto que se recolectó datos acerca de las variables de estudio, en este caso los componentes de riesgo sociodemográficos, obstétricos, nutricionales e inflamatorios con el parto pretérmino, para luego analizarlos estadísticamente y así afirmar o negar la hipótesis planteada, para ello se utilizó la estadística inferencial (Hernández-Sampieri, et al. 2018).

3.4.2. Diseño

El diseño utilizado fue el no experimental, de tipo observacional correlacional, transversal, prospectivo, fue no experimental, porque no variamos en forma intencional las variables independientes para ver su relación sobre otras variables, ya que observamos los fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos (Hernández-Sampieri, et al. 2018).

Observacional porque se observó el fenómeno tal como ocurrió en la realidad, no se manipularon las variables, esto permitió su análisis en forma objetiva. Así también, por su alcance fue correlacional ya que estuvo centrado en la fuerza de asociación de

las variables eventos y fenómenos físico o sociales, es decir la asociación de un fenómeno y las condiciones donde se manifiesta. Es transversal ya que se recolectarán los datos en un solo momento o tiempo único, con el propósito de describir variables y analizar su interrelación en un momento dado (Hernández-Sampieri, et al. 2018).

3.5. Descripción detallada de métodos por objetivos específicos

3.5.1. Técnica: Observación directa

- Instrumento: guía de observación.
- Procedimiento:

Se tomó como insumo, los resultados de los exámenes de laboratorio de las gestantes, los cuales, fueron interpretados de acuerdo con el procesamiento de muestras de sangre tomadas en el laboratorio referencial del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón para determinar infecciones vaginales y tipo de anemia; así mismo, para establecer el estado nutricional en la gestante, se utilizó el índice de masa corporal -ICM y se comparó con los valores de las tablas estandarizadas de ganancia de peso de la gestante; por ultimo para hallar parto pretérmino en la gestante, se verifico el diagnóstico definitivo consignado en la historia clínica de las gestantes y la historia perinatólogica.

3.5.2. Análisis estadístico

Se utilizo el programa estadístico SPSS Versión 25; así mismo para el desarrollo del análisis descriptivo de tendencia se utilizó tablas de doble entrada frecuencia y porcentajes.

Para probar las hipótesis se empleó el estadístico R de Pearson (RP)

3.5.3. Operacionalización de variables

Tabla 1

Matriz de operacionalización de variables de investigación

Variables	Dimensiones	Indicadores	Categorías	Instrumento
Factores de riesgo	Demográfico	Edad	Ordinal	Ficha de observación
		Estado civil	Nominal	
		Grado de instrucción	Ordinal	
		Paridad	Ordinal	
	Obstétrico	Espacio Intergenésico	Ordinal	Historia perinatólogica
		Antecedentes de aborto	Nominal	
		Atención prenatal	Nominal	
		Índice de masa corporal	Ordinal	
	Nutricional	Anemia	Ordinal	Tabla de peso de la gestante
		Consumo de micronutrientes	Nominal	
Infección urinaria		Nominal		
Inflamatorio	Infecciones vaginales	Nominal	Ficha de resultados de laboratorio	
	Ruptura prematura de membranas	Nominal		
	Preeclampsia	Nominal	Historia perinatólogica	
	Placenta previa	Nominal		
Parto pretérmino		Clasificación de parto pretérmino	Ordinal	Test de Capurro

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Factores sociodemográficos presentado por la muestra

En la tabla 2, damos a conocer los factores sociodemográficos de la edad, estado civil y grado de instrucción de instrucción que ocasionan parto pretérmino a las gestantes de Puno.

Tabla 2

Factor demográfico según Parto pretérmino de gestantes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Puno-2017

Factor demográfico	Parto pretérmino								
	Leve (34-36 sem)		Moderado (30-33 sem.)		Extremo (26-29 sem.)		Total		
	fi	%	fi	%	fi	%	Fi	%	
Edad	< 19 años	23	7,7%	88	29,5%	8	2,7%	119	39,9%
	20-34 años	79	26,5%	30	10,1%	1	0,3%	110	36,9%
	> 35 años	69	23,2%	0	0,0%	0	0,0%	69	23,2%
Estado civil	Soltera	64	21,5%	8	2,7%	0	0,0%	72	24,2%
	Casada	55	18,5%	0	0,0%	0	0,0%	55	18,5%
	Conviviente	52	17,4%	110	36,9%	9	3,0%	171	57,4%
Grado de instrucción	Primaria	29	9,7%	0	0,0%	0	0,0%	29	9,7%
	Secundaria	98	32,9%	28	9,4%	1	0,3%	127	42,6%
	Superior	44	14,8%	90	30,2%	8	2,7%	142	47,7%
	Total	171	57,4%	118	39,6%	9	3,0%	298	100,0%

En la tabla 2, se desglosan meticulosamente los factores demográficos correlacionados con el fenómeno del parto pretérmino. Dentro de esta disertación estadística, se destaca que el 39,9% de los casos examinados involucraron a mujeres cuyas edades oscilaban por debajo de los 19 años. Asimismo, un significativo 36,9% pertenecía al rango etario de 20 a 34 años, mientras que un 23,2% correspondía a individuos de 35 años o más. En el estrato de las menores de 19 años, se evidencia que el 29,5% experimentó parto pretérmino en grado moderado, un 7,7% en grado leve y un 2,7% en grado extremo.

Dentro de la franja de edades entre 20 y 34 años, la distribución revela que un 26,5% experimentó parto pretérmino en grado leve, un 10,1% en grado moderado y un 0,3% en grado extremo. En cuanto a las mujeres de 35 años o más, el 23,2% experimentó parto pretérmino en grado leve. En lo que concierne al estado civil de las participantes, el 57,4% se encontraba en situación de convivencia, el 24,2% eran solteras y el 18,5% estaban casadas. En el grupo de las solteras, el 21,5% experimentó parto pretérmino en grado leve y un 2,7% en grado moderado. Por su parte, las casadas presentaron un 18,5% de incidencia de parto pretérmino. En el caso de las convivientes, el 36,9% experimentó parto pretérmino en grado moderado, un 17,4% en grado leve y un 3% en grado extremo.

Finalmente, al analizar el nivel educativo de las participantes, se observa que el 47,7% poseía educación superior, el 42,6% tenía educación secundaria y el 9,7% tenía educación primaria. Entre aquellas con educación secundaria, se encontró que el 32,9% experimentó parto pretérmino en grado leve, un 9,4% en grado moderado y un 0,3% en grado extremo. En el grupo con educación superior, se registró un 30,2% de casos de parto pretérmino en grado moderado, un 14,8% en grado leve y un 2,7% en grado extremo. En contraste, en el grupo con educación primaria, el 9,7% experimentó parto pretérmino en grado leve.

4.1.1. Correlación de Pearson riesgo demográfico y parto pretérmino

Para realizar la prueba de hipótesis, utilizamos la tabla de correlaciones de Pearson, que toma diferentes grados de correlación ya sean positivas o negativas y nos da la fuerza de asociación entre las variables estudiadas (Tamayo, 2003).

Regla de decisión: si el valor de P es menor o igual a 0.05, acepta la hipótesis

Tabla 3

Correlación del parto pretérmino según la edad, el estado civil y el grado instrucción

		Edad	Estado civil	Grado de instrucción
Parto pretérmino	Correlación de Pearson	-,632**	,538**	,501**
	Correlaciones	0.000	0.000	0.000
	N	298	298	298

H1 La edad, el estado civil y el grado de instrucción están relacionados significativamente con el parto pretérmino

H0 La edad, el estado civil y el grado de instrucción no están relacionados significativamente con el parto pretérmino

En el marco de la presente investigación, se ha llevado a cabo un análisis exhaustivo que examina las complejas interrelaciones entre la edad, el estado civil y el grado de instrucción en relación con el fenómeno del parto pretérmino. La hipótesis nula (H0), que postulaba la falta de relación significativa entre dichas variables y el parto pretérmino, ha sido contrastada con la hipótesis alternativa (H1), la cual sostenía una asociación relevante.

Los resultados obtenidos a través del estadístico R de Pearson revelan patrones intrigantes. En particular, la edad muestra una correlación inversa notable con el parto pretérmino, representada por un valor de -0,632. Este dato señala de manera elocuente que a edades más tempranas se experimenta un aumento significativo en la incidencia de partos pretérmino. En lo que respecta al estado civil y al grado de instrucción, los valores de 0,538 y 0,501, respectivamente, indican correlaciones moderadas con el parto pretérmino. Esta evidencia sugiere que a medida que la convivencia y el nivel educativo aumentan, también lo hace el riesgo de parto pretérmino, revelando asociaciones sustantivas y significativas en este contexto analítico. Este análisis contribuye de manera significativa al entendimiento más profundo de las variables en juego y sus implicaciones en el fenómeno del parto pretérmino.

4.2. Factores de riesgo obstétrico presentado por las gestantes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Puno 2017.

Tabla 4

Factor Obstétrico según Parto pretérmino de gestantes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Puno -2017

Factor Obstétrico		Parto pretérmino						Total	
		Leve (34-36 sem.)		Moderado (30-33 sem.)		Extremo (26-29 sem.)			
		fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Paridad	Primípara	128	43,0%	46	15,4%	9	3,0%	183	61,4%
	Múltipara	43	14,4%	56	18,8%	0	0,0%	99	33,2%
	Gran múltipara	0	0,0%	16	5,4%	0	0,0%	16	5,4%
Espacio intergenésico	Menos de 2 años	74	24,8%	118	39,6%	9	3,0%	201	67,4%
	Más de 3 años	97	32,6%	0	0,0%	0	0,0%	97	32,6%
Antecedentes de amenaza de aborto	Presente	165	55,4%	0	0,0%	0	0,0%	165	55,4%
	Ausente	6	2,0%	118	39,6%	9	3,0%	133	44,6%
Atención prenatal	Sin atención	5	1,7%	28	9,4%	9	3,0%	42	14,1%
	Menos de 6	166	55,7%	49	16,4%	0	0,0%	215	72,1%
	Más de 6	0	0,0%	41	13,8%	0	0,0%	41	13,8%
	Total	171	57,4%	118	39,6%	9	3,0%	298	100,0%

El examen cuantitativo desglosado en la Tabla 4 arroja reveladoras perspectivas sobre los factores obstétricos intrínsecamente vinculados al fenómeno del parto pretérmino. En este análisis metódico, la paridad emerge como un elemento de interés, evidenciando que el 61,4% de las primíparas experimentaron tal eventualidad. Dentro de este subgrupo, un significativo 43% experimentó un parto pretérmino en su modalidad leve, mientras que un 15,4% y un 3% enfrentaron modalidades moderadas y extremas, respectivamente. En el caso de las múltiparas, el 18,8% experimentó un parto pretérmino moderado y el 14,4% en su versión leve. Dentro del estrato de gran múltiparas, el 5,4% se vio afectado por un parto pretérmino moderado.

Explorando el intervalo intergenésico, se revela que el 67,4% de las gestantes presentaron un intervalo inferior a 2 años, mientras que el 32,6% superó los 3 años. Dentro de aquellas

con un intervalo inferior a 2 años, el 39,6% experimentó un parto pretérmino moderado, el 24,8% en su variante leve, y el 3% en la categoría extrema. Por el contrario, en el grupo con intervalo superior a 3 años, el 32,6% sufrió un parto pretérmino en su versión leve. En cuanto a los antecedentes de amenaza de aborto, el 55,4% se asoció con parto pretérmino leve. Entre aquellas sin historial de amenaza de aborto, el 39,6% enfrentó modalidades moderadas, el 3% extremas y el 2% leves.

El análisis de las atenciones prenatales revela que el 72,1% de las gestantes recibieron menos de 6 controles, un 14,1% no se sometió a ningún control y un 13,8% recibió más de 6 atenciones prenatales. Entre aquellas con menos de 6 controles, el 55% experimentó parto pretérmino en su variante leve, el 16,4% en su versión moderada, y el 13,8% con más de 6 atenciones y sin atención experimentó parto pretérmino moderado. El 9,4% enfrentó modalidades moderadas, el 3% extremas y el 1,7% leves.

4.2.1. Correlación de Pearson de riesgo obstétrico y parto pretérmino

Regla de decisión: si el valor de P es menor o igual a 0.05, acepta la hipótesis

H₁ La paridad, espacio intergenésico, antecedentes de amenaza de aborto y atención prenatal están relacionados significativamente con el parto pretérmino

H₀ La paridad, espacio intergenésico, antecedentes de amenaza de aborto y atención prenatal no están relacionados significativamente con el parto pretérmino

Tabla 5

Correlación del parto pretérmino según el espacio intergenésico, los antecedentes de amenaza de aborto y la atención prenatal

	Paridad	Espacio intergenésico	Antecedentes de amenaza de aborto	Atención prenatal	
Parto pretérmino	Correlación de Pearson	,287**	,571**	,915**	-,633**
	Sig. (bilateral)	0.000	0.000	0.000	0.000
	N	298	298	298	298

El análisis estadístico basado en el coeficiente de correlación de Pearson revela valiosas asociaciones en el contexto del parto pretérmino. El resultado obtenido para la relación entre la paridad y el parto prematuro, expresado por el estadístico R, exhibe un valor de 0,287, indicando una correlación significativamente baja. Este hallazgo sugiere que a medida que la paridad aumenta, se experimenta un incremento notable en la incidencia de partos pretérmino, destacando la relevancia de esta variable en la predicción de tal fenómeno.

Asimismo, el análisis de la relación entre el espacio intergenésico y el parto pretérmino revela una correlación moderada, reflejada por un coeficiente de Pearson de 0,571. Este dato sugiere que un menor espacio intergenésico está asociado a una mayor propensión al parto prematuro, consolidando la importancia de considerar esta dimensión temporal en el contexto del riesgo obstétrico.

En cuanto a los antecedentes de amenaza de aborto, el coeficiente de correlación de Pearson arroja un significativo valor de 0,915, evidenciando una asociación altamente positiva con el parto pretérmino. Este resultado apunta a que un historial más pronunciado de amenazas de aborto se vincula de manera sustancial con un mayor riesgo de parto prematuro, resaltando la relevancia de estos antecedentes en la evaluación del perfil de riesgo obstétrico.

Por último, el análisis de la atención prenatal revela una correlación inversa negativa significativa, representada por un coeficiente de -0,633. Este dato subraya que una atención prenatal más reducida se asocia con un incremento en el riesgo de parto prematuro. La magnitud de esta correlación negativa sugiere que la atención prenatal juega un papel crucial en la prevención de partos pretérmino, enfatizando la necesidad de intervenciones y cuidados adecuados durante el periodo gestacional.

4.3. Factor de riesgo nutricional presentado por las gestantes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional 2017.

Tabla 6

Factor de riesgo nutricional según parto pretérmino de gestantes atendida en el Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Puno -2017

Factor nutricional		Parto pretérmino							
		Leve (34-36 sem)		Moderado (30-33 sem.)		Extremo (26-29 sem.)		Total	
		fi	%	fi	%	fi	%	Fi	%
Índice de masa corporal	Normal	46	15,4%	107	35,9%	9	3,0%	162	54,4%
	Sobrepeso	72	24,2%	11	3,7%	0	0,0%	83	27,9%
	Obesa	53	17,8%	0	0,0%	0	0,0%	53	17,8%
Consumo de micronutrientes (sulfato ferroso-ácido fólico)	Antes de la semana 37	127	42,6%	1	0,3%	0	0,0%	128	43,0%
	Consumo esporádico	41	13,8%	117	39,3%	8	2,7%	166	55,7%
	No consumió	3	1,0%	0	0,0%	1	0,3%	4	1,3%
	Total	171	57,4%	118	39,6%	9	3,0%	298	100,0%
Tipo de anemia	Leve	100	33,6%	33	11,1%	0	0,0%	133	44,6%
	Moderada	67	22,5%	85	28,5%	8	2,7%	160	53,7%
	Severa	4	1,3%	0	0,0%	1	0,3%	5	1,7%

En el marco del análisis cuantitativo exhibido en la tabla 6, se desentrañan meticulosamente los factores nutricionales que gravitan en la ocurrencia del Parto Pretérmino. Entre las variables discernidas, se destaca que el 54,4% de las gestantes exhibió una masa corporal dentro de los parámetros considerados normales, mientras que el 27,9% ostentó sobrepeso y un 17,8% fue clasificado como obeso. De este último grupo, el 24,2% experimentó un parto pretérmino de naturaleza leve, mientras que el 3,7% atravesó una modalidad moderada. Por su parte, del conglomerado de gestantes con sobrepeso, el 17,8% sufrió un parto pretérmino de índole leve. Paralelamente, en el grupo de gestantes con peso normal, se identificó que el 35,9% experimentó un parto pretérmino de naturaleza moderada, el 15,4% de tipo leve y un 3% de índole extremadamente severa.

Respecto al régimen de micronutrientes, con énfasis en sulfato ferroso y ácido fólico, se evidencia que el 55,7% de las gestantes consumió estos elementos de manera esporádica, el 43% lo hizo antes de las 37 semanas de gestación, y el 1,3% no lo consumió en absoluto. Entre las gestantes con consumo esporádico, el 39,3% experimentó un parto

pretérmino de naturaleza moderada, el 13,8% de tipo leve y un 2,7% de índole extremadamente severa. Aquellas gestantes que consumieron los micronutrientes antes de las 37 semanas exhibieron, en un 42,6% de los casos, partos pretérminos de naturaleza leve y en un 0,3% de índole extremadamente severa. Por otra parte, el 1% de las gestantes que no consumió micronutrientes sufrió un parto pretérmino de naturaleza leve y el 0,3% de índole extremadamente severa.

En lo que respecta al componente nutricional de la anemia, se destaca que el 53,7% de las gestantes presentó anemia de moderada intensidad, mientras que el 44,6% la experimentó en una forma leve. Del grupo con anemia leve, el 33,6% sufrió un parto pretérmino de naturaleza leve, el 11,1% de tipo moderado, y se verificó que la anemia leve correspondió al 22,5% de los casos. En el grupo de gestantes con anemia moderada, se constató que el 28,5% experimentó un parto pretérmino de índole moderada, el 22,5% de tipo leve y el 2,7% de índole extremadamente severa. Entre las gestantes con anemia severa, el 1,3% experimentó un parto pretérmino de naturaleza leve y el 0,3% de índole extremadamente severa.

4.3.1. Correlación de Pearson de riesgo nutricional y parto pretérmino

Tabla 7

Correlación del parto pretérmino según el índice de masa, el consumo de micronutrientes y el tipo de anemia

		Índice de masa corporal	Consumo de micronutrientes (sulfato ferroso-ácido fólico)	Tipo de anemia
Parto pretérmino	Correlación de Pearson	,618**	-,670**	,314**
	Sig. (bilateral)	0.000	0.000	0.000

H₁ El índice de masa corporal, el consumo de micronutrientes (sulfato ferroso-ácido fólico) y el tipo de anemia están relacionados significativamente con el parto pretérmino

H₀ El índice de masa corporal, el consumo de micronutrientes (sulfato ferroso-ácido fólico) y el tipo de anemia no están relacionados significativamente con el parto pretérmino

En el marco de la presente investigación, se ha llevado a cabo un exhaustivo análisis que profundiza en la compleja interrelación entre diversas variables fundamentales y el fenómeno del parto pretérmino. Con el propósito de examinar esta asociación, se han considerado tres factores primordiales: el índice de masa corporal, el consumo de micronutrientes (en particular, sulfato ferroso-ácido fólico) y el tipo de anemia. La formulación de las hipótesis H1 y H0 ha permitido establecer una base conceptual para la evaluación estadística de dichas relaciones.

El análisis de los datos revela que el índice de masa corporal presenta una correlación notablemente significativa con el parto pretérmino, siendo respaldado por un estadístico R de Pearson con un valor de 0,618. Esta cifra sustenta la premisa de que un mayor peso corporal se asocia de manera significativa con un aumento en la incidencia de parto pretérmino. Asimismo, se observa que el tipo de anemia exhibe una correlación más modesta, con un valor de 0,314, indicando que la presencia de anemia está vinculada a un incremento, aunque menos pronunciado, en el riesgo de parto pretérmino.

Por otro lado, el consumo de micronutrientes, expresado a través de la ingesta de sulfato ferroso-ácido fólico, muestra una correlación inversa sustancial, evidenciada por un valor de -0,670. Este resultado indica que un menor consumo de dichos micronutrientes se relaciona significativamente con un aumento en el riesgo de parto pretérmino. En este contexto, se destaca la relevancia crucial de una adecuada ingesta de micronutrientes para mitigar el riesgo asociado a este evento obstétrico.

En suma, este análisis profundo y detallado arroja luz sobre la complejidad de las variables estudiadas y sus interconexiones, proporcionando una visión teórico-conceptual más elaborada acerca de la relación entre el índice de masa corporal, el consumo de micronutrientes y el tipo de anemia en el contexto del parto pretérmino.

4.4. Factores de riesgo inflamatorio presentado por las gestantes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Puno 2017

Tabla 8

Factor Inflamatorio según Parto pretérmino de gestantes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Puno -2017

Factor Inflamatorio		Parto pretérmino						Total	
		Leve (34-36 sem)		Moderado (30-33 sem.)		Extremo (26-29 sem.)			
		fi	%	fi	%	fi	%	Fi	%
Infección del tracto urinario	Positivo	14	4,7%	118	39,6%	9	3,0%	141	47,3%
	Negativo	157	52,7%	0	0,0%	0	0,0%	157	52,7%
Infección vaginal	Ninguna	2	0,7%	106	35,6%	9	3,0%	117	39,3%
	Presente	169	56,7%	12	4,0%	0	0,0%	181	60,7%
Ruptura prematura de membranas	Presente	33	11,1%	117	39,3%	8	2,7%	158	53,0%
	Ausente	138	46,3%	1	0,3%	1	0,3%	140	47,0%
Preeclampsia	Presente	4	1,3%	75	25,2%	8	2,7%	87	29,2%
	Ausente	167	56,0%	43	14,4%	1	0,3%	211	70,8%
Placenta previa	Presente	2	0,7%	53	17,8%	8	2,7%	63	21,1%
	Ausente	169	56,7%	65	21,8%	1	0,3%	235	78,9%
	Total	171	57,4%	118	39,6%	9	3,0%	298	100,0%

Se constata que un significativo porcentaje, específicamente el 47,3%, de las gestantes objeto de estudio exhibieron resultados positivos para infecciones del tracto urinario. Dentro de este subgrupo, se destaca que el 39,6% experimentó un parto pretérmino de naturaleza moderada, mientras que un 4,7% y un 3% presentaron casos de levedad y extrema prematuridad, respectivamente. Asimismo, se registró que un considerable 60,7% de las gestantes analizadas manifestaron infecciones vaginales, y entre ellas, el 56,7% experimentó un parto pretérmino leve, mientras que un 4% presentó casos de moderada prematuridad.

Entre las patologías adicionales identificadas, se destaca la ruptura prematura de membranas, que afectó al 53% de las gestantes. Dentro de este grupo, el 39,3% experimentó un parto pretérmino de naturaleza moderada, el 11,1% fue catalogado como leve, y un 2,7% como extremo. En un porcentaje considerable del 29,2%, se observó la presencia de preeclampsia, siendo que el 25,2% de estos casos resultaron en un parto pretérmino moderado, el 2,7% en un parto extremadamente prematuro, y el 1,3% en un

parto de levedad. Finalmente, la patología identificada como complicación del embarazo fue la placenta previa, afectando al 21,1% de las gestantes examinadas. Dentro de este subgrupo, se evidenció que el 17,8% experimentó un parto pretérmino de naturaleza moderada, un 2,7% extremo, y un 0,7% de levedad.

4.4.1. Correlación de Pearson de riesgo inflamatorio y parto pretérmino

Tabla 9

Correlación del Parto pretérmino según la infección de la infección del tracto urinario, vaginal, ruptura prematura de membranas, preeclampsia y placenta previa

		Infección del tracto urinario	Infección vaginal	Ruptura prematura de membranas	Preeclampsia	Placenta previa
Parto pretérmino	Correlación de Pearson	,867**	,874**	,737**	,682**	,596**
	Sig. (bilateral)	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	N	298	298	298	298	298

H₁ La infección del tracto urinario, vaginal, ruptura prematura de membranas, preeclampsia y placenta previa están relacionados significativamente con el parto pretérmino

H₀ La infección del tracto urinario, vaginal, ruptura prematura de membranas, preeclampsia y placenta previa no están relacionados significativamente con el parto pretérmino

En el marco de la investigación, se exploraron las posibles asociaciones entre diversas condiciones médicas y el fenómeno del parto pretérmino. Se postuló la hipótesis nula (H₀) de que la infección del tracto urinario, la infección vaginal, la ruptura prematura de membranas, la preeclampsia y la placenta previa no guardaban una relación significativa con el parto pretérmino, en contraste con la hipótesis alternativa (H₁) que sostenía lo contrario.

Los análisis estadísticos, específicamente el estadístico R de Pearson, arrojaron resultados reveladores. Se observaron valores notables de 0.867, 0.874 y 0.737 para la infección del tracto urinario, la infección vaginal y la ruptura prematura de membranas, respectivamente. Estos indican una correlación sumamente elevada con el parto

pretérmino, sugiriendo que a medida que aumenta la incidencia de estas condiciones, se incrementa significativamente la probabilidad de un parto pretérmino.

En el caso de la preeclampsia, el estadístico R de Pearson proporcionó un valor de 0.682, denotando una correlación alta con el parto pretérmino. Este hallazgo implica que un mayor desarrollo de preeclampsia conlleva un riesgo considerablemente elevado de parto pretérmino, una relación estadísticamente significativa.

La placenta previa, por su parte, exhibió un coeficiente de correlación de 0.596, señalando una relación moderada. Esta evidencia sugiere que la presencia aumentada de placenta previa se asocia con un mayor riesgo de parto pretérmino, aunque de manera menos pronunciada en comparación con otras condiciones estudiadas.

En conjunto, estos resultados respaldan la hipótesis alternativa y ofrecen un análisis más profundo de las interconexiones entre las condiciones médicas mencionadas y el riesgo de parto pretérmino, brindando una base teórico-conceptual robusta para comprender la complejidad de este fenómeno en el ámbito obstétrico.

4.5. Discusión

La tesis que lleva por título: “Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes atendidas en el departamento de ginecología y obstetricia, Hospital Regional Puno – 2017”, y cuyo objetivo fue el de determinar la correlación de los Factores de riesgo gineco-obstétrico en la ocurrencia del parto pretérmino presentado por las gestantes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Puno 2017, estuvo conformada por 298 gestantes y que acudieron al Hospital para su atención de parto, el 100% de sexo femenino y con edades comprendidas entre 19 a 45 años.

Así mismo, fue de necesidad el análisis de las variables sociodemográficas en el estudio, en este sentido, considerando la edad materna nuestros resultados apoyan los encontrados por Zerna et al., (2018), quien encuentra una mayor tendencia del parto prematuro en madres con edades menores de 19 años y mayores a 40 años, así como problemas en el peso del neonato. Estos resultados también son encontrados por Peña-Martí et al. (2007), en una muestra sudamericana quienes encuentran una mayor tendencia al parto prematuro en mujeres añosas y adolescentes, así también encuentra que las mujeres con edades mayores nulíparas presentan una mayor tendencia al parto prematuro; estos mismos

resultados de riesgos que presentan las mujeres mayores, los encuentran Macías et al. (2018), quienes en una muestra de madres mexicanas encuentran que a menor edad de las madres existe una mayor tendencia de cesaría previa, desproporción cefalopélvica y falta de progresión del trabajo de parto y a mayor edad de las madres una tendencia al parto prematuro y problemas en el peso del neonato; estos resultados demuestran la necesidad de la orientación, prevención y seguimiento del embarazo en edades tempranas o tardías.

En relación al grado de instrucción nuestros resultados encuentran una relación con el grado de estudios en las estudiantes con secundaria y superior, nuestros hallazgos combinan con los de Zerna et al., (2018) y Lazaro & Lipa (2015), quienes en sus respectivos estudios, encuentran que el grado de escolaridad se relaciona con el parto pretérmino justificando esto debido a la falta de información de los controles e información para tener un niño con bienestar; esto es relevante en nuestra región ya que dilucida la falta de información como eje fundamental de la tendencia de parto pretérmino, por tal, destaca la necesidad de cambiar nuestras políticas de prevención de riesgo durante el embarazo y ampliar su ámbito a la promoción de un embarazo saludables como programación de un proyecto de vida saludable.

Considerando la variable estado civil, nuestros resultados encuentran significancia en la tendencia de las madres solteras a presentar mayor riesgo de parto pretérmino, estos resultados son encontrados también por Sotero et al. (2006), quienes encontraron que las mujeres solteras tienen una mayor tendencia a presentar menos peso del neonato, relacionado con conductas de riesgo de consumo de tabaco, falta de cuidado prenatales y antecedentes de partos pretérmino. Sin embargo, nuestros resultados contradicen a los encontrados por Padilla et al. (2017), quien encuentra una mayor tendencia de parto pretérmino en las mujeres casadas, estos resultados contradictorios nos ofrecen una perspectiva de cuidado ya que si bien es cierto el acompañamiento y apoyo familiar puede ser una variable que ayude al cuidado del proceso de embarazo, no puede ser completamente determinante debido a diversas variables asociadas al proceso de convivencia familiar como la solvencia económica, edad del padre, lugar de trabajo, etc. A lo citado, nuestro estudio encuentra correlaciones significativas entre el riesgo demográfico y el parto pretérmino presentado por las gestantes con un $p < 0.000$.

Los resultados encontrados también ponen en importancia el número de controles recibidos durante el proceso de embarazo, los cuales, toman relevancia en diferentes

investigaciones donde se relacionan a las características demográficas que resaltan las conclusiones de Mira & Bastías (2021), cabe destacar que aun con limitaciones evidentes de acceso a la salud, geografía y factores sociodemográficos en la región Puno, aún no han sido estudiados analizando nuestras variables de estudio (factores gineco-obstétrico), a esto, es preocupante las carencias de nuestro sistema de salud para el seguimiento y prevención de factores de riesgo obstétrico en todos los niveles de organización; esta afirmación tiene sustento en lo encontrado por Quispe (2019), quien en la región Puno, encuentra relación en el número de atenciones de control durante el embarazo y la tendencia a presentar un parto pretérmino, mismo resultado encontrado por Toro et al. (2021), en una muestra con número de controles prenatales menores a cuatro, en una muestra de la ciudad de Trujillo. En este marco Mira & Bastías (2021), encuentran relación entre las condiciones demográficas y las manifestaciones físicas y emocionales de las mujeres con parto prematuro, considerándolas negativas, traumáticas y estresantes y por otro lado con consecuencias negativas neurobiológicas para el neonato, nuestros resultados establecen una relación significativa entre los factores obstétricos y el riesgo de parto pretérmino con un $p < 0.000$. 8

Los resultados encontrados concuerdan con lo evidenciado por Suárez et al. (2013), quien encuentra una tendencia del sobrepeso pregestacional sobre complicaciones durante y posterior al embarazo como el parto prematuro y la preeclampsia, en este sentido resalta la prevención y orientación nutricional en los periodos pregestacionales. Apoyando esta postura Gala et al. (2010), bajo la perspectiva del embarazo como un estado fisiológico que exige de la madre muchos requerimientos nutricionales, encuentra relevancia no únicamente en el peso presentado por la madre antes del embarazo, como determinante del parto pretérmino, sino también, de las consecuencias de los problemas con el peso del feto. En esta misma línea, considerando la importancia del cuidado del peso del feto durante el embarazo, Rondón et al. (2021), encuentran una relación entre el peso al nacer y la prevalencia de problemas de salud y la calidad de vida del neonato, así resalta la identificación temprana de riesgo de un parto prematuro, crecimiento intrauterino, entre otros.

Por otro lado, Gonzales (2012), encuentra relación entre los valores de hemoglobina materna y el riesgo de parto prematuro o mortalidad fetal, en este marco destaca que el suplemento por hierro en el embarazo tendría que aplicarse a diagnósticos de anemia

moderada o severa. Así para Giacomini et al. (2008) y Faneite et al. (2012), encuentran relevancia de la anemia y otros factores nutricionales en la presencia de mortalidad y morbilidad feto-neonatal, estos resultados resaltan considerando que en la región Puno la prevalencia de anemia es el 69.9% considerando todas las edades (INEI, 2019), es decir, es evidente la necesidad de reestructurar las estrategias preventivas y promocionales para un proceso de parto adecuado, donde los aspectos nutricionales de la madre se trabajen de manera a priori. Sobre esa necesidad, apoyamos lo referido por Mejía et al. (2021), quien resalta como es que el proceso gestacional, al ser una etapa de crisis tanto para la madre y el feto, requieren de un proceso nutricional apto para el crecimiento fetal, por ello, recomienda la variedad y eficacia de una dieta con suplementos de nutrientes en cantidades adecuadas; de esta manera evitar el riesgo de parto prematuro al aumentar las cantidades de Zinc (Cetin et al., 2010). Así como posteriores complicaciones cognitiva y del desarrollo en el neonato así como complicaciones de salud en la madre lactante (Martínez et al., 2022).

Asimismo, los datos encontrados coinciden con los hallazgos de Toro et al. (2021), quienes encuentran en diferentes poblaciones, que las infecciones del trato urinario fueron las que causaron mayor riesgo de muerte en el neonato. En esta línea, Jung et al. (2020), destaca que este diagnóstico ha sido descrito de manera adecuada por la fisiopatología, caracterizado por el ascenso de microorganismos patógenos del tracto urinario hacia las zonas intrauterinas provocando la inflamación y como consecuencia el riesgo a producir parto pretérmino. Por otro lado, McAdams et al. (2012), en un estudio con animales, relacionan el diagnóstico de una infección Choriodecidual en la predisposición a la rotura prematura de membranas antes de término del embarazo, sobre esta variable Couto et al. (2016), en una muestra de madres con parto prematuro encuentra una relación de la infección por corioamnionitis y la mortandad y morbilidad en nacimiento prematuros. Estas consecuencias negativas sobre la salud del neonatos también fueron encontradas por Caparros (2020), quien encuentra una relación entre la inflamación intrauterina y la lesión a nivel cerebral del neonato; así logro determinar la prevalencia de trastornos neuroconductuales. Estos resultados, resaltan la necesidad del seguimiento de las atenciones prenatales a las gestantes, centrado en la aplicación de una batería de pruebas de examen de orina que sirve para descartar infecciones del tracto urinario; sin embargo, es indispensable considerar la posibilidad de una “bacteriuria asintomática”, que a

posteriores pueden conllevar a resistencia con consecuencia en un parto prematuro o amenaza de aborto.

En relación con los antecedentes de parto pretérmino como factor determinante de un posterior parto pretérmino, nuestros resultados también son encontrados y apoyados por Martínez et al. (2022), en una población de Lima metropolitana y en la región de Puno encontrado por Paredes (2019), por lo citado, podemos establecer una relación entre los factores de riesgo obstétrico y la presencia de un parto pretérmino, ya que, se encontraron correlaciones significativas menores a 0.001.

La alusión previamente mencionada destaca la trascendencia de la indagación llevada a cabo, dado que alcanza la validación de la premisa que postula la existencia de una incidencia de factores de riesgo gineco-obstétricos en la manifestación del parto pretérmino entre las mujeres gestantes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Puno en el año 2017. No obstante, simultáneamente, pone de manifiesto la imperante necesidad de emprender nuevas empresas investigativas que contemplen no solo los elementos clínicos, sino también aquellos de índole socioeconómica, emocional y comorbilidad, que eventualmente pudieran ejercer una influencia en la vulnerabilidad al riesgo de parto prematuro.

CONCLUSIONES

Se encontró relación alta y significativa de los factores de riesgo inflamatorios y obstétricos sobre la ocurrencia del parto pretérmino presentado por las gestantes del departamento de Ginecología y Obstetricia del hospital Regional de Puno 2017. Queda demostrada las hipótesis.

El estado civil, (R Pearson 0,538) y el grado de instrucción, (R Pearson 0,501) mostró una relación moderada y significativa, (0.000) $p < 0,05$, la edad tuvo una relación inversa alta (R Pearson -0,632) con el parto pretérmino siendo significativo (0.000) $p < 0,05$ en las gestantes atendidas en Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Puno 2017, como factores sociodemográficos.

El índice de masa corporal, (R Pearson 0,618) y el tipo de anemia, (R Pearson 0,314) mostró una relación alta y débil siendo significativa, (0.000) $p < 0,05$, el consumo de micronutrientes dio una relación inversa alta (R Pearson -0,670) con el parto pretérmino siendo significativa (0.000) $p < 0,05$ de las gestantes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Puno 2017, como factor nutricional.

Los antecedentes de amenaza de aborto tuvieron relación muy alta (R Pearson 0,915), el espacio intergenésico relación moderada (R Pearson 0,571), la paridad relación débil (R Pearson 0,287) y relación inversa alta (R Pearson 0,571) a la atención prenatal con el parto pretérmino siendo todas las variables significativas (0.000) $p < 0,05$.

Las gestantes atendidas en Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Puno 2017, presentaron alto riesgo inflamatorio por las infecciones del tracto urinario (R Pearson 0,867) e infecciones vaginales (R Pearson 0,874), ruptura prematura de membranas (R Pearson 0,737), preeclampsia (R Pearson 0,682) y moderado riesgo a la placenta previa (R Pearson 0,596) como factor inflamatorio siendo esto significativo (0.000) $p < 0,05$.

Se encontró el predominio de parto pretérmino leve en 57,4% de gestantes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Puno.

RECOMENDACIONES

Realizar capacitaciones permanentes al personal de salud, involucrados en la atención de la madre y el niño en los diferentes niveles de atención de salud, poniendo énfasis en los factores de riesgo inflamatorios y obstétricos.

A las obstetras, del primer nivel de atención en establecimientos de salud, realizar una buena anamnesis y atención precoz del embarazo para prevenir el riesgo de parto prematuro, tomando atención a la nutrición de la gestante con la adición de micronutrientes, especialmente el hierro y el zinc, para prevenir la anemia en gestantes y recién nacidos.

A las y los profesionales Obstetras de los puestos y Centros de Salud pública referir oportunamente a la gestante para su atención por un Establecimiento de mayor complejidad, para monitorizar o establecer el seguimiento adecuado.

A las entidades de salud de nivel departamental mejorar la capacidad resolutive de los establecimientos, que conlleve a tener Profesionales con competencias, laboratorios, mejorar la referencia y contrarreferencia.

BIBLIOGRAFIA

- Aisa, M., Barbati, A., Cappuccini, B., Clerici, G., Gerli, S., Borisova, A., De Rosa, F., Kaptilnyy, Vitaly Alexandrovich, A., & Renzo, G. (2021). 3-D Echo Brain Volumes to Predict Neurodevelopmental Outcome in Infants: A Prospective Observational Follow-up Study. *Ultrasound in Medicine & Biology*, 47(8), 2220–2232. <https://doi.org/10.1016/j.ultrasmedbio.2021.03.029>
- Alvarez, D., & Perez, C. (2017). Amenaza de parto pretérmino: una mirada desde el modelo de Mishel. *Avances En Enfermería*, 35(1). <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n1.52586>
- Amaro, T. (2022). *Factores sociodemográficos y obstétricos asociados a complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio en gestantes con sobrepeso y obesidad pregestacional atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno en el período marzo 2019 a marzo* [Universidad Nacional del Altiplano]. <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/17860>
- Ballesteros, J., & Almeida, N. (2021). Reporte de caso: ruptura uterina durante trabajo de parto, en útero sin cicatriz previa. *Revista Médicas UIS*, 34(1). <https://doi.org/10.18273/revmed.v34n1-2021011>
- Bekele, B., Marín, G., Tasi, B., Marin, L., Bayu, B., Marin, G., & Giorgis, D. (2022). Conditioning Factors of Preterm Birth among South America and African Countries: When Geographical Differences Become Less Important than People's Background. The Case of Argentina & Ethiopia. *Annals of Case Reports*, 7(2). <https://doi.org/10.29011/2574-7754.100809>
- Brenes-Monge, A., Yáñez-Álvarez, I., Menese-León, J., Poblano, O., Vertiz-Ramírez, J., & Saturno-Hernández, P. (2020). Aproximación a la calidad de la atención durante el embarazo, parto y posparto en mujeres con factores de riesgo obstétrico en México. *Salud Pública de México*, 62(6, Nov-Dic), 798–809. <https://doi.org/10.21149/11974>
- Brotman, R., Shardell, M., Gajer, P., Fadrosch, D., Chang, K., Silver, M., Viscidi, R., Burke, A., Ravel, J., & Gravitt, P. (2018). Association between the vaginal microbiota, menopause status, and signs of vulvovaginal atrophy. *Menopause*,

- 25(11), 1321–1330. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001236>
- Bustillo, A., Betancourth, W., Turcios, L., Cueva, J., Ocampo, D., Portillo, C., & Lozano, L. (2016). Sobrepeso y obesidad en el embarazo Complicaciones y manejo. *Archivos de Medicina*, 12(3). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5728813>
- Cabañas, M., Aguirrezábal, M., N, L., C, C., M, S., & A, Y. (2001). Obstetricia y ginecología. In *Farmacia hospitalaria* (pp. 993–1029). <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP09.pdf>
- Calderon, M. (2021). *Factores de riesgo asociados a la alteración de hemoglobina y hematocrito en gestantes de la Microred Juliaca en el periodo 2013 a 2019* [Universidad Nacional del Altiplano]. <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/15029>
- Callo, M. (2021). *Factores de Riesgo Asociados al Parto Distócico en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón De Puno, 2018 – 2019* [Universidad Andina Néstor Cáceres Velasquez]. <http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/5359>
- Caparros, R. (2020). Consecuencias maternas y neonatales de la infección por coronavirus Covid-19 durante el embarazo: una scoping review. *Revista Española de Salud Pública*, 94(2). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272020000100095
- Cararach, V., & Botet, F. (2008). Preeclampsia. Eclampsia y síndrome HELLP. In *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología* (AEP (Assoc, pp. 139–144). AEP (Asociación Española de Pediatría). https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_1.pdf
- Carpio, F. (2014). *Factores de riesgo maternos asociados al desarrollo de parto pretérmino. hospital regional de Lambayeque año 2013* [Universidad Privada Antenor Orrego]. <https://hdl.handle.net/20.500.12759/415>
- Casanga, D., & San Martín, D. (2021). Perfil de gestantes con parto prematuro portadoras de uretritis no gonocócica del Hospital San José del Carmen de Copiapó, año 2018. *Matronería Actual*, 1, 13. <https://doi.org/10.22370/rev.mat.1.2021.2465>

- Castaigne, V., Picone, O., & Frydman, R. (2006a). Parto prematuro. *EMC - Ginecología-Obstetricia*, 42(1), 1–8. [https://doi.org/10.1016/S1283-081X\(06\)45070-0](https://doi.org/10.1016/S1283-081X(06)45070-0)
- Castaigne, V., Picone, O., & Frydman, R. (2006b). Parto prematuro. *EMC - Ginecología-Obstetricia*, 42(1), 1–8. [https://doi.org/10.1016/S1283-081X\(06\)45070-0](https://doi.org/10.1016/S1283-081X(06)45070-0)
- Centro Nacional de Equidad Reproductiva, de G. y S. (2016). *Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes*. http://www.cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SSRA/ModeloAISSRA/web_ModAtnIntSSRA.pdf
- Cetin, I., Berti, C., & Calabrese, S. (2010). Funcion de los micronutrientes durante el periodo periconcepcional. *Revista Del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 29(3), 67–88. <https://www.redalyc.org/pdf/912/91213730005.pdf>
- Chavarría, F. (2019). Factores de riesgo relacionados con el parto prematuro en El Salvador. *ALERTA Revista Científica Del Instituto Nacional de Salud*, 2(2), 144–152. <https://doi.org/10.5377/alerta.v2i2.7922>
- Cong, X., Ludington-Hoe, S., Hussain, N., Cusson, R., Walsh, S., Vazquez, V., Briere, C.-E., & Vittner, D. (2015). Parental oxytocin responses during skin-to-skin contact in pre-term infants. *Early Human Development*, 91(7), 401–406. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2015.04.012>
- Cortina, A., Chávez, W., & Álvarez, M. (2016). Infección de vías de urinarias en el adulto: guía rápida de manejo. *Revista Ciencias Biomédicas*, 7(1), 144–151. <https://doi.org/10.32997/rcb-2016-2943>
- Corzo-León, D., Chora-Hernández, L., Rodríguez-Zulueta, A., & Walsh, T. (2018). Diabetes mellitus as the major risk factor for mucormycosis in Mexico: Epidemiology, diagnosis, and outcomes of reported cases. *Medical Mycology*, 56(1), 29–43. <https://doi.org/10.1093/mmy/myx017>
- Couto, D., Nápoles, D., García, Y., & Maceo, M. (2016). Corioamnionitis y parto pretérmino: resultados perinatales en un trienio. *Medisan*, 20(12), 2488–2494. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001200006
- Faneite, P., Rivera, C., Amato, R., & Faneite, J. (2012). Morbilidad materna:

- Hospitalización ante-parto. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 72(2), 83–88. https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000200003
- Fernández-Lara, J., Mendoza-Huerta, M., Maza-Labastida, S., Peña-Zepeda, C., Esparza-Valencia, D., & Ling-García, J. (2018). Placenta previa total acreta complicada con ruptura prematura de membranas pretérmino: reporte de un caso. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*, 86(2), 151–157. <https://doi.org/https://doi.org/10.24245/gom.v86i2.1568>
- Gala, H., Crespo, E., García, R., Bertrán, J., & Valón, Á. (2010). Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en una comunidad venezolana. *MEDISAN*, 14(2), 619–631. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000200011
- Gallego, J., & Cortés, D. (2010). Trabajo de parto pretermino y amenaza de parto pretermino. In *Obstetricia integral Siglo XXI* (pp. 99–121). <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/76135/9789584476180.06.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Giacomin, L., Leal, M., & Moya, R. (2008). Anemia materna en el tercer trimestre de embarazo como factor de riesgo para parto pretérmino. *Acta Médica Costarricense*, 51(1), 39–43. <https://doi.org/10.51481/amc.v51i1.31>
- Gonzales, G. (2012). Hemoglobina materna en la salud perinatal y materna en la altura: implicancias en la región andina. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(4), 570–574. <https://doi.org/10.1590/S1726-46342012000400025>
- Guillén, J. (2015). *Factores maternos asociados al parto pretérmino. Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, 2014* [Universidad de San Martín de Porres]. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/1291>
- Gutiérrez, M. (2018). Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3), 405–413. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2105>
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2018). *Metodología de la investigación* (McGraw Hill).

- HogenEsch, E., Haddad, L., Yildirim, I., & Omer, S. (2019). 3162 Colonization of Pregnant Women with Group B streptococcus in Latin America and Infant Outcomes. *Journal of Clinical and Translational Science*, 3(s1), 37–38. <https://doi.org/10.1017/cts.2019.92>
- Huarcaya-Gutierrez, R., Cerda-Sanchez, M., & Barja-Ore, J. (2021). Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en madres jóvenes atendidas en un hospital de Perú. *MEDISAN*, 25(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000200346
- Huaroto, K., Paucca, M., Polo, M., & Meza, J. (2019). Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica, Perú. *Revista Médica Panacea*, 3(2). <https://doi.org/10.35563/rmp.v3i2.124>
- Huertas, E. (2018). Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3), 399–404. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2104>
- Husbun, J., & Husbun, A. (2000). Infección y parto prematuro: Enlace epidemiológico y bioquímico. *Revista Chilena de Infectología*, 17(1). <https://doi.org/10.4067/S0716-10182000000100002>
- IMSS. (2017). *Diagnóstico y manejo del parto pretermino. Guía de Práctica Clínica*. Instituto Mexicano del Seguro Social. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/063GER.pdf>
- INEI. (2019). *Perú: Nacidos vivos y Nacidas vivas con bajo peso 2015-2018 PRESENTACIÓ*. Instituto Nacional de Estadística e Informática, 53(9), 35. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1748/libro.pdf
- Jowitt, M. (2018). Electronic fetal monitoring is more important than freedom of maternal position in labour. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 125(7), 894–894. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15026>
- Jung, E., Romero, R., Yeo, L., Diaz-Primera, R., Marin-Concha, J., Para, R., Lopez, A., Pacora, P., Gomez-Lopez, N., Yoon, B., Kim, C., Berry, S., & Hsu, C. (2020). The

- fetal inflammatory response syndrome: the origins of a concept, pathophysiology, diagnosis, and obstetrical implications. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 25(4), 101146. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2020.101146>
- Koh, W.-J., Abu-Rustum, N., Bean, S., Bradley, K., Campos, S., Cho, K., Chon, H., Chu, C., Clark, R., Cohn, D., Crispens, M., Damast, S., Dorigo, O., Eifel, P., Fisher, C., Frederick, P., Gaffney, D., Han, E., Huh, W., ... Scavone, J. (2019). Cervical Cancer, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 17(1), 64–84. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2019.0001>
- Lapertosa, S. (2023). Diabetes mellitus gestacional: impacto de la educación terapéutica en el peso materno. *Revista de La Sociedad Argentina de Diabetes*, 57(3Sup), 19–20. <https://doi.org/10.47196/diab.v57i3Sup.677>
- Lattera, C., Susacasa, S., Di Marco, I., & Valenti, E. (2012). Guía de práctica clínica: amenaza de parto pretérmino 2011. *Revista Del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 31(1), 25–40. <https://www.redalyc.org/pdf/912/91224234006.pdf>
- Lazaro, E., & Lipa, Y. (2015). *Conocimiento sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la Institución Educativa de Varones de San Cristóbal -Huancavelica - 2014* [Universidad Nacional de Huancavelica]. <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/834>
- León, G., Robles, E., Yugcha, G., Calderón, M., Loor, L., Cordones, M., & Torres, G. (2023). Muerte materna y complicaciones de la preeclampsia. Una revisión sistemática. *Mediencias UTA*, 7(4), 41–52. <https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v7i4.2227.2023>
- Machaca, W., & Viza, M. (2023). *Relación entre los niveles de hemoglobina y el riesgo de preeclampsia en gestantes de gran altitud del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro - Puno, 2018 - 2021* [Universidad Continental]. <https://hdl.handle.net/20.500.12394/12825>
- Macías, H., Moguel, A., Iglesias, J., Bernárdez, I., Braverman, A., Macías, H., Moguel, A., Iglesias, J., Bernárdez, I., & Braverman, A. (2018). Edad materna avanzada como factor de riesgo perinatal y del recién nacido. *Acta Médica Grupo Ángeles*,

- 16(2), 125–132.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000200125
- Mally, P., Bailey, S., & Hendricks-Muñoz, K. (2010). Clinical Issues in the Management of Late Preterm Infants. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 40(9), 218–233. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2010.07.005>
- Martínez, A., Virú, H., Quezada, J., Alburqueque, J., & Saldaña, C. (2022). Estudio de caso control en amenaza de parto prematuro y sus factores de riesgo en gestantes en un hospital de referencia del Perú durante la pandemia COVID-19. *Memorias Del Instituto de Investigaciones En Ciencias de La Salud*, 20(1), 39–45. <https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2022.020.01.39>
- McAdams, R., Vanderhoeven, J., Beyer, R., Bammler, T., Farin, F., Liggitt, D., Kapur, R., Gravett, M., Rubens, C., & Adams, K. (2012). Choriodecidual Infection Downregulates Angiogenesis and Morphogenesis Pathways in Fetal Lungs from Macaca Nemestrina. *PLoS ONE*, 7(10), e46863. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0046863>
- Mejía, J., Reyna, N., & Reyna, E. (2021). Consumo de micronutrientes durante el embarazo y la lactancia. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 67(4). <https://doi.org/10.31403/rpgo.v67i2368>
- Mendling, W. (2015). Guideline: Vulvovaginal Candidosis (AWMF 015/072), S2k (excluding chronic mucocutaneous candidosis). *Mycoses*, 58(S1), 1–15. <https://doi.org/10.1111/myc.12292>
- MINSA. (2017). *Norma Técnica - Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en Niños, mujeres, gestantes y puérperas*. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
- MINSA. (2019). *Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de Adolescentes*. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5017.pdf>
- Mira, A., & Bastías, R. (2021). Maternidad, migración y prematuridad: experiencias en una unidad de neonatología. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoao2232>

- Nazer, J., García, M., & Cifuentes, L. (2005). Malformaciones congénitas en hijos de madres con diabetes gestacional. *Revista Médica de Chile*, 133(5). <https://doi.org/10.4067/S0034-98872005000500006>
- Nguyen, K., Bamgbose, E., Cox, B., Huang, S., Mierzwa, A., Hutchins, S., Caso, B., Culjat, M., Connelly, C., Lacoursiere, Y., & Singh, R. (2018). Wearable Fetal Monitoring Solution for Improved Mobility During Labor & Delivery. *2018 40th Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society (EMBC)*, 4397–4400. <https://doi.org/10.1109/EMBC.2018.8513321>
- Nieves-Colón, M., Badillo, K., Sandoval, K., Villanueva, V., Enriquez, L., Mendoza-Revilla, J., Adhikari, K., González-Buenfil, R., Chen, J., Zhang, E., Sockell, A., Ortiz-Tello, P., Hurtado, G. M., Condori, R., Cebrecos, R., Manzaneda, J., Manzaneda, F., Yábar, G., Rawls, E., ... Moreno-Estrada, A. (2022). Clotting factor genes are associated with preeclampsia in high-altitude pregnant women in the Peruvian Andes. *The American Journal of Human Genetics*, 109(6), 1117–1139. <https://doi.org/10.1016/j.ajhg.2022.04.014>
- Olaya, R. (2013). *Factores de riesgos desencadenantes del trabajo de parto pretérmino en adolescentes embarazadas primigestas en el Hospital Gineco-Obstétrico "Enrique C. Sotomayor" en el período de septiembre del 2012 a febrero del 2013* [Universidad de Guayaquil]. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/1863>
- Ordoñez, S., & Montalvo, J. (2013). *Incidencia de sobrepeso y obesidad materna y su relación con los principales riesgos obstétricos en mujeres gestantes atendidas en el área de Ginecología del Hospital cantonal de Alamor durante el período octubre 2011- Julio 2012*. [Universidad Católica de Loja]. <https://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/6596/1/Tesis.pdf>
- Orias, M. (2020). Ruptura prematura de membranas. *Revista Medica Sinergia*, 5(11), e606. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i11.606>
- Ortiz, R., Tobar, J., Mellizo, A., Mondragón, M., Ruiz, G., & Díez, L. (2020). Complicaciones neonatales asociadas al diagnóstico de Corioamnionitis histológica en pacientes con parto pretérmino espontáneo en un hospital de alta complejidad en Colombia. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 85(5), 450–459. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262020000500450>

- Ovalle, A., & Figueroa, J. (2021). Beneficios de los antibióticos en la rotura prematura de membranas de pretérmino y factores que intervienen en la eficacia del tratamiento. Revisión narrativa. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 86(5). <https://doi.org/10.24875/RECHOG.M21000030>
- Paavonen, J., Mangioni, C., Martin, M., & Wajszczuk, C. (2000). Vaginal Clindamycin and Oral Metronidazole for Bacterial Vaginosis: A Randomized Trial. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 55(11), 691–692. <https://doi.org/10.1097/00006254-200011000-00016>
- Pacheco, E. (2019). *Relación entre niveles de hemoglobina y preeclampsia. Hospital Carlos Monge Medrano De Juliaca, enero 2018 – junio 2019* [Universidad Nacional del Altiplano]. <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/11241>
- Padilla, B. E., Gordillo Lara, L. D., & Puon, H. M. (2017). Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo niv1. Escobar Padilla B, Gordillo Lara LD, Martinez Puon H. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc. Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 4(4), 424–428.
- Palacios-Saucedo, G., Caltenco-Serrano, R., Torres-López, J., Tapia-Conyer, R., Muñoz-Hernández, O., & Solórzano-Santos, F. (2002). Exposición a Estreptococo del grupo B en mujeres mexicanas en edad reproductiva. *Salud Pública de México*, 44(1), 50–56. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342002000100007>
- Paredes, M. (2019). *Factores de riesgo materno asociados a parto prematuro en el Hospital Regional Manuel Nuñez Butron - Puno, enero - diciembre 2018*. [Universidad Nacional del Altiplano]. <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/11085>
- Peña-Martí, G., Barbato, J., Betancourtq, C., Cala, R., Douaihi, H., & Martí, A. (2007). Asociación entre prematuridad y embarazadas en edad avanzada. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 67(1). https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322007000100005
- Poma, C. (2020). Ganancia de peso materno durante la gestación y su relación con el peso

- del recién nacido en el primer nivel de atención. *Revista Científica de La Facultad de Medicina Humana - UPLA*, 8(2), 39–42.
<https://doi.org/10.51701/medicina.v8i2.106>
- Psilopatis, I., Vrettou, K., Fleckenstein, F., & Theocharis, S. (2023). The Role of Peroxisome Proliferator-Activated Receptors in Preeclampsia. *Cells*, 12(4), 647.
<https://doi.org/10.3390/cells12040647>
- Quirós, G., Alfaro, R., Bolívar, M., & Solano, N. (2016). TEMA 2-2016: Amenaza de Parto Pretérmino. *Revista Clínica Escuela de Medicina UCR-HSJD*, 6(1).
https://doi.org/10.15517/rc_ucr-hsjd.v6i1.23061
- Quispe, N. (2019). *Desarrollo de la autonomía en niños y niñas del II ciclo de educación inicial* [Universidad Nacional de Tumbes].
<http://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/20.500.>
- Ramírez-Montoya, D., Calvo-Betancur, V., & Restrepo-Mesa, S. (2022). Efecto del comportamiento del peso materno en el peso del neonato. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 71(4), 290–299.
<https://doi.org/10.37527/2021.71.4.006>
- Riscarle, D., Rivero, A., Ortunio, M., Rivas, M., Cardozo, R., & Guevara, H. (2008). Parto pretérmino en adolescentes. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 68(3), 144–149.
https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322008000300002
- Riva, N. (2004). *Factores de riesgo para parto pretérmino espontáneo en gestantes adolescentes del Hospital de Apoyo No. 2 Yarinacocha-Pucallpa* [Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/1839>
- Rivera, A., & Rueda, A. (2016). Diagnóstico y prevención del parto pretermino. Una actualización de la literatura. *Biociencias*, 11(2), 53–64.
<https://doi.org/10.18041/2390-0512/bioc..2.2564>
- Rivera, R., & Lopera, A. (2012). Management of non-obstetric pain during pregnancy. Review article. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 40(3), 213–223.
<https://doi.org/10.1016/j.rcae.2012.05.005>

- Romero-Morelos, P., Bandala, C., Jiménez-Tenorio, J., Valdespino-Zavala, M., Rodríguez-Esquivel, M., Gama-Ríos, R. A., Bandera, A., Mendoza-Rodríguez, M., Taniguchi, K., Marrero-Rodríguez, D., López-Romero, R., Ramón-Gallegos, E., & Salcedo, M. (2019). Bacterias relacionadas con vaginosis bacteriana y su asociación a la infección por virus del papiloma humano. *Medicina Clínica*, 152(1), 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.01.027>
- Romero, R., Nicolaidis, K., Conde-Agudelo, A., Tabor, A., O'Brien, J., Cetingoz, E., Da Fonseca, E., Creasy, G., Klein, K., Rode, L., Soma-Pillay, P., Fusey, S., Cam, C., Alfirevic, Z., & Hassan, S. (2012). Vaginal progesterone in women with an asymptomatic sonographic short cervix in the midtrimester decreases preterm delivery and neonatal morbidity: a systematic review and metaanalysis of individual patient data. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 206(2), 124.e1-124.e19. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.12.003>
- Rondón, J., Morales, C., Estrada, A., Alonso, M., & Rondón, R. (2021). Factores de riesgo asociado al bajo peso al nacer. Municipio Guisa. Enero- diciembre 2019. *Multimed*, 25(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182021000400004
- Sánchez, E. (2016). *Boletín estadístico de nacimientos: Perú 2015*. https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OGTI/CNV/Boletin_CNV_16.pdf
- Sarmiento, L., Gutiérrez, L., & Sandoval, D. (2022). Parámetros del líquido amniótico para diagnóstico de respuesta inflamatoria en parto pretérmino. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 87(3). <https://doi.org/10.24875/RECHOG.21000047>
- Serrano, S., Campos, P., & Carreazo, N. (2016). Asociación entre la ansiedad materna y el parto pretérmino en Lima, Perú. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 42(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000300006
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2020). Guía de Asistencia Práctica: Parto pretérmino. *Revista Oficial de La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, 63, 283–321. https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto_pretermino_2020.pdf

- Sotero, G., Sosa, C., Domínguez, Á., Alonso, J., & Medina, R. (2006). El estado civil materno y su asociación con los resultados perinatales en una población hospitalaria. *Revista Médica Del Uruguay*, 22(1), 59–65. https://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902006000100009
- Sprong, K., Mabenge, M., Wright, C., & Govender, S. (2020). Ureaplasma species and preterm birth: current perspectives. *Critical Reviews in Microbiology*, 46(2), 169–181. <https://doi.org/10.1080/1040841X.2020.1736986>
- Suárez, J., Preciado, R., Gutiérrez, M., Cabrera, M., Marín, Y., & Cairo, V. (2013). Influencia de la obesidad pregestacional en el riesgo de preeclampsia/eclampsia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 39(1), 3–11. <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v39n1/gin02113.pdf>
- Tamayo, M. (2003). *El proceso de la investigación científica* (Grupo Nori). https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/227860/El_proceso_de_la_investigaci_n_cient_fica_Mario_Tamayo.pdf
- Toro, C., Barboza, J., Pinedo, L., Barros, S., Gronerth, J., Gálvez, N., & Caballero, J. (2021). Factores maternos asociados a prematuridad en gestantes de un hospital público de Trujillo, Perú. *Revista Del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 14(3). <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.143.1246>
- UNICEF. (2019). *Levels & Trends in Child Mortality: Report 2019*. <https://www.unicef.org/media/60561/file/UN-IGME-child-mortality-report-2019.pdf>
- Valadez, T., Norton, J., & Neary, M. (2014). Summary for Policymakers. In *Climate Change 2013 – The Physical Science Basis* (pp. 1–30). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Vargas, J. (2019). Vigilancia epidemiológica de la mortalidad neonatal en el Perú, SE 46. *Boletín Epidemiológico Del Perú*, 28(46), 1171–1175. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/46.pdf>
- Villanueva, L., Contreras, A., Pichardo, M., & Rosales, J. (2008). Perfil epidemiológico del parto prematuro. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*, 76(9), 542–548.

- <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom089h.pdf>
- Vizcaíno, L., Torriente, M., Herrera, D., Pérez, Y., & Escalona, M. (2020). Value of transvaginal ultrasound in preterm delivery. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 8(1), 188–196. <https://doi.org/10.30574/wjarr.2020.8.1.0393>
- Wei, X., Xu, X., Zhao, Y., Chen, K., Wang, F., Fan, J., Yang, C., Chen, Z., Bai, Y., Zhu, X., & Li, M. (2015). Validation of the Simplified Chinese Version of the Functional Rating Index for Patients With Nonspecific Neck Pain in Mainland China. *Spine*, 40(9), E538–E544. <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000000806>
- Wilson, J. (2004). Managing recurrent bacterial vaginosis. *Sexually Transmitted Infections*, 80(1), 8–11. <https://doi.org/10.1136/sti.2002.002733>
- Wu, Y., Liu, Y., & Ding, Y. (2021). Predictive Performance of Placental Protein 13 for Screening Preeclampsia in the First Trimester: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Medicine*, 8. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.756383>
- Yanque, O., Zafra, J., Taype, A., Arroyo, J., Rosales, C., Mucha, J., Alegria, R., Zegarra, M., Ramírez, M., Lino, A., Moreno, P., Ramos, D., Caballero, M., Chumbipuma, G., Otero, L., Guerra, A., Becerra, N., Salvador, S., & Timaná, R. (2019). Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del parto pretérmino en el Seguro Social del Perú (EsSalud), 2018. *Acta Médica Peruana*, 36(1). <https://doi.org/10.35663/amp.2019.361.627>
- Ybaseta-Medina, J., Barranca-Pillman, M., Fernández-Enciso, L., & Vasquez-Lavarello, F. (2019). Factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2012. *Revista Médica Panacea*, 4(1). <https://doi.org/10.35563/rmp.v4i1.158>
- Yuste, J., Del Pozo, J., & Carmona, F. (2018). Infecciones del tracto urinario. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(51), 3020–3030. <https://doi.org/10.1016/j.med.2018.03.004>
- Zerna, C., Fonseca, R., Viteri, A., & Zerna, C. (2018). Identificación de factores de riesgo de parto pretérmino. Caso Hospital Enrique C. Sotomayor. *Revista Ciencia Unemi*, 11, 134–142. <https://www.redalyc.org/journal/5826/582661257012/582661257012.pdf>



ANEXOS



Anexo 1. Guía De Observación

I. ANTECEDENTES PERSONALES

Edad materna:

Estado civil: soltera () casada () conviviente ()

Grado de Instrucción: analfabeta () primaria () secundaria () superior ()

II. FACTORES

2.1. OBSTETRICOS

2.1.1. Paridad

2.1.2. Número de partos ()

2.1.3. Espacio Intergenésico

Menos de 2 años () 3 años ()

1.3. Edad

19 años () 20-35años() 36 años ()

1.4. Antecedentes de amenaza de aborto

Presente () Ausente ()

2.2 NUTRICIONALES

2.1. Índice de masa corporal

Normal () Desnutrida () Sobrepeso() Obesa()

2.2. Ingesta de alimentos

Balanceados () No balanceados()

2.3. Consumo de azúcares

Consumo excesivo () Consumo normal ()



2.4. Dieta a base de carbohidrato

Fideos ()

Papa ()

Arroz ()

2.5. Micronutrientes

Agua ()

Vitaminas ()

Minerales ()

2.3 INFLAMATORIOS

3.1. Infección urinaria

Negativo()

Cistitis()

Pielonefritis()

Bacteriuria asintomática ()

3.2. Infecciones vaginales

Ninguna ()

Leucorrea patológica ()

2.4 PARTO PRETERMINO

Extremo ()

Severo ()

Moderado ()

Leve ()

Anexo 2. Tabla de ganancia de peso de la gestante

RECOMENDACIONES DE GANANCIA DE PESO PARA GESTANTES SEGUN EL INDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL				
DEBILIDAD (IMC PG < 18,5)		SEMANA DE GESTACION	NORMAL (IMC PG 18,5 A < 25,0)	
Ganancia de peso (kg)			Ganancia de peso (kg)	
Inicio	Finis	Inicio	Finis	
min.	max.	min.	min.	max.
0,0	0,1	1	0,0	0,1
0,0	0,3	2	0,0	0,3
0,1	0,4	3	0,1	0,4
0,1	0,6	4	0,1	0,6
0,1	0,7	5	0,1	0,7
0,2	0,9	6	0,2	0,9
0,2	1,0	7	0,2	1,0
0,3	1,2	8	0,3	1,2
0,3	1,3	9	0,3	1,3
0,3	1,5	10	0,3	1,5
0,4	1,6	11	0,4	1,6
0,4	1,8	12	0,4	1,8
0,5	2,0	13	0,5	2,0
0,9	2,5	14	0,9	2,5
1,3	3,1	15	1,3	3,0
1,8	3,7	16	1,7	3,5
2,2	4,3	17	2,1	4,0
2,7	4,9	18	2,5	4,5
3,1	5,5	19	2,9	5,1
3,6	6,1	20	3,3	5,6
4,0	6,7	21	3,7	6,1
4,4	7,3	22	4,1	6,6
4,9	7,9	23	4,5	7,1
5,3	8,5	24	4,9	7,7
5,8	9,1	25	5,3	8,2
6,2	9,7	26	5,7	8,7
6,7	10,2	27	6,2	9,2
7,1	10,8	28	6,6	9,7
7,6	11,4	29	7,0	10,2
8,0	12,0	30	7,4	10,8
8,4	12,6	31	7,8	11,3
8,9	13,2	32	8,2	11,8
9,3	13,8	33	8,6	12,3
9,8	14,4	34	9,0	12,8
10,2	15,0	35	9,4	13,4
10,7	15,6	36	9,8	13,9
11,1	16,2	37	10,2	14,4
11,6	16,8	38	10,6	14,9
12,0	17,4	39	11,0	15,4
12,5	18,0	40	11,5	16,0

*Valores de ganancia de peso con el primer decimal en redondeo.
Fuente: IOM (Institute of Medicine) and NRC (National Research Council), 2009. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington, DC: The National Academies Press.

Edici3n: Maril3n Cordeiro Rojas. ACTTUC@UNALTIPLANO. www.una.edu.pe. J. T6niz y Juanito Zivi, Jos6 Mar3n Lima, Per3. Teléfono: (011) 043-1001. Anexo 1625. 2da edici3n. Octubre 2022. Tiraje: 3000 ejemplares.

RECOMENDACIONES DE GANANCIA DE PESO PARA GESTANTES SEGUN EL INDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL

RECOMENDACIONES DE GANANCIA DE PESO PARA GESTANTES SEGUN EL INDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL				
SOBREPESO (IMC PG 25,0 A < 30,0)		SEMANA DE GESTACION	OBESIDAD (IMC PG > 30,0)	
Ganancia de peso (kg)			Ganancia de peso (kg)	
Inicio	Finis	Inicio	Finis	
min.	max.	min.	min.	max.
0,0	0,1	1	0,0	0,1
0,0	0,3	2	0,0	0,3
0,1	0,4	3	0,1	0,4
0,1	0,6	4	0,1	0,6
0,1	0,7	5	0,1	0,7
0,2	0,9	6	0,2	0,9
0,2	1,0	7	0,2	1,0
0,3	1,2	8	0,3	1,2
0,3	1,3	9	0,3	1,3
0,3	1,5	10	0,3	1,5
0,4	1,6	11	0,4	1,6
0,4	1,8	12	0,4	1,8
0,5	2,0	13	0,5	2,0
0,7	2,3	14	0,6	2,2
0,9	2,7	15	0,8	2,5
1,2	3,0	16	1,0	2,7
1,4	3,4	17	1,1	3,0
1,7	3,7	18	1,3	3,2
1,9	4,1	19	1,5	3,5
2,1	4,4	20	1,6	3,8
2,4	4,8	21	1,8	4,0
2,6	5,1	22	2,0	4,3
2,9	5,5	23	2,1	4,5
3,1	5,8	24	2,3	4,8
3,3	6,2	25	2,5	5,1
3,6	6,5	26	2,8	5,3
3,8	6,9	27	2,8	5,6
4,1	7,2	28	3,0	5,8
4,3	7,6	29	3,1	6,1
4,5	7,9	30	3,3	6,4
4,8	8,3	31	3,5	6,6
5,0	8,6	32	3,6	6,9
5,3	9,0	33	3,8	7,1
5,5	9,3	34	4,0	7,4
5,7	9,7	35	4,1	7,7
6,0	10,0	36	4,3	7,9
6,2	10,4	37	4,5	8,2
6,5	10,7	38	4,6	8,4
6,7	11,1	39	4,8	8,7
7,0	11,5	40	5,0	9,0

*Valores de ganancia de peso con el primer decimal en redondeo.
Fuente: IOM (Institute of Medicine) and NRC (National Research Council), 2009. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington, DC: The National Academies Press.

Impres3n en los formatos gr3ficos de D'graficos - Servicios Gr3ficos y Publicaciones SRL. Calle Cerro 223 Urb. Villavieja. Kinac. Lima. Tel: 960627966. graficos@publicacionesdgr.com

Anexo 3. Historia clínica perinatal

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS														
NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL		IDENTIFICACION INSTITUCIONAL								
DIRECCION		C.D.A. (año)		C.T.N.A. (año)		CONTROL PRENATAL EN								
MUNICIPIO		TELÉFONO		CATEGORIA		MATERIALES								
ANTECEDENTES														
PRELIMINAR			OBSTETRICOS			PRIMOGÉNITO			PRIMOGÉNITO ANTERIOR					
Diabetes: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hipertensión: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedades crónicas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Uso de medicamentos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Gestaciones: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Abortos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cesáreas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Partos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Edad gestacional: <input type="checkbox"/> < 2000g <input type="checkbox"/> 2000-4000g <input type="checkbox"/> > 4000g			Embarazo planeado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fracaso de método anticonceptivo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Fecha de último parto: <input type="checkbox"/> día <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año Fecha de inicio de embarazo: <input type="checkbox"/> día <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año		
GESTACION ACTUAL														
GRUPO RH		CITOLOGIA		VIRUS		MOLÉCULAS		MOLÉCULAS		PRUEBAS				
Rh: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - Anticuerpos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Citología: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal		Virus: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Moléculas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Moléculas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Pruebas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
C.C. CONFIABLE		ANTITETANICA		Hb		Hb		AGH		TCS				
FUM: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Dosis: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Hb: <input type="checkbox"/> > 200mm <input type="checkbox"/> < 200mm		Hb: <input type="checkbox"/> > 20mm <input type="checkbox"/> < 20mm		AGH: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		TCS: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Signos vitales: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Frecuencia cardíaca fetal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tensión arterial: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Temperatura: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No														
PARTO - ABORTO														
FECHA DE PARTO		MOMENTO DEL PARTO		CORTICOIDES		RUPURA		HORAS		LÍQUIDO				
Día: <input type="checkbox"/> mes: <input type="checkbox"/> año: <input type="checkbox"/>		Inicio: <input type="checkbox"/> Final: <input type="checkbox"/>		Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		Horas: <input type="checkbox"/> Minutos: <input type="checkbox"/>		Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>				
Posición: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Mecanismo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo de parto: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No														
NOTAS														
Enfermedades: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tratamiento: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No														
RECÉN NACIDO														
SEXO		PESO AL NACER		TALLA		PUNTO		PUNTO		PUNTO				
Masculino: <input type="checkbox"/> Femenino: <input type="checkbox"/>		Peso: <input type="checkbox"/> g		Talla: <input type="checkbox"/> cm		Punto: <input type="checkbox"/>		Punto: <input type="checkbox"/>		Punto: <input type="checkbox"/>				
Apgar 1: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Apgar 5: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No														
EGRESO RN														
FECHA DE EGRESO		LUGAR DE EGRESO		VACUNAS		EGRESO								
Día: <input type="checkbox"/> mes: <input type="checkbox"/> año: <input type="checkbox"/>		Lugar: <input type="checkbox"/>		Vacunas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Egreso: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
EGRESO MATERNO														
FECHA DE EGRESO		LUGAR DE EGRESO		ANTICONGESTION										
Día: <input type="checkbox"/> mes: <input type="checkbox"/> año: <input type="checkbox"/>		Lugar: <input type="checkbox"/>		Anticongestión: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No										

Anexo 4. Examen de laboratorio

BIOQUIMICA

Historia Clínica: 492507

PUN: 48 Pago Boleta N°: PESEGUROS

Paciente: ELIZABETH CASTRO ELVARADO Edad: 20a

Servicio: G-0 N° Cama: 13

Presuntivo: Gesante 3.3 sem x FUR

Fecha: 03/07/15

Indicación del Dr.:
RES. "MABEL GÓMEZ RIVERA" PUNO

<input checked="" type="checkbox"/>	GLUCOSA	<u>73</u>	mg/dl	70 - 110	<input checked="" type="checkbox"/>	T.G.O.	<u>22</u>	u/l	Hasta 35
	UREA		mg/dl	20 - 45	<input checked="" type="checkbox"/>	T.G.P.	<u>19</u>	u/l	Hasta 45
<input checked="" type="checkbox"/>	CREATININA	<u>0.6</u>	mg/dl	0.8-1.4		AMILASA		u/l	Hasta 220
<input checked="" type="checkbox"/>	ACIDO URICO	<u>4.4</u>	mg/dl	25 - 60 ♂ 20 - 50 ♀		PROTEINAS T.		g/dl	6.1 - 7.9
	COLESTEROL		mg/dl	172 - 248 ♂ 175 - 240 ♀		ALBÚMINA		g/dl	3.5 - 4.8
	RCT / HDL =					GLOBULINA		g/dl	2.6 - 3.1
	HDL COLESTEROL		mg/dl	30 - 65 ♂ 40 - 95 ♀		FOSF. ALCALINA		- U/L	38 - 130
	LDL COLESTEROL		mg/dl	< 140		CALCIO		mg/dl	8.1 - 10.4
	TRIGLICERIDOS		mg/dl	35 - 165	<input checked="" type="checkbox"/>	DEHIDROGENASA LACTICA		u/l	<244
<input checked="" type="checkbox"/>	B.T.	<u>0.5</u>	mg/dl	Hasta 1		γ GLUTAMIL TRANSFERASA		u/l	<66 ♂ <39 ♀
<input checked="" type="checkbox"/>	B.D.	<u>0.3</u>	mg/dl	Hasta 0.2		A.S.O.		U Todd/ml	Hasta 166
<input checked="" type="checkbox"/>	B.I.	<u>0.2</u>	mg/dl	Hasta 0.8		PROTEINA CREATIVA			
	CREATIN KINASA		u/l			FACTOR REUMATOIDEO			
	DEPURACIÓN DE CREATININA					ml/min		V.N. 50-150 ml/min	
	HEMOGLOBINA GLICOSILADA					Hvba ₁		4.5-1.0% HbA ₁	
	TEST DE ADA								
	TEST DE ACIDO SULFOSALICILICO								
	OTROS								

Firma Lab.: [Firma] VºBº..... FECHA:

Júlio W. Curasi Cari
Tec. en Laboratorio
Hospital Regional "MNR" Puno

Hora: Recepción: 12:42

Salida:



Universidad Nacional
del Altiplano Puno



Vicerrectorado
de Investigación



Repositorio
Institucional

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE TESIS

Por el presente documento, Yo Amador Bellido Pérez
identificado con DNI 01204159 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:
“ FACTORES DE RIESGO DEL PARTO PRETERMINO EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA, HOSPITAL REGIONAL - PUNO - 2017 ”

Es un tema original.

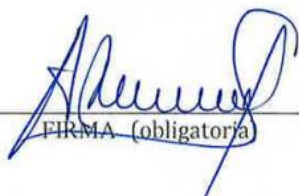
Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales,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

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

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

En caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a las disposiciones legales vigentes y a las sanciones correspondientes de igual forma me someto a las sanciones establecidas en las Directivas y otras normas internas, así como las que me alcancen del Código Civil y Normas Legales conexas por el incumplimiento del presente compromiso

Puno 25 de enero del 20 24


FIRMA (obligatoria)



Huella



Universidad Nacional
del Altiplano Puno



Vicerrectorado
de Investigación



Repositorio
Institucional

AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DE TESIS O TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Por el presente documento, Yo Amador Bellido Pérez
identificado con DNI 01204159 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado
DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:

“ FACTORES DE RIESGO DEL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA, HOSPITAL REGIONAL - PUNO - 2017 ”

para la obtención de Grado, Título Profesional o Segunda Especialidad.

Por medio del presente documento, afirmo y garantizo ser el legítimo, único y exclusivo titular de todos los derechos de propiedad intelectual sobre los documentos arriba mencionados, las obras, los contenidos, los productos y/o las creaciones en general (en adelante, los “Contenidos”) que serán incluidos en el repositorio institucional de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno.

También, doy seguridad de que los contenidos entregados se encuentran libres de toda contraseña, restricción o medida tecnológica de protección, con la finalidad de permitir que se puedan leer, descargar, reproducir, distribuir, imprimir, buscar y enlazar los textos completos, sin limitación alguna.

Autorizo a la Universidad Nacional del Altiplano de Puno a publicar los Contenidos en el Repositorio Institucional y, en consecuencia, en el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto, sobre la base de lo establecido en la Ley N° 30035, sus normas reglamentarias, modificatorias, sustitutorias y conexas, y de acuerdo con las políticas de acceso abierto que la Universidad aplique en relación con sus Repositorios Institucionales. Autorizo expresamente toda consulta y uso de los Contenidos, por parte de cualquier persona, por el tiempo de duración de los derechos patrimoniales de autor y derechos conexos, a título gratuito y a nivel mundial.

En consecuencia, la Universidad tendrá la posibilidad de divulgar y difundir los Contenidos, de manera total o parcial, sin limitación alguna y sin derecho a pago de contraprestación, remuneración ni regalía alguna a favor mío; en los medios, canales y plataformas que la Universidad y/o el Estado de la República del Perú determinen, a nivel mundial, sin restricción geográfica alguna y de manera indefinida, pudiendo crear y/o extraer los metadatos sobre los Contenidos, e incluir los Contenidos en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

Autorizo que los Contenidos sean puestos a disposición del público a través de la siguiente licencia:

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visita: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

En señal de conformidad, suscribo el presente documento.

Puno 25 de enero del 2024

FIRMA (obligatoria)



Huella