

**UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO
SÁNCHEZ CARRIÓN**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**FACTORES DE RIESGO GINECOBSTÉTRICOS PARA
PARTO PREMATURO TARDÍO EN MUJERES ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO - 2021**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

Bach. CARLOS ANDRE SANCHEZ MEDRANO

ASESOR

DR. WILLIAM ROGELIO PEÑA AYUDANTE

HUACHO -PERÚ

2022

**FACTORES DE RIESGO GINECOBSTÉTRICOS PARA
PARTO PREMATURO TARDÍO EN MUJERES ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO - 2021**

DEDICATORIA

Esta tesis va dedicada a mi familia, a mi madre por todo el sacrificio desde pequeño para desarrollar el conocimiento y estudio en mi vida, a mi padre por tanto esfuerzo día a día para darnos lo mejor y que nunca falte nada a toda la familia, a mi hermanita por ser mi fuente de motivación y superación, gracias a cada uno de ustedes por creer en mí. A mis maestros que me dejaron sus enseñanzas para formar mi camino como médico de calidad y empático con los pacientes.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer de manera especial al **Dr. William Rogelio Peña Ayudante** por todo el esfuerzo, paciencia y orientación durante cada paso de la elaboración de esta investigación y por compartir su conocimiento para poder desarrollarme como profesional competente.

INDICE

CARATULA.....	1
TITULO.....	2
DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO.....	4
INDICE.....	5
RESUMEN	7
ABSTRACT.....	8
INTRODUCCIÓN	9
CAPITULO I : PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	10
1.2. Formulación del problema.....	12
1.2.1. Problema general	12
1.2.2. Problemas específicos.....	12
1.3. Objetivos de la investigación.....	13
1.3.1. Objetivo general	13
1.3.2. Objetivos específicos.....	13
1.4. Justificación de la investigación	15
1.5. Delimitación del estudio	15
1.6. Viabilidad del estudio	16
CAPITULO III : MARCO TEORICO	17
2.1. Antecedentes de la investigación.....	17
2.1.1. Investigaciones internacionales.	17
2.1.2. Investigaciones nacionales.....	20
2.2. Bases teóricas.....	22
2.3. Bases filosóficas.....	32
2.4. Definición de términos básicos.....	33
2.5. Hipótesis de investigación	35
2.5.1. <i>Hipótesis general</i>	35
2.5.2. <i>Hipótesis específicas</i>	35
2.6. Operacionalización de las variables.....	37

CAPITULO III : METODOLOGIA.....	39
3.1. Diseño metodológico	39
3.2. Población y muestra.....	39
3.2.1. Población.....	39
3.2.2. Muestra.....	40
3.3. Técnicas de recolección de datos.....	41
3.4. Técnicas para el procedimiento de la información	42
CAPITULO IV : RESULTADOS	43
CAPITULO V : DISCUSIÓN	56
5.1 Discusión de resultados.....	56
CAPITULO VI : CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	63
6.1 Conclusiones	63
6.2 Recomendaciones	63
REFERENCIAS.....	65
Fuentes documentales	65
Fuentes bibliográficas	66
Fuentes hemerográficas	67
Fuentes electrónicas.....	71
ANEXOS	73

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo ginecobstétricos para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021.

Materiales y métodos: Investigación observacional, retrospectivo y analítico de casos y controles, cuya muestra estuvo conformada por 192 mujeres, de las cuales 96 presentaron parto prematuro tardío y 96 parto a término, además se usó la ficha de recolección, prueba Chi cuadrado y OR para responder a los objetivos del estudio.

Resultados: La edad promedio de las mujeres (Casos y Controles) fue 26.7 ± 2.8 años, además el 27.6% fueron nulíparas, el 27.1% presentó ruptura prematura de membranas, el 33.9% realizó menos de 6 atenciones prenatales, el 20.8% presentó antecedente de prematuridad, el 25.5% tuvo una cesárea anterior, el 51.1% presentó infección de tracto urinario y el 7.3% trastorno hipertensivo gestacional. Se demostró ser factores de riesgo para parto prematuro tardío: ruptura prematura de membranas ($p=0.003$, $OR=2.666$), atenciones prenatales menores a 6 ($p < 0.001$, $OR=3.353$), antecedente de prematuridad ($p < 0.001$, $OR=8.226$), infección de tracto urinario ($p < 0.001$, $OR = 2.908$) y trastorno hipertensivo gestacional ($p=0.001$; $OR=14.880$).

Palabras clave: Factores ginecobstétricos, parto prematuro tardío

ABSTRACT

Objective: To determine the gynecobstetric risk factors for late preterm birth in women treated at the Regional Hospital of Huacho in 2021.

Materials and methods: Observational, retrospective and analytical investigation of cases and controls, whose sample consisted of 192 women, 96 presented late preterm birth and 96 at term, in addition the collection form, Chi-square test and OR were used to respond to the objectives of the study.

Results: The average age of the women (cases and controls) was 26.7 ± 2.8 years, in addition, 27.6% were nulliparous, 27.1% had ruptured membranes, 33.9% had less than 6 prenatal care, 20.8% had a history of prematurity, 25.5% had a previous cesarean section, 51.1% suffered from urinary tract infection and 7.3% from gestational hypertensive disorder. On the other hand, premature rupture of the membrane ($p=0.003$, $OR=2.666$), prenatal care less than 6 ($p < 0.001$, $OR=3.353$), history of prematurity ($p < 0.001$, $OR=8.226$), infection of urinary tract ($p < 0.001$, $OR=2.908$) and gestational hypertensive disorder ($p=0.001$, $OR=14.880$) were risk factors for late preterm delivery.

Keywords: Obstetrics-gynecology factors, late preterm birth

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la definición de prematuridad engloba a todo recién nacido (RN) que nació con una edad gestacional (EG) menor a 37 semanas. Los prematuros tardíos son los que nacen entre las 34 y 36 semanas y los 6 días (Strauss et al., 2018). La prematuridad ocurre en más de uno de cada diez nacimientos y es la más importante causa de morbilidad y mortalidad en los recién nacidos, con alrededor de 1,1 millón de muertes por año a nivel mundial.

De estas muertes, en su mayoría se pueden prevenir con atención básica e intervenciones de bajo costo (Milián et al., 2019). Se necesita investigación que amplíe nuestro conocimiento sobre las causas y los factores de riesgo del parto prematuro tardío y cómo identificar a las mujeres en riesgo para disminuir la tasa de mortalidad neonatal global.

Sin antecedentes precisos y completos que describan el estado actual de los nacimientos de los factores de riesgo con respecto a los partos prematuros sería extremadamente difícil lograr una mejora nacional en la atención de los recién nacidos prematuros. A pesar de ello la evidencia aun es limitada en este contexto. Por tanto, se realizó un estudio donde se determinaron los factores de riesgo ginecobstétricos para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021.

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

El parto prematuro pertenece a los problemas más importantes de las prácticas obstétricas y de la medicina perinatal moderna, debido a las dificultades relacionadas a la fisiología y patología, al manejo intrincado de la gestante y al mal pronóstico de los neonatos (Milián et al., 2019; Ota, 2018).

En el mundo, cada año se producen aproximadamente 15 millones de partos prematuros, entre los cuales el 84% corresponde a partos prematuros tardíos, 10% a partos muy prematuros y 5% a partos extremadamente prematuros. Todos ellos preponderantes en los países de India, China, Nigeria, Pakistán, Indonesia y Estados Unidos, que representan el 50% de los casos (7.4 millones) (Walani, 2020).

América Latina y El Caribe no son indiferentes a esta realidad, y un ejemplo claro de ello son las estadísticas de siete hospitales nacionales de referencia de República Dominicana, que en el 2021 reportaron una prevalencia de 25% para partos prematuros, preponderantes en las regiones del sur (33.3%) y entre las edades de 20 a 34 años (70.7%). Entre estos nacimientos el 75% correspondió a partos prematuros tardíos, 20% a partos muy prematuros y 5% a partos prematuros extremos (Díaz-Rodríguez et al., 2021).

En Perú, a nivel nacional, los nacimientos prematuros tienen una tasa de 7%, el cual se mantiene desde el año 2015, además, los departamentos con incremento de la tasa de nacimientos prematuros son Piura, la Libertad, Lambayeque, Junín y Arequipa cuyas tasas se encuentra entre 6 a 8%, según lo informado por el Sistema de registro del Certificado de

Nacido Vivo en Línea de Ministerio de Salud. (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, 2019).

Por otro lado, el Instituto Nacional Materno Perinatal (2020) notificó una tendencia epidemiológica estacionaria, con porcentajes de 10.8% en el 2018, de 11.2% en el 2019 y de 11.3% en el 2020. Por otro lado, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (2019) reportó hasta la semana 46 del 2019 un porcentaje de 27.22% para defunciones en prematuros moderados a tardíos, de 22.92% para defunciones en prematuros extremos y de 20.56% para defunciones en muy prematuros. Además, se asoció a la sobrevivencia de los prematuros con algún tipo de discapacidad a corto y largo plazo.

En ese marco, se puede deducir que la prevalencia de parto prematuro tardío es significativa, al igual que sus secuelas y las tasas de mortalidad. Sobre ello, se estudió en Tacna en el Hospital Hipólito Unanue, datos del periodo 2000 a 2014 donde identificaron que la frecuencia de parto prematuro tardío fue de 4.59 x 100 nacidos vivos, donde del total de nacimientos, es decir 49 979, 2 295, se produjeron entre las semanas 34 a 36 de la gestación (Ticona et al., 2016). Por otro lado, Gonzales (2017), al realizar su investigación en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales identificó que, de 182 nacimientos evaluados, el 9% fueron prematuros, de los cuales el 83% correspondían a prematuridad tardía, representando el 7.5% del total de nacimientos analizados.

Posteriormente, la comunidad científica con el fin de identificar a la población vulnerable e iniciar precozmente el tratamiento, aconsejó la indagación de los más importantes factores de riesgo, especialmente de aquellos relacionados a la ginecobstetricia (Patil y Patil, 2017). Entre ellos destacaron la edad mayor igual a 35 años, control prenatal inadecuado, antecedentes personales y familiares de parto prematuro, paridad mayor o igual

a 4, condiciones médicas preexistentes, gestación múltiple, cuello uterino corto, preeclampsia, infecciones, hemorragia del primer y segundo trimestre, y rotura prematura de membranas (Díaz-Rodríguez et al., 2021; Krusser et al., 2020).

En la ciudad de Huacho no se han realizado estudios sobre parto prematuro tardío, son necesarios estudios que contrasten los resultados encontrados a nivel nacional y que además puedan identificar los factores para el desarrollo de este. Por consiguiente, se vuelve indispensable ejecutar una investigación que haga posible entablar con certeza los factores de riesgo ginecobstétricos para parto prematuro tardío en mujeres gestantes atendidas en el Hospital Regional de Huacho.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son los factores de riesgo ginecobstétricos para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuál es la incidencia de parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021?

¿La edad mayor a 35 años es un factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021?

¿La edad menor a 20 años es un factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de en el año 2021?

¿La ruptura prematura de membranas es un factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021?

¿La nuliparidad es un factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021?

¿La gran multiparidad es un factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021?

¿Las atenciones prenatales menores a 6 es factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021?

¿El antecedente de prematuridad es un factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021?

¿La cesárea anterior es un factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021?

¿La infección de tracto urinario es un factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021?

¿La diabetes pregestacional es un factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021?

¿El trastorno hipertensivo gestacional es un factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar los factores de riesgo ginecobstétricos para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021.

1.3.2. Objetivos específicos

Determinar la incidencia de parto prematuro tardío en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021.

Determinar si la edad mayor a 35 años es un factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021.

Determinar si la edad menor a 20 años es un factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021.

Determinar si la ruptura prematura de membranas es un factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021.

Determinar si la nuliparidad es un factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021.

Determinar si la gran multiparidad es un factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021.

Determinar si las atenciones prenatales menores a 6 es factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021.

Determinar si el antecedente de prematuridad es un factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021.

Determinar si la cesárea anterior es un factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021.

Determinar si la infección de tracto urinario es un factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021.

Determinar si la diabetes pregestacional es un factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021.

Determinar si el trastorno hipertensivo gestacional es un factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021.

1.4. Justificación de la investigación

La investigación se justificó en la importancia que tiene la identificación de cada factor de riesgo ginecobstétrico para parto prematuro tardío, ya que su detección temprana permitirá identificar a la población vulnerable y ejecutar un abordaje oportuno que reduzca la tendencia epidemiológica de morbimortalidad en los neonatos.

Además, permitirá reducir las brechas del conocimiento y mejorar las decisiones clínicas por medio del razonamiento ordenado y el respaldo de la evidencia científica, con la intención de lograr una aproximación diagnóstica y terapéutica idónea.

Por otro lado, la publicación del estudio se posicionará como una fuente valiosa y explícita de datos válidos, pues a pesar de existir evidencia cercana, los datos difundidos no pueden extrapolarse a otros contextos.

Finalmente, la investigación servirá como referente teórico y metodológico para la creación de futuros estudios estructurados bajo el mismo enfoque temático.

1.5. Delimitación del estudio

Delimitación conceptual: las variables en estudio fueron los posibles factores de riesgo ginecobstétricos (variable independiente), además de parto prematuro tardío (variable dependiente).

Delimitación demográfica: se evaluó a las mujeres quienes acudieron para su atención de parto en el Hospital Regional de Huacho correspondientes a su respectiva jurisdicción de las provincias de Huaura y Oyón, así como de otras provincias vecinas.

Delimitación espacial: la investigación se centró en el Hospital Regional de Huacho, Av. José Arnaldo Arámbulo La Rosa 251 (5.800,87 km²), CP: 15136.

Delimitación temporal: el tiempo de estudio fue de enero hasta diciembre del año 2021.

1.6. Viabilidad del estudio

La investigación fue viable de realizar debido a que se solicitaron con antelación los permisos correspondientes para la aprobación del proyecto de investigación por la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión y a la entidad hospitalaria; Hospital Regional de Huacho.

Así mismo se realizaron las coordinaciones necesarias con las autoridades correspondientes para el acceso la información de las mujeres que acuden para atención de parto al Hospital Regional de Huacho.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Investigaciones internacionales

Díaz-Rodríguez et al. (2021), República Dominicana, realizaron un estudio con el objeto de establecer la prevalencia y los factores de riesgo con respecto al parto prematuro en siete hospitales nacionales de referencia. Fue una investigación de tipo observacional, analítico, de casos y controles, retrospectivo y transversal contando con 1544 participantes. La investigación mostró una prevalencia de 25% para partos prematuros, de los cuales el 75% correspondió a partos prematuros tardíos, 20% a partos muy prematuros y 5% a partos prematuros extremos. Entre los más importantes factores de riesgo resultaron: antecedente de parto prematuro (OR : 20 p < 0.001), edad materna >35 años (OR:2.21 p < 0.001), historia familiar de partos prematuros (OR : 14.95 p<0.001), tabaquismo (OR:6.50 p<0.001), consumo de drogas (OR: 2.43 p: 0.004), ruptura prematura de membranas (OR:2.533 p <0.001), cesárea (OR:3.895 p<0.001) y condiciones médicas preexistentes (OR:1.722 p<0.001). Se tuvo como resultado que la prevalencia de parto prematuro fue baja y se asoció principalmente a la historia personal y familiar de parto prematuro.

Ahumada et al. (2020), en Colombia, publicaron una investigación que buscaba reconocer factores de riesgo en el parto pretérmino en mujeres gestantes en Bogotá. Fue de tipo observacional y de cohorte retrospectivo con 452 participantes. A partir de los resultados se reconoció entre los factores de riesgo de parto pretérmino: diagnóstico de preeclampsia (RR:5.05 p:0.000), preeclampsia severa (RR:7.47 p:0.000) y restricción del crecimiento intrauterino (RR: 4.40 p :0.000); entre los factores de riesgo de parto muy pretérmino: diagnóstico de preeclampsia (RR:12.09 p:0.000), preeclampsia severa

(RR:26.27 P:0.000), anemia (RR:9.40 p: 0.005) y antecedente de parto pretérmino (RR:7.82 p:0.002); y entre los factores de riesgo de parto pretérmino tardío: diagnóstico de preeclampsia (RR:4.89 P:0.000), preeclampsia severa (RR: 7.30 p: 0.000) y restricción de crecimiento intrauterino (RR: 4.79 p: 0.000). Se concluyó que los principales factores de riesgo de parto pretérmino eran el diagnóstico de preeclampsia y restricción de crecimiento intrauterino.

Krusser et al. (2020), en Brasil, publicaron un estudio que tenía como objeto establecer factores de riesgo maternos y fetales en relación al parto pretérmino tardío en el Hospital Santa Catarina. El tipo fue observacional, analítico, casos y controles, retrospectivo y transversal con un total de 423 participantes. Se evidencio entre los más importantes factores de riesgo: control prenatal inadecuado (OR: 2.20 p < 0.001), ruptura prematura de membranas (OR: 4.54 p < 0.001), estancia hospitalaria >24 horas (OR:8.23 p<0.001), cesárea (OR:2.18 p < 0.001) y pequeño para la edad gestacional (OR: 3.742 p < 0.001). Se concluyó que la estancia hospitalaria mayor o igual a 24 horas y pequeño para edad gestacional fueron los factores maternos y fetales con mayores probabilidades de riesgo.

Koullali et al. (2020), publicaron un estudio donde se evaluó la relación entre la paridad y el parto prematuro. Fue un estudio analítico que incluyó a 30 237 embarazos que terminaron antes de las 37 semanas. Como principales resultados se encontró que relación entre parto prematuro y la nuliparidad (OR 1.95: IC al 95 %:1.89–2.00) y mujeres en su quinto embarazo (OR: 1.26, IC al 95 %: 1.13–1.41). Concluyeron que la nuliparidad se considera un factor de riesgo para parto prematuro.

Wagura et al. (2018), en Kenia, publicaron una investigación que tuvo como objeto determinar la prevalencia y los factores asociados al parto prematuro en el Hospital

Nacional de Kenyatta. Estudio de tipo observacional, analítico, transversal y 332 participantes. Se obtuvo la prevalencia fue 18.3% para partos prematuros, entre los cuales el 62% correspondió a prematuros tardíos, 19% a prematuros moderados, 16% a prematuros severos y 3% a prematuros extremos. Entre los factores asociados destacaron: paridad >4 (OR:4.709 p:0.019), antecedente de parto prematuro (OR: 2.945 p: 0.010), cesárea (OR: 1.832 p: 0.049), embarazo gemelar (OR: 3.753 p: 0.040), preeclampsia (OR:5.203 p < 0.001), hemorragia antes del parto (OR: 2.790 p: 0.023), ruptura prematura de membranas >18 horas (OR: 4.059 p < 0.001) y antecedente de infección de tracto urinario (OR: 1.925 p: 0.024). Se concluyó una baja prevalencia para parto prematuro y se asoció principalmente a la preeclampsia y gran multiparidad.

Patil y Patil (2017), en India, publicaron una investigación que tenía el objeto identificar factores de riesgo asociados a parto prematuro tardío en la sede hospitalaria docente Jawaharlal Nehru. Fue un estudio observacional, analítico, de casos y controles, y transversal que incluyó 918 participantes. Se obtuvo como los más importantes factores de riesgo: ruptura prematura de membranas (OR: 3.05 p: 0.001), antecedente de parto prematuro (OR:26.98 p:0.001), hipertensión gestacional (OR: 2.35 p: 0.001), hipertensión crónica (OR. 2.4 p: 0.021), preeclampsia (OR:8 p:0.001), eclampsia (OR. 3.8 p: 0.002), diabetes mellitus gestacional (OR:9.8 p: 0.001), desprendimiento prematuro de placenta (OR: 5.4 p: 0.001), placenta previa (OR:14.1 p:0.001), gestación múltiple (OR:14.9 p:0.001) y uso de dispositivo intrauterino (OR:4.2 p:0.001). Se concluyó que las variables ginecobstétricas se asociaron a riesgo superior para desarrollar parto prematuro tardío.

2.1.2. Investigaciones nacionales.

Ortiz (2019), Lima, realizó un estudio con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el Hospital San José. Estudio de tipo observacional, analítico, de casos y controles, retrospectivo y transversal con 160 participantes. Se obtuvo una prevalencia de 80% de prematuros tardíos, de 11.3% para muy prematuros, de 7.5% para prematuros extremos y de 1.3% para prematuros moderados. Entre los factores de riesgo asociados destacaron: infección del tracto urinario (OR: 2.9 p: 0.002), preeclampsia (OR: 8.215 p: 0.002), amenaza de parto pretérmino (OR: 7.9919 p: 0.007), desprendimiento prematuro de placenta (OR: 7.6788 p: 0.043) y rotura prematura de membranas (OR: 2.49 p: 0.028). Se concluyó que los factores patológicos se asociaron a un riesgo superior de parto pretérmino.

Paredes (2019), en Puno, publicó una investigación que tuvo como objeto comprobar la existencia de factores de riesgo maternos asociados a parto prematuro en el Hospital “Manuel Núñez Butrón”. Estudio de tipo observacional, analítico, casos y controles, y transversal contando con 170 participantes. Se obtuvo una prevalencia de 88% para prematuros tardíos, 8% para muy prematuros y de 4% para prematuros extremos. Los más importantes factores de riesgo maternos: embarazo múltiple (OR: 2.090 p: 0.007), enfermedad hipertensiva del embarazo (OR: 5.630 p: 0.000), infección de tracto urinario (OR: 2.821 p: 0.036), hemorragia antes del parto (OR: 4.914 p: 0.029) y ruptura prematura de membranas (OR: 2.803 p: 0.009). Se concluyó que existieron factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino en el Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón”.

Lozada (2018), en Piura, publicó una investigación que tuvo como objeto determinar factores de riesgo del parto pretérmino aplicado en el Hospital Nuestra Señora de las Mercedes en Paita. Fue de tipo observacional, analítico, casos y controles,

retrospectivo, transversal y 381 participantes. Se obtuvo la incidencia de parto prematuro 8.04%, una prevalencia de 22.57% para partos pretérminos, entre los cuales el 81.6% correspondió a prematuros tardíos, 10.46% a prematuros moderados, 6.97% a muy prematuros y 1.16% a prematuros extremos. Se evidencio como principales factores de riesgo a la edad materna menor a 19 años (ORa :8.8 $p < 0.001$), antecedente de sangrado en el I trimestre (ORa: 19.7 $p < 0.001$), antecedente de parto pretérmino (ORa: 97.2 $p < 0.001$), infección del tracto urinario (ORa: 3.4 $p: 0.004$), ruptura prematura de membranas (ORa: 11.7 $p < 0.001$) y anemia (ORa: 2.4 $p: 0.043$). Se determino que las gestantes adolescentes con anemia, infección de tracto urinario, ruptura prematura de membranas y antecedente de sangrado o parto pretérmino tuvieron mayores probabilidades de dar a luz antes de las 37 semanas.

Machado (2018), en Lima, publicó una investigación teniendo como objeto identificar factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un Hospital de Ventanilla. Estudio de tipo observacional, analítico, retrospectivo, casos y controles y transversal que incluyó a 198 participantes. Se obtuvo entre los más importantes factores de riesgo: antecedentes de parto pretérmino (OR: 3.10 $p: 0.017$), controles prenatales insuficientes (OR: 2.32 $p: 0.029$) e infección de tracto urinario en la gestación (OR: 2.14 $p: 0.025$). Se concluyó que los antecedentes de parto pretérmino, controles prenatales insuficientes e infección del tracto urinario en la gestación son factores de riesgo asociados a parto pretérmino.

Huarcaya (2017), Lima, publicó una investigación que tuvo como objeto establecer la asociación entre exceso de peso pregestacional y parto pretérmino en madres del Hospital Madre Niño San Bartolomé. Fue una investigación observacional, analítico y transversal que contó con 324 madres. Se obtuvo la frecuencia de parto pretérmino en

9.9%, luego el exceso de peso pregestacional se relacionó de forma significativa a los partos prematuros (8.33% prematuros moderados o tardíos, 0.93% prematuros extremos y 0.62% muy prematuros), con un OR de 2.349 y una significancia de 0.021.

Adicionalmente, se posicionaron a el antecedente de parto prematuro (OR: 19.4 p: 0.027), cuello uterino corto (OR: 18.313 p: 0.024), vaginosis bacteriana (OR: 28.354 p: 0.001), infección del tracto urinario (OR: 7.448 p: 0.023), ruptura prematura de membranas (OR: 4.122 p: 0.002), preeclampsia (OR:7.154 p<0.001) y desprendimiento prematuro de placenta (OR:28.355 p:0.001) como principales factores de riesgo asociados. Se concluyó que existió relación entre las variables de estudio.

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Parto prematuro.

El trabajo de parto prematuro se define como inicio de trabajo de parto previo a las 37 semanas de gestación. La gestación al nacer se clasifica como prematuridad extrema (<28 semanas de gestación), prematuridad severa (28 a 32 semanas de gestación), prematuridad moderada (32 a 34 semanas de gestación) y parto prematuro tardío (34 a 36 semanas de gestación) (Lalani et al., 2021; Cunningham et al., 2019).

2.2.1.1 Etiología.

Hay cuatro razones directas principales para los nacimientos prematuros se incluyen: 1) trabajo de parto prematuro con membranas intactas, 2) parto prematuro idiopático, ruptura prematura de membranas, 3) indicaciones maternas o fetales, y 4) embarazo múltiple (Cunningham et al., 2019). Así mismo, en comparación con los nacimientos < 34 semanas, es más probable que los nacimientos prematuros tardíos sean el

resultado de un trabajo de parto prematuro idiopático, donde se incluye la ruptura prematura de membranas (Skinner, 2018). Por otro lado, la indicación de parto entre las 34 ss. y 36 ss., incluyen: preeclampsia (46 %), sufrimiento fetal (18%) y desprendimiento de placenta (14 %) (Lowdermilk et al., 2019).

2.2.1.2 Fisiopatología.

Los mecanismos del trabajo de parto son similares tanto en el tardío como el extremadamente prematuro; sin embargo, el primero es fisiológico y el segundo resulta de una activación patológica de los mecanismos laborales (Sameshima, 2019). Es probable que el parto prematuro ocurra debido a factores uterinos que se estimulan de forma temprana o hay una retirada prematura de los factores que mantienen la inactividad uterina (Winn et al., 2021).

Durante el embarazo, la quiescencia uterina se mantiene gracias a la acción de la hormona progesterona para reducir la regulación ascendente de las proteínas asociadas a la contracción y la actividad de las prostaglandinas, por lo tanto, la inhibición de la actividad uterina y los cambios cervicales (Resnik et al., 2019). No se sabe cómo se inicia el trabajo de parto en el embarazo a término humano. Del mismo modo, se desconocen los mecanismos exactos del inicio del trabajo de parto prematuro, aunque se cree que es un proceso heterogéneo (Cunningham et al., 2019).

Los mecanismos complejos convergen y conducen a la maduración y dilatación del cuello uterino, la activación y ruptura de la membrana y el aumento de la contractilidad uterina que termina como el proceso final del trabajo de parto tardío (Skinner, 2018).

Los factores más importantes que llevan al trabajo de parto prematuro son 4: infección intrauterina, hemorragia decidual, estiramiento uterino excesivo y estrés materno o fetal (Resnik et al., 2019). Este constructo fisiopatológico de distensión uterina, isquemia

placentaria y activación o inflamación coriodecidual ha sido propuesto como desencadenante del trabajo de parto prematuro. El centro de esto es un proceso inflamatorio que resulta en la liberación de prostaglandinas (Sameshima, 2019). Las prostaglandinas son bien conocidas en los mecanismos de propagación en el proceso del parto. La activación patológica de estas vías se manifiesta clínicamente en forma de insuficiencia cervical, contracciones uterinas pretérmino o ruptura prematura de membranas (Skinner, 2018).

2.2.1.3 Diagnóstico.

Diagnóstico clínico: El diagnóstico usualmente es según la clínica y la presencia de contracciones uterinas persistentes (6 en 30 minutos) y de cambios en el cérvix, con más del 49% de borramiento y 1 centímetro o más de dilatación (Carvajal y Ralph, 2018).

La diferenciación temprana entre trabajo de parto verdadero y falso es muy compleja antes de evidenciar borramiento cervical y dilatación demostrables. La actividad uterina aislada puede ser confundida con las contracciones de Braxton Hicks. Usualmente son irregulares, arrítmicas y pueden presentar dolor pudiendo ocasionar confusión en el diagnóstico de parto prematuro (Cunningham et al., 2019). En este contexto se define por contracciones regulares que se asocian a cambios cervicales (Lalani et al., 2021; Cunningham et al., 2019).

La evaluación clínica de este evento conlleva a tres posibles escenarios (Carvajal y Ralph, 2018):

Ausencia de cambios en el cérvix y de contracciones en el útero. En estos casos se excluye el trabajo de parto prematuro y se aconseja un manejo expectante y conservador (Carvajal y Ralph, 2018).

Ausencia de cambios en el cérvix y contracciones persistentes en el útero. Se aconseja la ejecución de una cervicometría ecográfica para establecer el abordaje. Si la

cervicometría es igual o mayor a 30 mm se descarta parto prematuro y se da un abordaje conservador. Si esta es menor o igual a 15 mm se recomienda el inicio raudo de la terapia tocolítica y con corticoides. Si esta oscila entre 16 y 29 mm se debe realizar medidas generales, como la sedación e hidratación, para definir el diagnóstico diferencial y el respectivo manejo (Carvajal y Ralph, 2018).

Presencia de cambios en el cérvix y contracciones uterinas. Se establece el diagnóstico de trabajo de parto prematuro y se aconseja internamiento y terapia con tocolíticos y corticoides (Carvajal y Ralph, 2018).

Evaluación cervical: La evaluación de la longitud del cérvix a través del tacto vaginal es subjetiva, por ello se aconseja la ejecución de una ecografía vaginal para medir la longitud de dicho canal (orificio cervical interno hacia el externo). Adicionalmente se puede observar la dilatación del orificio cervical interno y la protrusión de las membranas en forma de embudo o “funnel”. Ante su presencia la medición se debe realizar desde el ápice del embudo hasta el orificio cervical externo (Carvajal y Ralph, 2018).

La evaluación del cérvix es fundamental para evaluar el riesgo de trabajo de parto prematuro. La longitud del cérvix <15 mm se observa en el 2% de las mujeres en 23 semanas, en el 90% de los casos el trabajo de parto empieza previo a las 28 semanas. La longitud del cuello uterino >15 mm implica un 4% de riesgo de trabajo de parto prematuro. Mientras que la longitud del cuello uterino < 5 mm implica un riesgo del 78% de trabajo de parto prematuro (Landon et al., 2018).

Marcadores bioquímicos: Incluye la medición de la fibronectina cérvico-vaginal y de péptidos natriuréticos en el líquido amniótico (Carvajal y Ralph, 2018).

Diagnóstico diferencial: Incluye al desprendimiento prematuro de placenta, embarazo gemelar, restricción del crecimiento fetal, preeclampsia y rotura prematura de membranas (Carvajal y Ralph, 2018).

2.2.1.4 Manejo.

En pacientes con parto prematuro la terapia de elección es la tocolítica, cuya función es restringir la contracción del útero para prolongar la gestación hasta 48 horas. El objetivo de este esquema es lograr la aplicación de corticoesteroides antenatales (12 mg IM cada 24 horas de betametasona 2 dosis o dexametasona de 6 mg IM cada 12 horas 4 dosis) y referir a la paciente a un centro de mayor capacidad resolutive en caso de ser necesario (Carvajal y Ralph, 2018).

Entre los principales agentes tocolíticos destacan: inhibidores de la ciclooxigenasa (indometacina), betamiméticos (ritodrina hidrocloreuro y terbutalina), bloqueadores de canales de calcio (nifedipina), sulfato de magnesio, antagonistas de receptores de oxitocina (atosiban), agentes dilatadores de óxido nítrico y antibióticos (Carvajal y Ralph, 2018).

En el caso de un parto prematuro tardío se recomienda un ciclo único de betametasona prenatal dentro de los 7 días posteriores al parto en mujeres seleccionadas. Sin embargo, un parto prematuro tardío médicamente indicado no debe retrasarse por la administración de corticosteroides prenatales (Sameshima, 2019).

2.2.1.5 Prevención.

La prevención del parto prematuro ha sido un objetivo difícil de alcanzar. Sin embargo, informes recientes sugieren que la prevención en poblaciones seleccionadas puede lograrse (Cunningham et al., 2019).

Cerclaje cervical. Hay al menos tres circunstancias cuando la colocación del cerclaje puede usarse para prevenir el parto prematuro. Dos se realizan profilácticamente y

un tercero se realiza como tratamiento. El primer cerclaje profiláctico se utiliza en mujeres que tienen antecedentes de aborto y a quienes se les diagnostica insuficiencia cervical (Cunningham et al., 2019). El segundo cerclaje profiláctico es para mujeres identificadas durante el examen ecográfico con un cuello uterino corto. La tercera indicación es el cerclaje de “rescate”, realizado de forma urgente cuando se reconoce incompetencia cervical (Lalani et al., 2021; Cunningham et al., 2019).

2.2.2 Factores de riesgo

La mayor proporción de partos prematuros pertenecen a la categoría de prematuros tardíos (Carvajal y Ralph, 2018). Por ello, es necesario identificar las características o rasgos de exposición que incrementen las probabilidades de ocurrencia de este evento. Entre ellos destacan:

2.2.2.1 Edad materna >35 años.

En el momento de la concepción contribuye al aumento de los nacimientos prematuros tardíos (Resnik et al., 2019). Sin embargo, el riesgo puede no provenir de la edad en sí misma sino de los factores asociados a ella. Pueden tener problemas de salud, como fibromas, hipertensión y enfermedades metabólicas (Skinner, 2018).

2.2.2.2 Edad materna <20 años.

Las mujeres menores de 20 años presentan elevadas tasas de nacimientos prematuros, esto podría deberse a que los adultos más jóvenes son fisiológicamente inmaduros o a factores socioeconómicos impactantes (Lalani et al., 2021).

2.2.2.3 Rotura prematura de membranas.

La rotura prematura de las membranas placentarias ocasiona casi el 50-75% de los partos prematuros tardíos (Cunningham et al., 2019).

2.2.2.4 Nuliparidad.

La paridad es otro factor asociado con el parto prematuro, con las tasas más altas reportadas en mujeres nulíparas. Estos resultados resaltan la importancia del efecto de la paridad en el parto prematuro espontáneo y pueden ayudar en la estratificación del riesgo de parto prematuro y el asesoramiento (Sameshima, 2019).

2.2.2.5 Paridad mayor o igual a 4.

Los estudios sobre la relación entre la alta paridad y los efectos adversos en el embarazo muestran resultados contradictorios. Varios estudios informaron una asociación de alta paridad y los efectos adversos en el embarazo, incluyendo parto prematuro (Cunningham et al., 2019). Por el contrario, otros estudios afirman que, en condiciones socioeconómicas y de atención de la salud satisfactorias, la alta paridad no debe considerarse un factor de riesgo para presentar complicaciones en el embarazo (Skinner, 2018).

2.2.2.6 Control prenatal inadecuado.

El inadecuado control prenatal expresado en la primera visita tardía de la gestante y el número limitado de visitas, repercute directamente en el aumento de la prematuridad. Esto se confirma con el aumento de la tasa de prematuridad en mujeres embarazadas, especialmente en mujeres adolescentes embarazadas que no son controladas por su médico personal (Sameshima, 2019; Landon et al., 2018).

2.2.2.7 Antecedente de parto prematuro.

El principal factor de riesgo es el antecedente de parto prematuro con recurrencias que usualmente se presentan en la misma edad gestacional (Cunningham et al., 2019). Siendo el riesgo inversamente proporcional a la gestación que se produjo el parto anterior. Se estima el riesgo para el parto prematuro en 2,5 veces más de posibilidades de presentarse

después de un parto prematuro anterior. Si bien no se han dilucidado los factores persistentes que pueden explicar este riesgo residual, forma la base para la medición de la longitud del cuello uterino durante el embarazo (Lalani et al., 2021).

2.2.2.8 Cesárea anterior.

La cesárea anterior es considerada como factor de riesgo en el parto prematuro. La cesárea asocia con un mayor riesgo de ruptura uterina comparado con un parto vaginal. Sin embargo, la asociación propuesta solo se ha investigado en unos pocos estudios (Lalani et al., 2021). Sin embargo, a pesar de estas observaciones, la vía fisiopatológica hacia el parto prematuro después de una cesárea previa sigue sin estar clara. El mayor riesgo de parto prematuro podría atribuirse a la presencia de la cicatriz de la cesárea (Landon et al., 2018). Las vías posibles incluyen implantación placentaria anormal, cambio del microambiente uterino con o sin aumento de la inflamación, interrupción o dehiscencia del tejido, función cervical afectada debido al daño cervical durante la cesárea anterior o estasis de líquido o sangre en el segmento uterino inferior que podría inducir la cascada que conduce al parto prematuro (Cunningham et al., 2019).

2.2.2.9 Infecciones.

La infección del tracto urinario o las infecciones genitales pueden generar una invasión microbiana en la cavidad amniótica y la subsecuente respuesta inflamatoria localizada. Esta última desencadenaría el parto prematuro a través de sus mediadores inflamatorios (Carvajal y Ralph, 2018).

Las infecciones en el embarazo se han asociado con trabajo de parto y nacimiento prematuros. Estos incluyen bacteriuria asintomática e infecciones del tracto genital (Carvajal y Ralph, 2018; Lalani et al., 2021).

Las pautas de práctica sugieren que se realice en el I trimestre un cultivo de la orina de todas las mujeres embarazadas con alto riesgo de bacteriuria asintomática.

Particularmente, la colonización del tracto genital con estreptococos del grupo B (GBS), *Chlamydia trachomatis*, vaginosis bacteriana (BV), *Neisseria gonorrhoea*, sífilis, *Trichomonas vaginalis*, especies de *Ureaplasma* y *Haemophilus influenzae* se han visto asociados con mayor riesgo de parto prematuro (Lalani et al., 2021).

2.2.2.10 Diabetes pregestacional.

La evidencia sugiere que las condiciones médicas preexistentes están asociadas con el parto prematuro (Landon et al., 2018), por lo que la diabetes preexistente parece estar más asociada (Pandey, 2021), ya que se ha demostrado que la medicación para esta patología, específicamente el uso de metformina influye en la ocurrencia de partos prematuros (Vigil y Olmedo, 2017).

2.2.2.11 Trastorno hipertensivo gestacional.

La hipertensión gestacional que resulta en preeclampsia o eclampsia es una causa importante de parto antes de las 37 semanas (Resnik et al., 2019). Existen reacciones adversas y complicaciones maternas, fetales y placentarias en las que justifica el parto prematuro tardío, se incluye la preeclampsia. El momento del parto en tales casos debe equilibrar los riesgos maternos y neonatales del parto prematuro tardío con los asociados con la continuación del embarazo (Sameshima, 2019).

2.2.2.12 Tabaquismo.

Hay muchos compuestos químicos que se encuentran en el humo del tabaco, aunque no se ha identificado ningún químico específico como responsable de cómo se confiere el riesgo dos veces mayor de parto prematuro (Lalani et al., 2021).

2.2.2.13 Gestación múltiple.

La proporción de embarazos múltiples concebidos espontáneamente sigue siendo baja; sin embargo, presentan mayor riesgo de parto prematuro (Carvajal y Ralph, 2018). El mayor riesgo sigue a la transferencia de múltiples embriones, aunque parece haber un aumento en el riesgo de embarazo multifetal monocigótico con blastocistos o técnicas de manipulación de embriones. Los gemelos conllevan un riesgo sustancial de parto prematuro de casi el 60 % y representan del 15 al 20 % de todos los partos prematuros (Lalani et al., 2021).

La sobredistensión uterina es el mecanismo detrás de la iniciación del trabajo de parto prematuro. Además, posiblemente los embarazos gemelares se vean complicados por afecciones maternas como hipertensión, preeclampsia y diabetes gestacional que requieren un parto prematuro iatrogénico (Carvajal y Ralph, 2018; Lalani et al., 2021).

2.2.2.14 Cuello uterino corto.

Las mujeres con un cuello uterino corto, evidenciado por medio de la ecografía transvaginal entre la semana 16 y 28 de gestación, tienen una relación inversa con el riesgo de parto prematuro en bebés únicos y gemelos (Cunningham et al., 2019). Además, la dilatación cervical >1 cm previo a las 24 semanas se relaciona con mayor riesgo de parto prematuro (Lalani et al., 2021).

2.2.2.15 Hemorragia del primer trimestre.

El sangrado en el primer trimestre del embarazo no es infrecuente y se relaciona con mayor riesgo para trabajo de parto prematuro, desprendimiento de placenta y preeclampsia. Además, las mujeres con desprendimiento de placenta, placenta previa o que experimentan sangrado vaginal inexplicable después del primer trimestre tienen un mayor riesgo de parto prematuro (Lalani et al., 2021).

2.2.2.16 Hemorragias del segundo trimestre.

La anomalía más común que se observa en la patología placentaria de los partos prematuros son las lesiones vasculares, tanto en la circulación materna como fetal (Cunningham et al., 2019). La isquemia uteroplacentaria causada por la falla del cambio fisiológico en las arterias espirales (similar a la patogenia de la preeclampsia y la restricción del crecimiento intrauterino) se ha demostrado en gestantes con trabajo de parto prematuro (Skinner, 2018).

Además, se han notificado casos anormales de velocimetría Doppler de la arteria uterina en mujeres con trabajo de parto prematuro aparentemente idiopático (Norman y Henry, 2017). La decidua es una rica fuente de factor tisular que es el principal iniciador de la coagulación y la activación de la trombina, la necrosis decidual y la hemorragia pueden activar los mecanismos del parto a través de la producción de trombina que estimula la contractilidad uterina de manera dosis-dependiente. Esto explica la asociación clínica entre hemorragia del segundo trimestre y parto prematuro (Lalani, et al., 2021).

2.3. Bases filosóficas

La ciencia y arte médica tuvo una evolución a través del tiempo, sufriendo muchos cambios siendo influido por las costumbres, observación y el fenómeno divino de los primeros pensadores, hasta llegar al razonamiento lógico y científico que caracteriza a la medicina moderna (Graña-Aramburú, 2015).

La actitud socrática, siendo generoso con el paciente con el actuar y agrandar capacidades, dedicando tiempo y conocimiento para su bienestar nos da un indicio de como formarnos, Platón por su parte nos incita a conocer el alma de los pacientes para comprenderlos y Aristóteles nos invita al pragmatismo para el beneficio del paciente. La

ética forma parte importante de nuestra profesión, Kant nos dice que el aceptar y cumplir es un deber que tenemos todos. Comte y su positivismo nos acercaron a lo científico ya que nos decía que lo medible era lo realmente confiable (Graña-Aramburú, 2015).

Esta investigación se basará en la corriente del positivismo de Augusto Comte, usaremos como base el método científico donde lo único válido para la obtención de la verdad es la visión científica, la descripción, análisis e interpretación serán nuestros pilares para tratar los datos y encontrar la asociación entre Factores de riesgo ginecobstétricos y Parto prematuro tardío, generando conocimiento producto de la investigación y que estos puedan reafirmar las teorías ya conocidas o diferir de ellas y generar un conocimiento nuevo, encontrando así no solo el conocimiento sino también la solución para el problema de salud que significa el parto prematuro tardío en nuestra localidad y a nivel nacional.

2.4. Definición de términos básicos

Prematuridad: ocurrencia de nacimiento previo a las 37 semanas de gestación. (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Parto prematuro: Expulsión del feto y la placenta previo a las 37 semanas de gestación (World Health Organization, 2018).

Parto prematuro tardío: Expulsión del feto y la placenta entre las 34 y antes de las 37 semanas de edad gestacional (Carvajal y Ralph, 2018).

Parto prematuro moderado: Expulsión del feto y la placenta entre la semana 32 y antes de las 34 semanas de gestación (Carvajal y Ralph, 2018).

Parto prematuro severo: Expulsión del feto y la placenta entre la semana 28 y antes de las 32 semanas de gestación (Carvajal y Ralph, 2018).

Parto prematuro extremo: Expulsión del feto y la placenta previo a las 28 semanas de gestación (Carvajal y Ralph, 2018).

Factores de riesgo: Aspecto, conducta, característica o estilo de vida que incrementa las probabilidades de desarrollar una patología (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Incidencia: número de casos nuevos de patologías en una población y tiempo determinado (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Edad materna mayor o igual de 35 años: embarazo en edad materna avanzada, gestación ocurrente de 35 años a más. (Donoso et al., 2014).

Edad materna menor de 20 años: embarazo adolescente, ocurrido específicamente entre los 10 y 19 años de edad (Fawed et al., 2016).

Rotura prematura de membranas: Ruptura espontanea de las membranas fetales previo a las 37 semanas completas y antes del comienzo de trabajo de parto. (Cunningham et al., 2019).

Nuliparidad: ausencia de ocurrencia de partos.

Gran multiparidad: mujer que tuvo de 5 a más partos durante toda su vida reproductiva. (Mgaya et al., 2013)

Atención prenatal: vigilancia y evaluación de la mujer embarazada y del feto, a partir del primer trimestre de gestación de manera idónea, con el propósito de identificar de manera oportuna aspectos de riesgo, además de brindar educación de autocuidado, estas atenciones deben de ser como mínimo en 6 oportunidades durante toda la gestación (Ministerio de Salud del Perú, 2013).

Cesárea: extracción del feto por histerotomía abdominal (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

Infecciones de tracto urinario: Respuesta inflamatorio del urotelio ante la invasión bacteriana, la cual por lo general se asocia a la presencia de bacteriuria, piuria y síntomas de incontinencia y disuria (Solano et al., 2020).

Diabetes: patología crónica desarrollada cuando el páncreas no produce de manera adecuada o suficiente la insulina, hormona que regula la concentración de glucosa sanguínea (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Trastorno hipertensivo gestacional: Conjunto de trastornos hipertensivos que incluyen a la preeclampsia, eclampsia, hipertensión crónica de cualquier etiología, preeclampsia sobreagregada a hipertensión crónica e hipertensión gestacional. (Cunningham et al., 2019).

2.5. Hipótesis de investigación

2.5.1. Hipótesis general

Hi: Existen factores de riesgo ginecobstétricos para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021.

2.5.2. Hipótesis específicas

H1: La incidencia de parto prematuro tardío en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021 se acerca a los valores encontrados a nivel nacional.

H2: La edad mayor a 35 años es un factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021.

H3: La edad menor a 20 años es un factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021.

H4: La ruptura prematura de membranas es un factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021.

H5: La nuliparidad es un factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021.

H6: La gran multiparidad es un factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021.

H7: Las atenciones prenatales menores a 6 es factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021.

H8: El antecedente de prematuridad es un factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021.

H9: La cesárea anterior es un factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021.

H10: La infección de tracto urinario es un factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021.

H11: La diabetes pregestacional es un factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho durante el en el año 2021.

H12: El trastorno hipertensivo gestacional es un factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021.

2.6. Operacionalización de las variables.

	VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES
Variable dependiente	Parto prematuro tardío	Parto ocurrido entre las 34 y antes de las 37 semanas de gestación.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Sí No
	Edad ≥ 35 años	Edad cronológica de la madre mayor a 35 años	Cualitativa	Ordinal	≥ 35 34-20
Variable independiente Factores ginecobstétricos	Edad < 20 años	Edad cronológica de la madre menor a 20 años	Cualitativa	Ordinal	34-20 < 20
	Ruptura prematura de membranas	Ausencia de continuidad de membranas amnióticas y expulsión de líquido amniótico por vía vaginal presente previo al trabajo de parto	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Sí No
	Nuliparidad	Mujer que no tuvo ningún parto previo	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Sí No
	Gran multiparidad	Mujer con 5 a más partos previos	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Sí No
	Atenciones prenatales < 6	Cantidad de atenciones prenatales durante el embarazo insuficientes.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Sí No
	Antecedente de prematuridad	Parto prematuro previo.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Sí No

	VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES
Variable independiente Factores ginecobstétricos	Cesárea anterior	Cesárea previa a la gestación actual	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Sí No
	Infección de tracto urinario	Infección urinaria basada en sedimento urinario y diagnóstico clínico	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Sí No
	Diabetes pre gestacional	Gestante con diagnóstico previo al embarazo Gestante con diagnóstico de hipertensión	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Sí No
	Trastorno hipertensivo gestacional	arterial a partir del segundo trimestre con Presión arterial sistólica ≥ 140 mmhg y diastólica ≥ 90 mmhg.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Sí No

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1. Diseño metodológico

Estudio observacional, retrospectivo, analítico de casos y controles.

Observacional: Porque nuestro objetivo fue observar y no intervenimos en la forma natural de los hechos.

Retrospectivo: Porque este estudio se realizó con acontecimientos pasados.

Casos y controles: Porque buscó contrastar la variable efecto en los grupos de casos y controles.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

Mujeres que acudieron para control del embarazo y atención de parto al Hospital Regional de Huacho desde enero hasta diciembre del año 2021 (2895 mujeres conforme al reporte de registros, de la cuales 146 mujeres presentaron parto prematuro tardío).

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Caso: Mujer de cualquier edad que presentó parto prematuro tardío y que cuenta con la información completa en sus historias clínicas.

Control: Mujer de cualquier edad que presentó parto a término y que cuenta con la información completa en sus historias clínicas

Criterios de exclusión

Caso: Mujer con parto prematuro menor a 34 semanas, a término, con óbito fetal o con información incompleta en las historias clínicas.

Control: Mujer con parto pretérmino, con óbito fetal o con información incompleta en las historias clínicas.

3.2.2. Muestra

El cálculo de la muestra se realizó mediante la fórmula para el estudio de caso y controles en el programa Epidat 4.2, considerando los siguientes parámetros:

$$n = \frac{\left[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{(c+1) \times p \times (1-p)} + Z_{1-\beta} \sqrt{c \times p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{c \times (p_1 - p_2)^2}$$

$$OR = \frac{p_1(1-p_2)}{p_2(1-p_1)}$$

Parámetros:

$Z_{1-\alpha/2}$: 1.96 : Nivel de confianza 95%.

$Z_{1-\beta}$: 0.84 : Poder de la prueba 80%.

OR: 2.433 : Riesgo del evento en los casos

p_1 : 0.407 : Proporción esperada del factor (infección de tracto urinario)

en mujeres las cuales presentaron parto prematuro tardío.

p_2 : 0.220 : Proporción esperada del factor (infección de tracto urinario)

en mujeres las cuales no presentaron parto prematuro tardío.

c : 1 : Número de controles por cada caso.

n : 96 : Tamaño de la muestra por cada grupo (casos y controles).

De acuerdo a la relación entre grupos 1 a 1, la muestra será definida por dos grupos, para poder realizar las pruebas estadísticas:

Grupo caso: $n_1 = 96$ Mujer de cualquier edad que presentó parto prematuro tardío

Grupo control: $n_2 = 96$ Mujer de cualquier edad que presentó parto a término

El tipo de muestreo fue probabilístico y la muestra se seleccionó a través del muestreo aleatorio simple en cada una de las historias clínicas de las madres con y sin parto pretérmino tardío con las características descritas durante el periodo de estudio.

3.3. Técnicas de recolección de datos

Se utilizó la revisión documental como técnica de recolección de datos los que se tomaron en una ficha de recolección que se constituirá como el instrumento apropiado, se tomó información necesaria de las variables inmersas en el estudio:

Datos generales: Identificación (número de historia clínica) y edad gestacional.

Parto prematuro tardío: Sí/No

Factores ginecobstétricos: Esta sección estuvo conformada por la edad materna mayor a 35 años, edad menor a 20 años, ruptura prematura de membranas, nuliparidad, gran multiparidad, atenciones prenatales menores a 6, antecedente de prematuridad, cesárea anterior, infección de tracto urinario, diabetes pre gestacional y trastorno hipertensivo gestacional.

3.4. Técnicas para el procedimiento de la información

Se diseñó y elaboró la base de datos utilizando el programa SPSS 25, el cual pasó por la correspondiente consistencia de registros, es decir se seleccionaron y depuraron registros que no cumplieron los criterios de selección. Finalmente, se realizó el siguiente análisis estadístico.

Análisis univariado

Para describir a las variables cualitativas se realizó cálculos y análisis univariados de frecuencias absolutas y relativas.

Análisis bivariado

Para definir los factores de riesgo ginecobstétricos para parto prematuro tardío se aplicó mediante análisis bivariado la prueba estadística Chi cuadrado además para evaluar el riesgo de cada variable se determinó el Odds Ratio, habiendo considerado la significancia del 5%, donde $p < 0.05$ será considerado significativo.

Finalmente, para presentar los resultados se emplearon tablas, tanto simples como dobles, además de gráficos como el de barras y/o circular dependiendo de la operacionalización de las variables. Se usó Microsoft Excel 2019.

CAPITULO IV: RESULTADOS

En el servicio de ginecología del Hospital Regional de Huacho desde enero a diciembre del año 2021 se presentaron 2895 partos, de los cuales 146 fueron partos prematuros tardíos, se seleccionaron 192 pacientes (96 casos y 96 controles) para el estudio y procesamiento de datos.

Tabla 1. Características de la muestra en las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2021

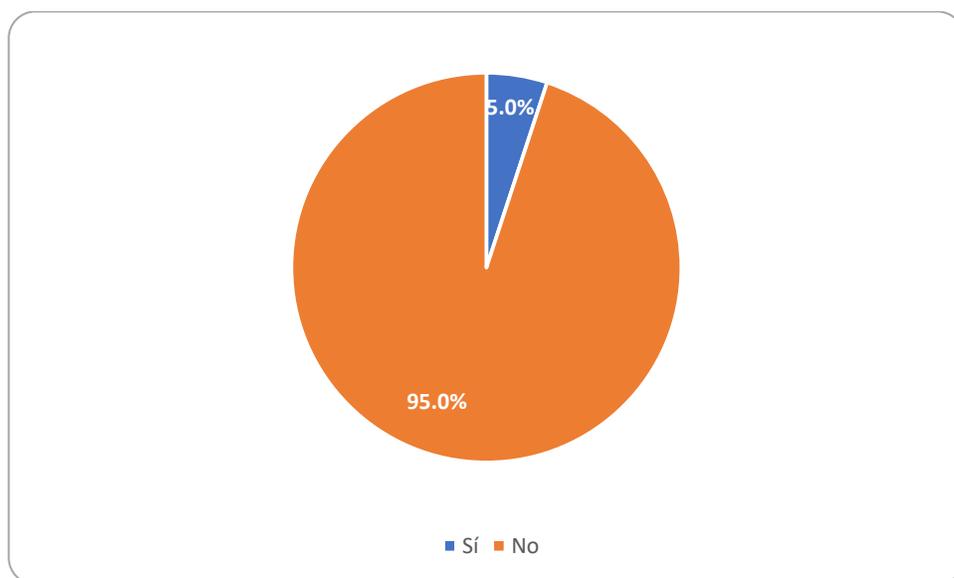
Características obstétricas		
Edad ($\bar{x} \pm DS$)		26.7 \pm 2.8
Nuliparidad	N	%
Sí	53	27.6%
No	139	72.4%
Gran multiparidad		
Sí	3	1.6%
No	189	98.4%
Ruptura prematura de membranas		
Si	52	27.1%
No	140	72.9%
Atenciones prenatales <6		
Si	65	33.9%
No	127	66.1%
Antecedente de prematuridad		
Si	40	20.8%
No	152	79.2%
Cesárea anterior		
Si	49	25.5%
No	143	74.5%
Infección de tracto urinario		
Si	99	51.6%
No	93	48.4%
Diabetes pregestacional		
Si	1	0.5%
No	191	99.5%
Trastorno hipertensivo gestacional		
Si	14	7.3%
No	178	92.7%
Total	192	100%

\bar{x} : Media, DS: Desviación estándar

Origen de datos: Historias clínicas - Hospital Regional de Huacho, año 2021.

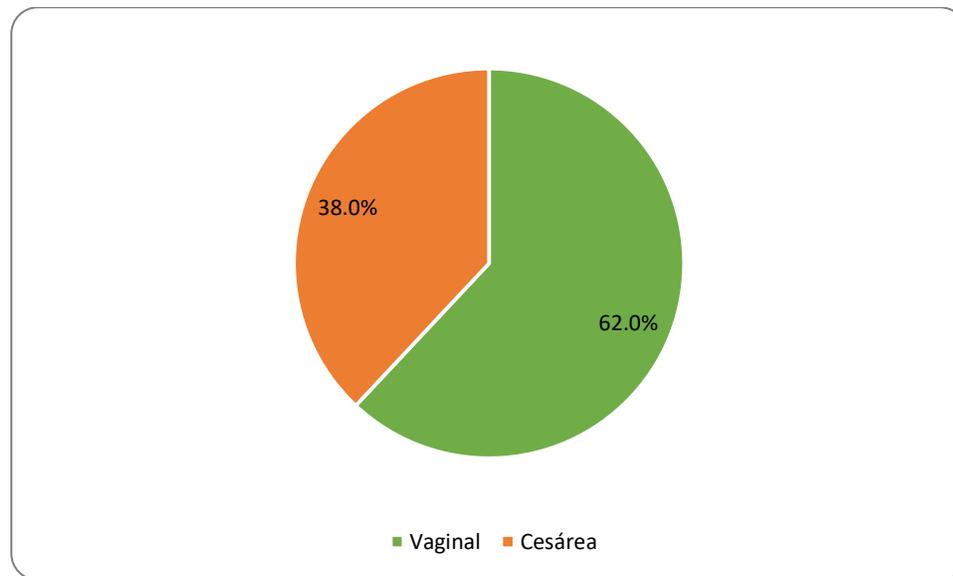
La tabla 1 representa la edad promedio de las mujeres en 26.7 ± 2.8 años, además el 27.6% fueron nulíparas, solo el 1,6% gran multíparas, el 27.1% presentó ruptura de membranas, el 33.9% realizó menos de 6 atenciones prenatales, el 20.8% presentó antecedente de prematuridad, el 25.5% tuvo una cesárea anterior, el 51.1% padeció de infección de tracto urinario y el 7.3% de trastorno hipertensivo gestacional. Cabe mencionar, que solo una gestante presentó diabetes pre gestacional.

Figura 1. Parto prematuro tardío en las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2021.



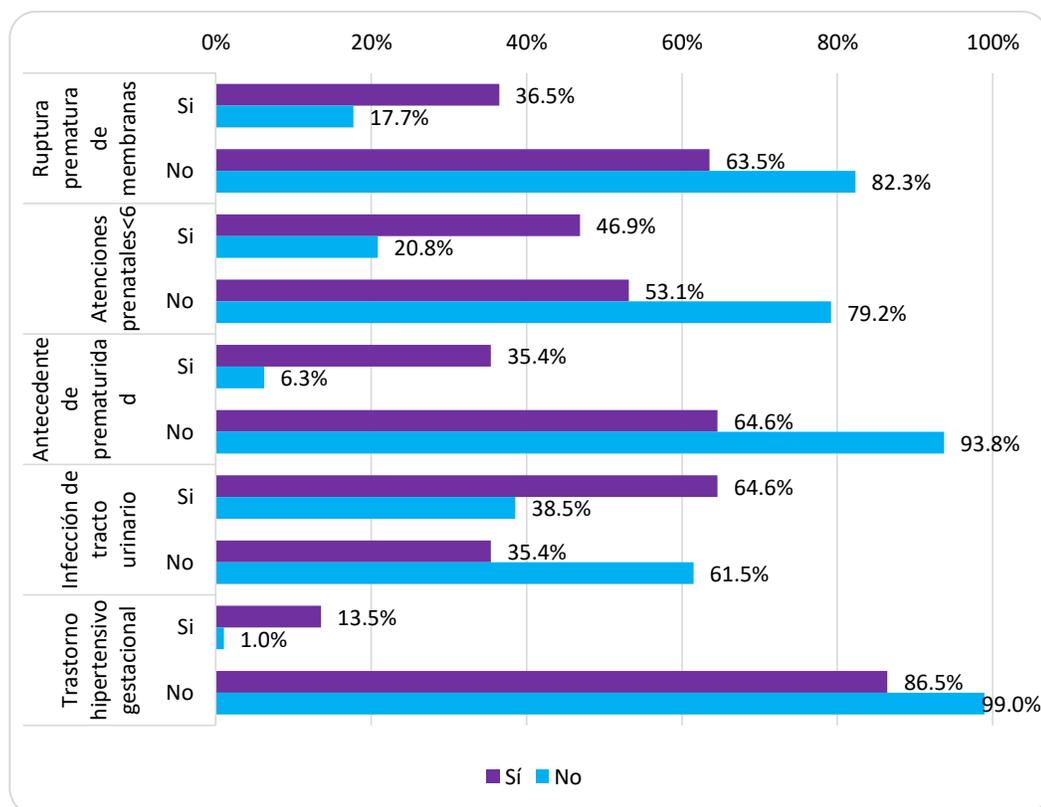
La figura 1 nos indica que solo el 5% de mujeres atendidas en Hospital Regional de Huacho presentaron parto prematuro pretérmino tardío. De acuerdo a las estadísticas del Hospital 146 del total de 2895 partos presentaron parto prematuro tardío.

Figura 2. Tipo de parto de mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2021



La figura 2 nos indica que el 38% de mujeres fueron cesareadas, mientras que el 62% realizó parto vaginal.

Figura 3. Factores ginecobstétricos y parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2021.



La figura 3 nos indica que de las mujeres que presentaron parto prematuro tardío (casos), el 36.5% presentó ruptura prematura de membrana, el 46.9% realizó menos de 6 atenciones prenatales, el 35.4% presentó antecedente de prematuridad, el 64.6% infección de tracto urinario y el 13.5% trastorno hipertensivo gestacional. Por otro lado, aquellas que no tuvieron parto prematuro tardío (controles), no presentaron ruptura prematura de membrana (82.3%), realizaron más de 6 atenciones prenatales (79.2%), no presentaron antecedente de prematuridad (93.8%), ni infección de tracto urinario (61.5%), ni trastorno hipertensivo (99%).

4.1. Incidencia de parto prematuro tardío en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2021.

Tabla 2. Incidencia del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2021.

Año	Total de mujeres atendidas	Total de mujeres con parto prematuro tardío	Incidencia
2021	2895	146	5.04%

Origen de datos: Historias clínicas - Hospital Regional de Huacho, año 2021

$$\begin{aligned}
 \text{Incidencia} &= \frac{\text{Número existente de casos en un tiempo en específico}}{\text{Población en general en un punto en el tiempo}} \\
 &= \frac{146}{2895} \times 100\% = 5.04
 \end{aligned}$$

En la tabla 2 evidenciamos que, de estas 2895 mujeres atendidas, se cuenta con una incidencia de parto prematuro tardío del 5.04% (146) en el año 2021.

4.2. Edad mayor a 35 años es un factor de riesgo para parto prematuro tardío.

Tabla 3. Edad mayor a 35 años y parto prematuro tardío atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2021.

Edad ≥35 años	Parto prematuro tardío		Total
	Si	No	
Si	16 (55.2%) (8.3%)*	13 (44.8%) (6.8%)*	29 (100%) (15.1%)*
No	80 (49.1%) (41.7%)*	83 (50.9%) (43.2%)*	163 (100%) (84.9%)*
Total	96 (50.0%)*	96 (50.0%)*	192 (100%) (100%)*

OR: 1.277 IC95%: 0.577 – 2.824 Valor de p: 0.545
 Origen de datos: Historias clínicas - Hospital Regional de Huacho, año 2021
 OR: Odds Ratio, IC95: Intervalo de confianza al 95%, *: Porcentajes de celda

La tabla 2 muestra 96 casos y 96 controles los cuales serán usados en el análisis inferencial de la variable parto prematuro tardío, 55.2% (16) de los expuestos y 49.1% (80) de los no expuestos se consideran como casos, consecuentemente se obtuvo OR = 1.277 con IC95% desde 0.577 a 2.824, valor de p = 0,545 basado en el análisis del chi cuadrado. Los resultados no se consideran estadísticamente significativos.

4.3. Edad menor a 20 años es un factor de riesgo para parto prematuro tardío.

Tabla 4. Edad menor a 20 años y parto prematuro tardío atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2021.

Edad < 20 años	Parto prematuro tardío		Total
	Si	No	
Si	13 (44.8%) (6.8%)*	16 (55.2%) (8.3%)*	29 (100%) (15.1%)*
No	83 (50.9%) (43.2%)*	80 (49.1%) (41.7%)*	163 (100%) (84.9%)*
Total	96 (50.0%)*	96 (50.0%)*	192 (100%) (100%)*

OR: 0.783 IC95%: 0.354 – 1.732 Valor de p: 0.545
 Origen de datos: Historias clínicas - Hospital Regional de Huacho, año 2021
 OR: Odds Ratio, IC95: Intervalo de confianza al 95%, *: Porcentajes de celda

En la tabla 4 muestra 96 casos y 96 controles los cuales serán usados en el análisis inferencial de la variable parto prematuro tardío, 44.8% (13) de los expuestos y 50.9% (83) de los no expuestos son considerados como casos, consecuentemente se tuvo un OR = 0.783, IC95% desde 0.354 a 1.732 y valor de p= 0,545 basado en análisis del chi cuadrado. Los resultados no se consideran estadísticamente significativos.

4.4. Ruptura prematura de membranas es un factor de riesgo para parto prematuro tardío.

Tabla 5. Ruptura prematura de membranas y parto prematuro tardío atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2021.

Ruptura prematura de membranas	Parto prematuro tardío		Total
	Si	No	
Si	35 (67.3%) (18.2%)*	17 (32.7%) (8.9%)*	52 (100%) (27.1%)*
No	61 (43.6%) (31.8%)*	79 (56.4%) (41.1%)*	140 (100%) (72.9%)*
Total	96 (50.0%)*	96 (50.0%)*	192 (100%) (100%)*

OR: 2.666 IC95%: 1.366 – 5.205 Valor de p: 0.003

Origen de datos: Historias clínicas - Hospital Regional de Huacho, año 2021

OR: Odds Ratio, IC95: Intervalo de confianza al 95%, *: Porcentajes de celda

La tabla 5 muestra 96 casos y 96 controles los cuales serán usados en el análisis inferencial de la variable parto prematuro tardío, 67.3% (35) de los expuestos y 43.6% (61) de los no expuestos son considerados como casos, consecuentemente se tuvo un OR= 2.666, IC95% desde 1.366 a 5.205 y valor de p= 0,003 basado en el análisis del chi cuadrado. Los resultados se consideran estadísticamente significativos.

4.5. Nuliparidad es un factor de riesgo para parto prematuro tardío.

Tabla 6. Nuliparidad y parto prematuro tardío atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2021.

Nuliparidad	Parto prematuro tardío		Total
	Si	No	
Si	21 (39.6%) (10.9%)*	32 (60.4%) (16.7%)*	53 (100%) (27.6%)*
No	75 (54.0%) (39.1%)*	64 (46.0%) (33.3%)*	139(100%) (72.4%)*
Total	96 (50.0%)*	96 (50.0%)*	192 (100%) (100%)*

OR: 0.560 IC95%: 0.294 – 1.066 Valor de p: 0.076
 Origen de datos: Historias clínicas - Hospital Regional de Huacho, año 2021
 OR: Odds Ratio, IC95: Intervalo de confianza al 95%, *: Porcentajes de celda

La tabla 6 muestra 96 casos y 96 controles los cuales serán usados en el análisis inferencial de la variable parto prematuro tardío, 39.6% (21) de los expuestos y 54.0% (75) de los no expuestos son considerados como casos, consecuentemente se obtuvo OR = 0.560, IC95% desde 0.294 a 1.066 y valor de p = 0,076 basado en el análisis del chi cuadrado. Los resultados no se consideran estadísticamente significativos.

4.6. Gran multiparidad es un factor de riesgo para parto prematuro tardío.

Tabla 7. Gran multiparidad y parto prematuro tardío atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2021.

Gran multiparidad	Parto prematuro tardío		Total
	Si	No	
Si	1 (33.3%) (0.5%)*	2 (66.7%) (1.0%)*	3 (100%) (1.6%)*
No	95 (50.3%) (49.5%)*	94 (49.7%) (49.0%)*	189(100%) (98.4%)*
Total	96 (50.0%)*	96 (50.0%)*	192 (100%) (100%)*

OR: 0.495 IC95%: 0.440 – 1.549 Valor de p: 0.561
 Origen de datos: Historias clínicas - Hospital Regional de Huacho, año 2021
 OR: Odds Ratio, IC95: Intervalo de confianza al 95%, *: Porcentajes de celda

La tabla 7 muestra 96 casos y 96 controles los cuales serán usados en el análisis inferencial de la variable parto prematuro tardío, 33.3% (1) de los expuestos y 50.3% (95) de los no expuestos son considerados como casos, consecuentemente se obtuvo OR = 0.495, IC95% desde 0.440 a 1.549 y valor de p= 0,561 basado en el análisis del chi cuadrado. Los resultados no se consideran estadísticamente significativos.

4.7. Atenciones prenatales menor a 6 es un factor de riesgo para parto prematuro tardío.

Tabla 8. Atenciones prenatales menor a 6 y parto prematuro tardío atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2021.

Atenciones prenatales <6	Parto prematuro tardío		Total
	Si	No	
Si	45 (69.2%) (23.4%)*	20 (30.8%) (10.4%)*	65 (100%) (33.9%)*
No	51 (40.2%) (26.6%)*	76 (59.8%) (39.6%)*	127 (100%) (66.1%)*
Total	96 (50.0%)*	96 (50.0%)*	192 (100%) (100%)*

OR: 3.353 IC95%: 1.777 – 6.327 Valor de p: 0.001

Origen de datos: Historias clínicas - Hospital Regional de Huacho, año 2021

OR: Odds Ratio, IC95: Intervalo de confianza al 95%, *: Porcentajes de celda

La tabla 8 muestra 96 casos y 96 controles los cuales serán usados en el análisis inferencial de la variable parto prematuro tardío, 69.2% (45) de los expuestos y 40.2% (51) de los no expuestos son considerados como casos, consecuentemente se obtuvo OR= 3.353, IC95% desde 1.777 a 6.327 y de un valor de p= 0,001 basado en el análisis del chi cuadrado. Los resultados se consideraron estadísticamente significativos.

4.8. Antecedente de prematuridad es un factor de riesgo para parto prematuro tardío.

Tabla 9. Antecedentes de prematuridad y parto prematuro tardío atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2021.

Antecedente de prematuridad	Parto prematuro tardío		Total
	Si	No	
Si	34 (85.0%) (17.7%)*	6 (15.0%) (3.1%)*	40(100%) (28.8%)*
No	62 (40.8%) (32.3%)*	90 (59.2%) (46.9%)*	152 (100%) (79.2%)*
Total	96 (50.0%)*	96 (50.0%)*	192 (100%) (100%)*

OR: 8.226 IC95%: 3.258 – 20.770 Valor de p: 0.001

Origen de datos: Historias clínicas - Hospital Regional de Huacho, año 2021

OR: Odds Ratio, IC95: Intervalo de confianza al 95%, *: Porcentajes de celda

La tabla 9 muestra 96 casos y 96 controles los cuales serán usados en el análisis inferencial de la variable parto prematuro tardío, 85.0% (34) de los expuestos y 40.8% (62) de los no expuestos son considerados como casos, consecuentemente se obtuvo OR= 8.226, IC95% desde 3.258 a 20.770 y valor de p = 0,001 basado en el análisis del chi cuadrado. Los resultados se consideran estadísticamente significativos.

4.9. Cesárea anterior es un factor de riesgo para parto prematuro tardío.

Tabla 10. Cesárea anterior y parto prematuro tardío atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2021.

Cesárea anterior	Parto prematuro tardío		Total
	Si	No	
Si	28 (57.1%) (14.6%)*	21 (42.9%) (10.9%)*	49 (100%) (25.5%)*
No	68 (47.6%) (35.4%)*	75 (52.4%) (39.1%)*	143 (100%) (79.2%)*
Total	96 (50.0%)*	96 (50.0%)*	192 (100%) (100%)*

OR: 1.471 IC95%: 0.765 – 2.829 Valor de p: 0.247

Origen de datos: Historias clínicas - Hospital Regional de Huacho, año 2021

OR: Odds Ratio, IC95: Intervalo de confianza al 95%, *: Porcentajes de celda

la tabla 10 muestra 96 casos y 96 controles los cuales serán usados en el análisis inferencial de la variable parto prematuro tardío, 57.1% (28) de los expuestos y 47.6% (68) de los no expuestos son considerados como casos, consecuentemente se obtuvo OR= 1.47, IC95% desde 0.765 a 2.829 y valor de p= 0,247 basado el análisis del chi cuadrado. Los resultados no se consideran estadísticamente significativos.

4.10. Infección de tracto urinario es un factor de riesgo para parto prematuro tardío.

Tabla 11. Infección de tracto urinario y parto prematuro tardío atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2021.

Infección de tracto urinario	Parto prematuro tardío		Total
	Si	No	
Si	62 (62.6%) (32.3%)*	37 (37.4%) (19.3%)*	99 (100%) (51.6%)*
No	34 (36.6%) (17.7%)*	59 (63.4%) (30.7%)*	93 (100%) (48.4%)*
Total	96 (50.0%)*	96 (50.0%)*	192 (100%) (100%)*

OR: 2.908 IC95%: 1.618 - 5.227 Valor de p: 0.001
 Origen de datos: Historias clínicas - Hospital Regional de Huacho, año 2021
 OR: Odds Ratio, IC95: Intervalo de confianza al 95%, *: Porcentajes de celda

La tabla 11 muestra 96 casos y 96 controles los cuales serán usados en el análisis inferencial de la variable parto prematuro tardío, 62.6% (62) de los expuestos y 36.6% (34) de los no expuestos son considerados como casos, consecuentemente se obtuvo OR= 2.908, IC95% desde 1.618 a 5.227 y valor de p= 0,001 basado en el análisis del chi cuadrado. Los resultados se consideran estadísticamente significativos.

4.11. Diabetes pregestacional es un factor de riesgo para parto prematuro tardío.

Tabla 12. Diabetes pregestacional y parto prematuro tardío atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2021.

Diabetes pregestacional	Parto prematuro tardío		Total
	Si	No	
Si	0 (0%) (0%)*	1 (100%) (0.5%)*	1 (100%) (0.5%)*
No	96 (50.3%) (50%)*	95 (49.7%) (49.5%)*	191 (100%) (99.5%)*
Total	96 (50.0%)*	96 (50.0%)*	192 (100%) (100%)*

OR: - IC95%: - Valor de p: -
 Origen de datos: Historias clínicas - Hospital Regional de Huacho, año 2021
 OR: Odds Ratio, IC95: Intervalo de confianza al 95%, *: Porcentajes de celda

En la tabla 12 no se pudo obtener un OR debido a la falta de datos para su análisis.

4.12. Trastorno hipertensivo gestacional es un factor de riesgo para parto prematuro tardío.

Tabla 13. Trastorno hipertensivo gestacional y parto prematuro tardío atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2021.

Trastorno hipertensivo gestacional	Parto prematuro tardío		Total
	Si	No	
Si	13 (92.9%) (6.8%)*	1 (7.1%) (0.5%)*	14 (100%) (7.3%)*
No	83 (46.6%) (43.2%)*	95 (53.4%) (49.5%)*	191 (100%) (92.7%)*
Total	96 (50.0%)*	96 (50.0%)*	192 (100%) (100%)*

OR: 14.880 IC95%: 1.906 – 116.180 Valor de p: 0.001

Origen de datos: Historias clínicas - Hospital Regional de Huacho, año 2021

OR: Odds Ratio, IC95: Intervalo de confianza al 95%, *: Porcentajes de celda

La tabla 13 muestra 96 casos y 96 controles los cuales serán usados en el análisis inferencial de la variable parto prematuro tardío, 92.9% (13) de los expuestos y 46.6% (83) de los no expuestos son considerados como casos, consecuentemente se obtuvo OR= 14.880, IC95% desde 1.906 a 116.180 y valor de p= 0,00 basado en el análisis del chi cuadrado. Estos resultados se consideran estadísticamente significativos.

CAPITULO V: DISCUSIÓN

5.1 Discusión de resultados

Según los hallazgos del estudio, la incidencia de parto prematuro tardío fue de 5% en el Hospital Regional de Huacho, cifra que se acerca a los valores identificados a nivel nacional. Ticona y Huanco (2019), identificaron una incidencia global de 4.7% en hospitales del Ministerio de Salud. Este vario entre 1.5% en el Hospital de Apoyo de Ica y 9.5% en el Hospital de Apoyo de Yarinacocha. Chipana et al. (2020), en el Hospital Hipólito Unanue determinaron una incidencia de prematuros tardíos de 6.05%. En Piura, Lozada (2018) identificó una incidencia de 8.04% de parto prematuro en el Hospital Nuestra Señora de las Mercedes - Paita. La tasa de nacimientos prematuros tardíos baja en el estudio podría indicar el progreso positivo que se ha logrado en la calidad de la atención de la salud materno-fetal.

En esta investigación se estableció que la edad mayor a 35 años no es factor de riesgo para parto prematuro tardío en las mujeres que fueron atendidas en el Hospital Regional de Huacho ($p=0.545$). Los resultados se comparan a los determinados por Younes et al. (2021), quienes identificaron que la edad materna avanzada (35-39 años), la edad materna extremadamente avanzada (≥ 45 años), no se consideraron significativos para parto prematuro tardío. Wagura et al. (2018), encontró resultados similares. Sin embargo, los resultados difieren a los reportados por Díaz-Rodríguez et al. (2021), quienes refirieron sobre la edad materna de 35 años (OR: 1.59; IC 95%: 0.92 – 2.71) y su asociación con parto prematuro. Younes et al. (2021) y Fuchs et al. (2018) evidenciaron hallazgos

parecidos. Este último evidenció además que la edad materna avanzada (40 años o más), en comparación con el grupo de referencia (30-34 años), se asoció con parto prematuro <37 semanas (OR: 1.20; IC 95%: 1.06-1.36).

El promedio de edad fue de 26.7 ± 2.8 y aproximadamente 16.7% dio a luz prematuramente. El número de mujeres que dieron a luz prematuramente en este sentido fue demasiado pequeño para mostrar una asociación significativa y relevante con el parto prematuro tardío, esto podría explicar los resultados.

La edad menor a 20 años no se consideró factor de riesgo para parto prematuro tardío ($p = 0.545$). De acuerdo a Ahumada et al. (2020), la edad no fue un factor de riesgo relevante con respecto a la prematuridad tardía. Lo mencionado contrasta a lo determinado por investigaciones anteriores donde si determinaron asociación entre estas variables. Díaz-Rodríguez et al. (2021), identificaron que aproximadamente el 20% de las madres menores de 20 años dieron a luz a término, mientras que el 14% tuvo partos prematuros, y esta diferencia fue significativa (OR: 0.65; IC 95%: 0.47 – 0.89; $p = 0.007$). Así mismo, Fuchs et al. (2018) especificaron que, en las mujeres menores de 24 años, el parto prematuro fue significativamente más frecuente en comparación con el grupo de referencia (30-34 años). Mientras que Lozada (2018), señaló que la edad adolescente era factor de riesgo para desarrollar un parto pretérmino (OR= 8.843, $p < 0.001$).

Según los resultados del estudio la ruptura prematura de membrana es un factor de riesgo para parto prematuro tardío (OR= 2.666; IC95%: 1.366-5.205). Los hallazgos coinciden con los determinados en investigaciones anteriores. Al respecto, Krussen et al.

(2020), determinaron a la ruptura prematura de membrana como factor de riesgo para desarrollar parto prematuro tardío (OR = 4.98; IC95%: 2.66-9.31). De la misma, manera Díaz-Rodríguez et al. (2021), indicaron a la ruptura prematura de membranas como factor asociado a parto prematuro (OR:1.75; IC 95%: 1.16 – 2.63). Hallazgos similares fueron dados por Ortiz (2019) y Wagura et al. (2018), quienes también informaron que aproximadamente el 27% de las madres que tuvieron parto prematuro y el 8 % de las que dieron a luz a término tenían antecedentes de RPM durante más de 18 h.

La nuliparidad no se consideró factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho ($p= 0.076$). Los resultados son similares a los reportados por Guadalupe y Oshiro (2017). Sin embargo, son contrarios a los presentados en otras investigaciones. Por ejemplo, Razeq et al. (2017), identificaron que la nuliparidad se asoció con un aumento de 1,6 en la probabilidad de dar a luz a un recién nacido prematuro. Koullali et al. (2020), señalaron a las mujeres nulíparas con el mayor riesgo de realizar parto prematuro (OR: 2.15; IC 95 % : 1.98–2.3). Es posible que la falta de asociación entre las variables se deba a la menor frecuencia de nuliparidad en la población de estudio o a que la muestra no fue lo suficientemente grande para detectar tales asociaciones.

La gran multiparidad no se consideró factor de riesgo para parto prematuro tardío ($p= 0.561$). En esta línea, Ahumada et al. (2020) no evidenció asociación relevante y significativa con la multiparidad y parto prematuro tardío. Sin embargo, Wagura et al. (2018), identificaron que las mujeres con una paridad de 4 o más tenían casi 5 veces más probabilidades de tener un parto prematuro en comparación con aquellas con una paridad <

4 (OR: 4.709; $p = 0.019$). Se explica además que es probable que una alta paridad aumente el riesgo de parto prematuro debido a cambios uterinos como el estiramiento del miometrio de embarazos anteriores. Algunas de las madres con alta paridad también pueden haber tenido una mala historia obstétrica que puede deberse a factores no identificados que pueden persistir en embarazos posteriores.

Según los hallazgos del estudio, las atenciones prenatales menores a 6 es factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho (OR:3.353; IC 95%:1.777-6.327). Varios estudios relacionan a la prematuridad con una atención prenatal insuficiente. En el estudio de Razeq et al. (2017), se evidenció un riesgo de aproximadamente 4 veces mayor de partos prematuros en gestantes sin atención prenatal. El riesgo fue significativamente menor en el grupo que realizó visitas prenatales. Garcia (2018), encontró la asociación del control prenatal insuficiente y parto prematuro (OR: 2.32; IC95%:1.07–5.00). Krussen et al. (2020) identificaron relación significativa del control prenatal inadecuado y parto pretérmino (OR: 2.20; IC95% 1.41-3.40; $p<0.001$). se especificó además que 9 gestantes no asistieron a consultas de prenatal, siete de ellas eran madres de prematuros, dando como resultado un 5% de gestantes con partos prematuros sin ningún control prenatal.

El antecedente de prematuridad se consideró un factor de riesgo para parto prematuro tardío (OR: 8.226; IC95%: 3.258-20.770). Los resultados son comparables a los evidenciados por Younes et al. (2021), quienes identificaron que el antecedente de parto pretérmino fue un predictor de parto prematuro tardío en gestantes (ORa: 3.5; IC 95 %: 2.48–4.94). Díaz-Rodríguez et al. (2021), encontraron al antecedente de parto pretérmino

fue como factor de riesgo para parto prematuro en el embarazo actual (OR: 3.29; IC 95%: 2.37 - 4.56). Mientras que Patil y Patil (2017), consideraron que el antecedente de parto prematuro fue el factor de riesgo más fuerte para parto prematuro tardío (OR: 26.98; $p < 0.001$). El antecedente de prematuridad en su papel de factor de riesgo ginecoobstétrico en el parto prematuro tardío puede estar relacionado con la susceptibilidad genética al parto prematuro (Strauss, y otros, 2018). También puede deberse a la persistencia de factores no identificados, como obesidad en algunas mujeres que precipitan el parto.

La cesárea anterior no se consideró factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho ($p = 0.247$). Hallazgos que difiere a los reportados por Krussen et al. (2020), quienes refirieron que la cesárea anterior fue factor de riesgo para desarrollar parto prematuro tardío (OR: 2.74; IC95% : 1.69-4.44; $p \leq 0.001$). Razeq et al. (2017), también refirió que la tasa de antecedente de cesárea, tanto planificada como de emergencia, entre los recién nacidos prematuros fue notablemente alta (46,4%). Por el contrario, Wagura et al. (2018), informaron que las mujeres con antecedente de cesárea tenían casi dos veces (OR 1.832; $p < 0.001$) más probabilidad de desarrollar parto prematuro.

De acuerdo al resultado del estudio la infección de tracto urinario es un factor de riesgo para parto prematuro tardío (OR: 2.908; IC 95%: 1.618-5.227). Resultados similares a los evidenciados por Krussen et al. (2020), quienes también refirieron que 7.1% de pacientes con parto prematuro tardío presentaron infección bacteriana de ellas el 91.3% presentaron infección urinaria. Ortiz (2019), consideró a la infección urinaria como factor de riesgo para parto prematuro (OR: 2.9048; IC95% : 1.4767 - 5.714). Resultado similar

reportó García (2018). Mientras que Wagura et al. (2018), también mencionaron que el 47.5% de las madres del grupo de prematuros informaron haber tenido ITU o sensación de ardor al orinar durante el embarazo, se evidenció asociación entre ambas variables ($p < 0.05$). Sin embargo, el resultado es diferente al reportado por Ahumada et al. (2020), quienes no identificaron asociación de infección urinaria y parto prematuro tardío.

En relación al factor diabetes pregestacional, no se pudo calcular esta variable pues ninguno de los grupos contó con pacientes con esta afección en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021, por tanto, no fue posible realizar la comparación. Ahumada et al. (2020) no encontró relación entre la diabetes gestacional y el parto prematuro tardío. Resultados compartidos por Krussen et al. (2020).

El trastorno hipertensivo gestacional se consideró un factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho (OR: 14.880; IC95%: 1.906-116.180). Los resultados tienen concordancia con lo reportado por Cao et al. (2022), quienes demostraron que existe asociación entre los trastornos hipertensivos y el parto prematuro. Además, se observó que los OR para parto prematuro aumentaron en las que tenían hipertensión gestacional (OR: 2.700; IC 95%: 2.672–2.729). Ahumada et al. (2020), describieron que el diagnóstico de preeclampsia estaba asociado al parto prematuro tardío (RR = 7.30; IC95% : 4.17-12.82, $p=0.000$). así mismo, un metaanálisis de 9 estudios reveló que los trastornos hipertensivos siguen siendo un factor principal en el riesgo de parto prematuro (Mulualet al., 2019). Estudios en China corroboran esta afirmación (Jiang et al., 2018; Lu et al., 2018). Esto sugiere que es probable que la relación entre los

trastornos hipertensivos y el parto prematuro tardío se mantenga de forma significativa durante el embarazo.

El mecanismo que explica asociación del trastorno hipertensivo y el parto prematuro tardío podría estar relacionada con la reducción significativa de la concentración sanguínea y el volumen sanguíneo a consecuencia de la afección hipertensiva, además de la disminución de la perfusión sanguínea del lecho placentario y la aterosclerosis aguda, lo que hace que las mujeres embarazadas sean propensas al desprendimiento de la placenta y al parto prematuro (Koullali et al., 2020).

El perfil de riesgo del parto prematuro tardío es multifactorial. Teniendo en cuenta el escenario mencionado, el reconocimiento de los factores de riesgo es el paso más importante y fundamental para el desarrollo de estrategias de intervención con la finalidad de reducir el número de partos prematuros y sus consecuencias.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

1. La incidencia de parto prematuro tardío encontrada en el presente estudio fue de 5% en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021.

2. La ruptura prematura de membrana, las atenciones prenatales menores a 6, antecedente de prematuridad, infección de tracto urinario y trastorno hipertensivo gestacional fueron factores de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021.

3. La edad mayor a 35 años, edad menor a 20 años, nuliparidad, gran multiparidad, cesárea anterior y diabetes pre gestacional en el presente estudio no son factor de riesgo para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021.

6.2 Recomendaciones

Se sugiere que en la atención prenatal se refuercen las intervenciones destinadas a prevenir parto prematuro tardío, donde principalmente se consideren madres con antecedente de prematuridad, infección de tracto urinario y trastorno hipertensivo gestacional trastornos hipertensivos. Además de ruptura prematura de membranas y atenciones prenatales insuficientes para que de manera oportuna se pueda prevenir un posible parto prematuro. El control de la presión arterial alta es especialmente importante para mantener el flujo sanguíneo fetal.

Se sugiere la promoción de consultas preconceptionales, donde se puedan reconocer con antelación los factores asociados a parto prematuro tardío, además de reforzar o diseñar intervenciones para prevenir este evento adverso.

Se recomienda replicar este estudio en los próximos años para comparar tendencias a lo largo del tiempo e identificar cambios en las estimaciones de nacimientos prematuros. Además, se recomienda un estudio longitudinal para dar seguimiento a los recién nacidos prematuros porque sería muy beneficioso identificar los resultados a largo plazo y las necesidades de salud de los bebés que sobreviven a la prematuridad.

REFERENCIAS

Fuentes documentales

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (2019). Boletín epidemiológico del Perú: Situación epidemiológica del 10 al 16 de noviembre.

Ministerio de Salud , Lima.

García, D. (2018). *Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla en el periodo Junio 2016 – Junio 2017*. (Tesis), Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana, Lima.

Gonzales, V. (2017). Factores asociados a la presencia de morbilidad en recién nacidos prematuros tardíos Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017. (Tesis), Universidad San Martín de Porres, Lima.

Huarcaya, R. (2017). Relación entre el exceso de peso pregestacional y el parto pretérmino en madres jóvenes atendidas en el Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé; enero - agosto 2016. (Tesis), Universidad Nacional Mayor de San Marcos , Facultad de Medicina, Lima.

Instituto Nacional Materno Perinatal. (2020). Análisis de la situación de salud hospitalaria. Ministerio de Salud , Lima.

León , M., y Lucas , F. (2018). Factores asociados a parto prematuro en gestantes, hospital regional de Huacho, 2016-2017. Huaraz. (Tesis), Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo.

Lozada, H. (2018). Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita - 2017. (Tesis), Universidad Nacional de Piura, Facultad de Ciencias de la Salud, Piura.

Ministerio de Salud del Perú. (2013). Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna. NTS N°105-MINSA/DGSP.V.01. Resolución Ministerio N° 824-2013/MINSA

Ortiz, P. (2019). Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en madres atendidas en el Hospital San José del Callao 2017. (Tesis), Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Obstetricia y Enfermería, Lima.

Paredes, M. (2019). Factores de riesgo materno asociados a parto prematuro en el Hospital Regional "Manuel Nuñez Butron"-Puno, enero-Diciembre 2018. (Tesis), Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de Medicina Humana, Puno.

Quispe, C. (2017). Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima. Julio-diciembre 2016. (Tesis de grado), Universidad Nacional Jorge Basadre Gromann.

Fuentes bibliográficas

Carvajal, J., y Ralph, C. (2018). Manual de Obstetricia y Ginecología. Chile: Novena edición.

Cunningham, G., Leveno, K., Bloom, S., Dashe, J., Hoffman, B., Casey, B., y Spong, C. (2019). Williams Obstetricia (Vol. vigesimoquinta edición). México: McGraw-Hill Interamericana.

Lalani, Z., Wanyonyi, S., y Muteshi, C. (2021). Common obstetric conditions. Estados Unidos: GLOWM.

Landon, M., Driscoll, D., Jauniaux, E., Galan, H., Grobman, W., y Berghella, V. (2018). Gabbe's Obstetrics Essentials: Normal & Problem Pregnancies. Filadelfia : Elsevier Health Sciences.

Lowdermilk, D., Cashion, M., Perry, S., Alden, K., y Olshansky, E. (2019). *Maternity and Women's Health Care*. Estados Unidos: Elsevier Health Sciences.

Mgaya, A. H., Massawe, S. N., Kidanto, H. L., & Mgaya, H. N. (2013). Grand multiparity: is it still a risk in pregnancy?. *BMC pregnancy and childbirth*, 13(1), 1-8.

Norman, A., y Henry, H. (2017). *Hormones*. California: Academic Press.

Pandey, H. (2021). *High Risk Pregnancy y Delivery*. India : Jaypee Brothers Medical Publishers.

Resnik, R., Lockwood, C., Moore, T., Greene, M., Copel, J., y Silver, R. (2019). *Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice E-Book*. Estados Unidos: Elsevier Health Sciences.

Sameshima, H. (2019). *Preterm Labor and Delivery*. Singapore: Springer Nature.

Skinner, M. (2018). *Encyclopedia of Reproduction*. Washington : Academic Press.

Winn, H., Chervenak, F., y Romero, R. (2021). *Clinical Maternal-Fetal Medicine*. New York: CRC Press.

Fuentes hemerográficas

Ahumada, J., Barrera, A., Canosa, D., Cárdenas, L., Uriel, M., Ibañez, E., y Romero, X. (2020). Factores de riesgo de parto pretérmino en Bogotá D.C., Colombia. *Rev Fac Med*, 68(4), 556-563. DOI: 10.15446/revfacmed.v68n4.79702.

Ayala, F., Guevara, E., Rodriguez, M., Ayala, R., Quiñonez, L., Ayala, D., et al. (2016). Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica. *Rev Peru Investig Matern Perinat*; 5(2):9-15.

Cao, X., Zu, D., & Liu, Y. (2022). Effects of Interaction Between Gestational Hypertension and History of Preterm Birth on the Risk of Preterm Birth: An Analysis Based on

- the National Vital Statistics System Database. *Med Sci Monit*, doi: 10.12659/MSM.935094.
- Chavarría, L. (2019). Factores de riesgo relacionados con el parto prematuro en El Salvador. *Revista ALERTA*, 2(2), 144-152. DOI:10.5377/alerta.v2i2.7922.
- Chipana, M., Ticona, M., & Huanco, D. (2020). Incidencia y morbilidad en recién nacidos pretérminos tardíos en el Servicio de Neonatología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2017 – 2019. *Revista Médica Basadrina*, 14(1).
- Cubillo, A. (2021). Uso de corticoesteroides prenatales durante la labor de parto. *Revista Médica Sinergia*, 6(11), e78. DOI: 10.31434/rms.v6i11.708.
- Díaz-Rodríguez, A., Feliz-Matos, L., y Bienvenido, C. (2021). Risk factors associated with preterm birth in the Dominican Republic: a case-control study. *BMJ Open*, 11(12), e045399. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-045399.
- Donoso, E., Carvajal, J., Vera, C., Poblete, J. (2014). La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *Rev Med Chile*; 142: 168-174
- Fawed, O., Erazo, A., Carrasco, C., Gonzales, D., Mendoza, A., Mejía, M., et al. (2016). Complicaciones obstétricas en adolescents y mujeres adultas con o sin factores de riesgo asociados, Honduras 2016. *Archivos en Medicina*; 12(4): 1-7
- Fuchs, F., Monet, B., Ducruet, T., Chaillet, N., & Audibert, F. (2018). Effect of maternal age on the risk of preterm birth: A large cohort study. *PLoS One*, 13(1), doi: 10.1371/journal.pone.0191002.
- Graña-Aramburú, A. (2015). Filósofos que contribuyeron al progreso de la medicina. *Acta Med Per.*;32(1):41-49
- Guadalupe, S., & Oshiro, S. (2017). Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*.

- Gutiérrez, M. (2018). Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. *Rev Peru Ginecol Obstet*, 64(3), 405-413. DOI: 10.31403/rpgo.v64i2105.
- Huertas, E. (2018). Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. *Rev Perú Ginecol Obstet*, 64(3), 399-404. DOI: 10.31403/rpgo.v64i2104.
- Jiang, M., Mishu, M., Lu, D., & Yin, X. (2018). A case control study of risk factors and neonatal outcomes of preterm birth. *Taiwan J Obstet Gynecol*, 57(6), 814-818. doi: 10.1016/j.tjog.2018.10.008.
- Koullali, B., van Zijl, M., Kazemier, B., Oudijk, M., Mol, B., Pajkrt, E., y Ravelli, A. (2020). The association between parity and spontaneous preterm birth: a population based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*.
- Krusser, L., Zatti, H., Soncini, T., Dias, R., y Staudt, L. (2020). Maternal and fetal risk factors associated with late preterm infants. *Rev Paul Pediatr*, 38, e2018136. DOI: 10.1590/1984-0462/2020/38/2018136.
- Lu, C., Lin, J., Yuan, L., Zhou, J., Liang, K., Zhong, Q., & Huang, J. (2018). Pregnancy induced hypertension and outcomes in early and moderate preterm infants. *Pregnancy Hypertens*, 14, 68-71. doi: 10.1016/j.preghy.2018.06.008.
- Milián, I., Cairo, V., Negrín, M., Benavides, M., Pentón, R., y Marín, Y. (2019). Epidemiología del parto pretérmino espontáneo. *Acta Médica del Centro*, 13(3), 354-366.
- Mulualem, G., Wondim, A., & Woretaw, A. (2019). The effect of pregnancy induced hypertension and multiple pregnancies on preterm birth in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Res Notes*, 12(91), doi: 10.1186/s13104-019-4128-0.

- Ota, A. (2018). Manejo neonatal del prematuro: avances en el Perú. *Rev Perú Ginecol Obstet*, 64(3), 415-422. DOI: 10.31403/rpgo.v64i2106.
- Patil, S., y Patil, K. (2017). Analysis of risk factors of late preterm birth: A case-control study. *Indian J Health Sci Biomed Res*, 10, 283-287. DOI: 10.4103/kleuhsj.ijhs_350_16.
- Parodi, K., & José, S. (2018). Acortamiento cervical y su relación con parto pretérmino. *Rev Fac Cienc Med*, 26-35.
- Ramírez, K. (2018). Prevención de parto pretérmino. *Medicina Legal de Costa Rica Edición Virtual*, 35(1), 1-12.
- Razeq, N., Khader, Y., & Batieha, A. (2017). The incidence, risk factors, and mortality of preterm neonates: A prospective study from Jordan (2012-2013). *Turk J Obstet Gynecol*, 28-36. doi: 10.4274/tjod.62582.
- Robles, V., Rojas, S., & Thuel, M. (2020). Actualización en el manejo de labor de parto pre-término. *Revista Médica Sinergia*, 5(1), e330. DOI: 10.31434/rms.v5i1.330.
- Rodríguez, A., Hernández, E., Villafuerte, J., Mesa, Z., Hernández, Y., y López, A. (2019). Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. *Cienfuegos 2012. Medisur*, 17(4), 505-513.
- Serrano, C., Amezcuca, A., Gil, L., Roque, M., y González, E. (2019). Parto a través de rotura uterina posterior en una paciente con pesario de Arabin. *Ginecol Obstet Méx*, 87(3), 208-212. DOI: 10.24245/gom.v87i3.2652.
- Solano, A., Solano, A., Ramírez, X. Actualización del manejo de infecciones de las vías urinarias no complicadas. *Revista Médica Sinergia*; 5(2): e356

- Strauss, J., Romero , R., Gomez-Lopez, N., Haymond-Thorburg, H., Modi, B., Teves , M., & Pearson , L. (2018). Risk assessment and management to prevent preterm birth. *Am J Obstet Gynecol.*, 218(3), 294-314.
- Ticona, M., Huanco, D., Pacora, P., Ticona, D. (2016). Trascendencia de viabilidad del recién nacido tardío. *Rev. Latin. Perinat.* 19 (1), 37-44
- Vigil, G., Olmedo, J. (2017). Diabetes gestacional: conceptos actuales. *Ginecol Obstet Mex.*;85(6):380-390.
- Wagura, P., Wasunna, A., Laving, A., Wamalwa, D., y Ng'ang'a, P. (2018). Prevalence and factors associated with preterm birth at kenyatta national hospital. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(107), 1-8. DOI: 10.1186/s128 84-018-1740-2.
- Walani, S. (2020). Global burden of preterm birth. *Int J Gynecol Obstet*, 150(1), 31-33. DOI: 10.10027ijgo.13195.
- Williams, T., y Drake, A. (2019). Preterm birth in evolutionary context: A predictive adaptive response? *Phil Trnas R Soc*, 374, 1-9. DOI: 10.1098/rstb.2018 .0121.
- Younes, S., Samara, M., Al-Jurf, R., Nasrallah, G., Al-Obaidly, S., Salama, H., & Olukade, T. (2021). Incidence, Risk Factors, and Outcomes of Preterm and Early Term Births: A Population-Based Register Study. *Int J Environ Res Public Health*, 18(11).

Fuentes electrónicas

- Organizacion Mundial de la Salud. (2018). Nacimiento prematuros. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Organizacion Mundial de la Salud. (2021). Diabetes. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Organización Panamericana de la Salud. (2021). Cesárea . Obtenido de DeCS:

https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=2625&filter=ths_termall&q=cesarea

Organización Panamericana de la Salud. (2020a). Cerclaje Cervical . Obtenido de DeCS:

<http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>

Organización Panamericana de la Salud. (2020b). Factores de riesgo. Obtenido de DeCS:

<http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>

Organización Panamericana de la Salud. (2020c). Incidencia. Obtenido de DeCS:

https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=28583&filter=ths_termall&q=incidencia

a

World Health Organization . (2018). Preterm birth. Obtenido de WHO: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.

[w.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth).

ANEXOS

ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN

Factores de riesgo ginecobstétricos para parto pretérmino prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho - 2021

Fecha: ___/___/___

HCL: _____

A. Datos generales:

Edad gestacional: ____ semanas

B. Parto prematuro tardío:

Sí () No ()

Tipo de parto:

Vaginal () Cesárea ()

C. Factores ginecobstétricos

Edad: ____ años

 ≥ 35 años

Sí ()

No ()

< 20 años

Sí ()

No ()

Ruptura prematura de membranas: Sí () No ()

Paridad: _____

Nuliparidad:

Sí ()

No ()

Gran multiparidad:

Sí ()

No ()

Nro. atenciones prenatales: _____

Atenciones prenatales < 6:

Sí ()

No ()

Antecedente de prematuridad:

Sí ()

No ()

Cesárea anterior:

Sí ()

No ()

Infección de tracto urinario:

Sí ()

No ()

Diabetes pre gestacional:

Sí ()

No ()

Trastorno hipertensivo gestacional:

Sí ()

No ()

ANEXO N°2: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
TITULO: Factores de riesgo ginecoobstétricos para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el hospital regional de huacho – 2021.				
AUTOR: Sánchez Medrano, Carlos André.				
PROBLEMA GENERAL ¿Cuales son los factores de riesgo ginecoobstétricos para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021?	OBJETIVO GENERAL Determinar los factores de riesgo ginecoobstétricos para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021.	HIPOTESIS GENERAL H1: Existen factores de riesgo ginecoobstétricos para parto prematuro tardío en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021.	Variable dependiente Parto prematuro tardío	DISEÑO Estudio observacional, retrospectivo analítico de casos y controles.
PROBLEMAS ESPECIFICOS ¿Cuál es la incidencia de parto prematuro tardío? ¿La edad mayor a 35 años es un factor de riesgo para parto prematuro tardío? ¿La edad menor a 20 años es un factor de riesgo para parto prematuro tardío? ¿La ruptura prematura de membranas es un factor de riesgo para parto prematuro tardío? ¿La multiparidad es un factor de riesgo para parto prematuro tardío? ¿La gran multiparidad es un factor de riesgo para parto prematuro tardío? ¿Las atenciones prenatales menores a 6 es factor de riesgo para parto prematuro tardío? ¿El antecedente de prematuridad es un factor de riesgo para parto prematuro tardío? ¿La cesárea anterior es un factor de riesgo para parto prematuro tardío? ¿La infección de tracto urinario es un factor de riesgo para parto prematuro tardío? ¿La diabetes preecláptica es un factor de riesgo para parto prematuro tardío? ¿El trastorno hipertensivo gestacional es un factor de riesgo para parto prematuro tardío?	OBJETIVOS ESPECIFICOS Determinar la incidencia de parto prematuro tardío. Determinar si la edad mayor a 35 años es un factor de riesgo para parto prematuro tardío. Determinar si la edad menor a 20 años es un factor de riesgo para parto prematuro tardío. Determinar si la ruptura prematura de membranas es un factor de riesgo para parto prematuro tardío. Determinar si la multiparidad es un factor de riesgo para parto prematuro tardío. Determinar si la gran multiparidad es un factor de riesgo para parto prematuro tardío. Determinar si las atenciones prenatales menores a 6 es factor de riesgo para parto prematuro tardío. Determinar si el antecedente de prematuridad es un factor de riesgo para parto prematuro tardío. Determinar si la cesárea anterior es un factor de riesgo para parto prematuro tardío. Determinar si la infección de tracto urinario es un factor de riesgo para parto prematuro tardío. Determinar si la diabetes preecláptica es un factor de riesgo para parto prematuro tardío. Determinar si el trastorno hipertensivo gestacional es un factor de riesgo para parto prematuro tardío.	HIPOTESIS ESPECIFICAS H1: La incidencia de parto preecláptico en el Hospital Regional de Huacho en el año 2021 se acerca a los valores encontrados a nivel nacional. H2: La edad mayor a 35 años es un factor de riesgo para parto prematuro tardío. H3: La edad menor a 20 años es un factor de riesgo para parto prematuro tardío. H4: La ruptura prematura de membranas es un factor de riesgo para parto prematuro tardío. H5: La multiparidad es un factor de riesgo para parto prematuro tardío. H6: La gran multiparidad es un factor de riesgo para parto prematuro tardío. H7: Las atenciones prenatales menores a 6 es factor de riesgo para parto prematuro tardío. H8: El antecedente de prematuridad es un factor de riesgo para parto prematuro tardío. H9: La cesárea anterior es un factor de riesgo para parto prematuro tardío. H10: La infección de tracto urinario es un factor de riesgo para parto prematuro tardío. H11: La diabetes preecláptica es un factor de riesgo para parto prematuro tardío. H12: El trastorno hipertensivo gestacional es un factor de riesgo para parto prematuro tardío.	Variable independiente Incidencia Edad mayor 35 años Edad menor a 20 años Ruptura prematura de membranas Multiparidad Gran Multiparidad Atenciones prenatales menores a 6 Antecedente de prematuridad Cesárea anterior Infección de tracto urinario Diabetes gestacional Trastorno hipertensivo gestacional	POBLACION Mujeres que acuden para control del embarazo y atención de parto al Hospital Regional de Huacho durante el periodo enero a diciembre 2021. MUESTRA Grupo caso: n1 = 96 Mujer de cualquier edad que presentó parto prematuro tardío Grupo control: n2 = 96 Mujer de cualquier edad que presentó parto a término. RECOLECCION DE DATOS Técnica: Documental Instrumento: Ficha de recolección
ANÁLISIS Chi cuadrado, Odds Ratio				

ANEXO 3: ACCESO A LA REVISIÓN DE HISTORIAS CLINICAS



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA	
DOC.	3597399
EXP.	2254320

Huacho, 19 de Mayo del 2022.

OFICIO N° 272-2022-GRL-DIRESA-HHHO-SBS/UDEI

DRA. BURGA UGARTE INDIRA GIOVANNA
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION
Presente.-

ASUNTO : AUTORIZACIÓN DE REVISIÓN DE HISTORIA CLÍNICAS

REF. : DOC N° 3570134 - EXP. 2254320



De nuestra consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, para saludarla cordialmente y a su vez remitirle la opinión favorable en la revisión de las Historias Clínicas del Proyecto de Investigación del estudiante **SANCHEZ MEDRANO CARLOS ANDRÉ**, identificado con DNI N° **75163624** para la realización de Tesis.

Las coordinaciones se harán directamente con el interesado sobre los días viables para la revisión de Historias Clínicas.

Sin otro particular, es todo cuanto informo a Usted para su conocimiento y fines que estime pertinentes.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL HUACHO - RED HUAYRA OYÓN
 Ing. Sist. María Ingrid Chafalón
 C.I. 24476593
 UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL HUACHO HUAYRA OYÓN y SBS
 Dra. INDIRA G. BURGA UGARTE
 JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

MCHCH fymca
 cc. Archivo

Unidad de Estadística e Informática

infomaticahosh@gmail.com

ANEXO 4: BASE DE DATOS

BASE DE DATOS .XLSX

Archivo Editar Ver Insertar Formato Datos Herramientas Ayuda Última modificación hace 5 minutos

100% € % .0_ .00 123 Calibri 11 B I U A

1	N°	FECHA	HCL	EDAD GESTACIONAL	¿PARTO PREMATURO?	SI	NO	TIPO DE PARTO	VAGINAL	CESAREA	EDAD	>35 años	SI	NO	<20 años	SI	NO	¿RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS?	SI	NO	PARIDAD	¿NULIPARIDAD?	SI	NO
2	1	5/1/2021	213985	36		x			x		19			x			x				x	1		
3	2	9/1/2021	477782	36		x			x		17			x			x				x	0		x
4	3	13.1.21	221813	36		x				x	22			x							x	2		
5	4	13.1.21	454878	36		x			x		32			x							x	4		
6	5	17.01.21	483531	35		x				x	26			x							x	1		
7	6	17.1.21	469239	36		x				x	18			x							x	0		x
8	7	19.1.21	223297	36		x				x	28			x							x	4		
9	8	22.1.21	196768	36		x			X		22			X							X	2		
10	9	23.1.21	483856	36		x			x		20			x							x	0		x
11	10	28.1.21	374297	34		x				x	22			x							x	0		x
12	11	06.02.21	316130	36		x			x		34			x							x	1		
13	12	10.2.21	483352	36		x				x	33			x							x	3		
14	13	11.2.21	154375	34		x			x		39		x								x	3		
15	14	11.2.21	466496	35		x			x		29			x							x	2		
16	15	15.2.21	318190	34		x			x		33			x							x	3		
17	16	16.2.21	381781	34		x				x	29			x							x	3		
18	17	24.2.21	484371	34		x			x		23			x							x	0		x
19	18	26.2	180316	34		x				x	43		x								x	3		
20	19	27.02.21	299948	35		x			x		34			x							x	3		
21	20	28.2.21	484933	36		x			X		29			x							X	2		
22	21	27.2	248495	36		x				x	26			x							x	2		
23	22	13.3.21	146041	36		x				X	32			x							X	2		
24	23	15.3.21	245806	36		x			x		30			x							x	2		
25	24	19.3.21	442920	36		x				x	28			x							x	2		
26	25	20.3.21	459484	36		x			x		17			x							x	0		x

BASE DE DATOS FICHA Hoja4 Explorar

BASE DE DATOS .XLSX

Archivo Editar Ver Insertar Formato Datos Herramientas Ayuda Última modificación hace unos segundos

100% € % .0_ .00 123 Calibri 11 B I U A

1	HCL	EDAD GESTACIONAL	¿PARTO PREMATURO?	SI	NO	TIPO DE PARTO	VAGINAL	CESAREA	EDAD	>35 años	SI	NO	<20 años	SI	NO	¿RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS?	SI	NO	PARIDAD	¿NULIPARIDAD?	SI	NO	¿GRAN MULTIPARIDAD?	
151	418713	38			x			X	42		x			x						X	2			x
152	283190	39			x		x		18			x		x						x	0			x
153	117062	38			x		x		38		x			x						x	3			x
154	159525	39			x			x	30			x		x						x	5			x
155	447751	39			x		x		22			x		x						x	0			x
156	482255	40			x		x		26			x		x						x	0			x
157	186931	40			x			X	29			x		x						X	1			x
158	288365	37			x		x		16			x		x						x	0			x
159	417141	38			x			X	28			x		x						X	2			x
160	468681	40			x		x		20			x		x						x	2			x
161	396636	40			x			X	35			x		x						X	3			x
162	478509	39			x		x		20			x		x						x	2			x
163	165516	40			x			X	29			x		x						X	2			x
164	373772	38			x		x		38			x		x						x	2			x
165	463526	39			x			X	23			x		x						x	0			x
166	484628	39			x			x	38			x								x	4			x
167	483817	40			x		x		17			x		x						x	0			x
168	416007	39			x			x	22			x		x						x	2			x
169	265184	38			x			x	20			x		x						x	1			x
170	485361	38			x		x		19			x		x						x	0			x
171	88882	38			x			x	26			x		x						x	1			x
172	213525	37			x		x		24			x		x						x	1			x
173	383239	38			x		x		23			x		x						x	2			x
174	435545	38			x		x		25			x		x						x	1			x
175	377982	39			x		x		26			x		x						x	4			x

BASE DE DATOS FICHA Hoja4 Explorar




WILLIAM R. PEÑA AYUDANTE
MEDICO CIRUJANO GMP 19816
GINECO OBSTETRA RNE 14798

Dr. William Rogelio Peña Ayudante
ASESOR

JURADO EVALUADOR



Dr. Darío Vázquez Estela
GINECOLOGO - OBSTETRA
CMP 11334 RNE 9389

Dr. Darío Estanislao Vásquez Estela
PRESIDENTE



EDWIN SUAREZ ALVARADO
NEUROCIUJANO RNE 16694
TRATAMIENTO DEL DOLOR RNE 9600
CMP 23745

Dr. Edwin Suarez Alvarado
SECRETARIO

Dr. A. Peña Oscuvilca



Firmado digitalmente por:
PEÑA OSCUVILCA AMERICO
FIR 43831835 hard
Motivo: En señal de
conformidad
Fecha: 06/07/2022 11:22:46-0500