

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN
GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA, ABANCAY
2024**

PRESENTADO POR:

Br. MAEVA MELCHOR HUAMANI

**PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL
DE OBSTETRA**

ASESORA:

Mgt. SATURNINA TRUDDY CCANCCE
MEDINA

**ANDAHUAYLAS – PERÚ
2025**



Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

INFORME DE SIMILITUD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-321-2025-UNSAAC)

El que suscribe, el Asesor SATURNINA TRUDDY CCANCCE MEDINA
..... quien aplica el software de detección de similitud al
trabajo de investigación/tesis titulada: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO
PRE TÉRMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA UEGA, ABANCAY 2024

Presentado por: MAEVA MELCHOR HUAMANI DNI N° 75792731;
presentado por: DNI N°:
Para optar el título Profesional/Grado Académico de OBSTETRA


Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 03 veces, mediante el
Software de Similitud, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso del Sistema Detección de
Similitud en la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 4 %.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No sobrepasa el porcentaje aceptado de similitud.	<u>X</u>
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las subsanaciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, conforme al reglamento, quien a su vez eleva el informe al Vicerrectorado de Investigación para que tome las acciones correspondientes; Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de Asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y **adjunto**
las primeras páginas del reporte del Sistema de Detección de Similitud.

Cusco, 23 de DICIEMBRE de 2025


Firma

Post firma SATURNINA TRUDDY CCANCCE MEDINA

Nro. de DNI 09760548

ORCID del Asesor 0000 - 0002 - 7645 - 6747

Se adjunta:

- Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
- Enlace del Reporte Generado por el Sistema de Detección de Similitud: oid: 27259:542927285

MAEVA MELCHOR HUAMANI

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DE...

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::27259:542927285

Fecha de entrega

23 dic 2025, 12:36 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

23 dic 2025, 12:41 p.m. GMT-5

Nombre del archivo

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINE....pdf

Tamaño del archivo

3.8 MB

117 páginas

19.861 palabras

116.361 caracteres

4% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...




Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 25 palabras)

Exclusiones

- N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 0%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 4%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

PRESENTACIÓN

Señor Rector de la tricentenaria Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco y Señor Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud: En cumplimiento con el reglamento de grados y títulos de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, y con el propósito de optar por el título profesional de Obstetra, tengo el honor de presentar a vuestra consideración la tesis titulada: **“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA, ABANCAY 2024.”**

DEDICATORIA

Dedico este estudio a mi madre, por guiarme en cada paso con ternura, fortaleza y fe, creyendo siempre en mí. A mi padre, que, con su presencia firme, aunque silenciosa y sabios consejos me dio fuerza y esperanza en momentos difíciles. A mis hermanas menores, esperando que alcancen todas las metas que se propongan. Y, finalmente, a mí misma, aunque con dificultad, esfuerzo y perseverancia pude alcanzar este objetivo que hoy culmina.

AGRADECIMIENTO

“Ningún problema puede ser resuelto en el mismo nivel de conciencia en el que se creó” - Albert Einstein, me recuerda que, para superar desafíos, uno tiene que cambiar su manera de pensar y crecer. Con esta idea en mente, quiero agradecer a Dios por darme la fortaleza, sabiduría y perseverancia que necesité para terminar este trabajo. A mi asesora, por su guía y la paciencia que tuvo durante todo el proceso. A mi familia, cuyo amor incondicional y comprensión fueron mi mayor motivación. A una persona en especial S.K.V.P, cuya presencia constante, apoyo incondicional y confianza en mí se convirtieron en un impulso fundamental para mi crecimiento personal, y quien me enseñó, con paciencia y cariño, que todo es posible cuando se cree de verdad. Y, por último, a mí, por la dedicación, la perseverancia y todo lo aprendido en este camino que me hizo crecer y alcanzar una meta más.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
PRESENTACIÓN	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE GENERAL	v
LISTA DE CUADROS	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	xi
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1 Situación problemática.....	13
1.2 Formulación del problema.....	15
1.2.1 Problema general.....	15
1.2.2 Problemas específicos.....	15
1.3 Justificación de la investigación	16
1.4 Objetivos de la investigación.....	18
1.4.1 Objetivo general.....	18
1.4.2 Objetivos específicos	18
II. MARCO TEÓRICO.....	19
2.1 Antecedentes de la investigación.....	19
2.1.1 Antecedentes internacionales	19
2.1.2 Antecedentes nacionales	23
2.1.3 Antecedente regional – local.....	27
2.2 Bases teóricas	29
2.3 Bases conceptuales	35

2.4	Definición de términos básicos	46
III.	HIPÓTESIS Y VARIABLES	49
3.1	Hipótesis	49
3.1.1	Hipótesis general	49
3.1.2	Hipótesis específicas	49
3.2	Identificación de variables	50
3.3	Operacionalización de variables	51
IV	METODOLOGÍA	54
4.1	Ámbito de estudio: localización política y geográfica	54
4.2	Tipo y nivel de investigación	54
4.3	Unidad de análisis.....	56
4.4	Población de estudio.....	56
4.5	Tamaño de muestra.....	56
4.5.1	Criterios de inclusión y exclusión	58
4.6	Técnicas de selección de muestra	59
4.7	Técnicas de recolección de información	59
4.7.1	Técnica	59
4.7.2	Instrumento	60
4.7.3	Descripción del instrumento.....	60
4.8	Técnicas de análisis e interpretación de la información.....	61
4.9	Técnicas para demostrar la verdad o falsedad de las hipótesis planteadas	61
4.10	Consideraciones éticas	62
V.	RESULTADOS.....	63
5.1	Procesamiento, análisis, interpretación y discusión de resultados	63
VI.	DISCUSIÓN	75

VII. CONCLUSIONES	80
VIII. RECOMENDACIONES	81
IX. BIBLIOGRAFÍA	83
X. ANEXOS	94
a) Matriz de consistencia.....	95
b) Solicitud de validación.....	98
c) Hoja de criterios para la evaluación por jueces y expertos	103
d) Validación del instrumento para el juicio de expertos	104
e) Lista de expertos.....	109
f) Instrumento de recolección de datos	110
g) Confiabilidad del Instrumento.....	112
h) Solicitud para la recolección de datos	113
i) Constancia de la recolección de datos.....	114
k) Evidencia fotográfica	116

LISTA DE CUADROS

Tabla 1. Distribución de gestantes con parto pretérmino según clasificación por edad gestacional en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.....	63
Tabla 2. Asociación de factores maternos con parto pretérmino: análisis bivariado en gestantes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.....	64
Tabla 3. Asociación de factores obstétricos con parto pretérmino: análisis bivariado en gestantes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.....	67
Tabla 4. Asociación de factores patológicos con parto pretérmino: análisis bivariado en gestantes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.....	70
Tabla 5. Asociación de factores fetales con parto pretérmino: análisis bivariado en gestantes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega	73

RESUMEN

Objetivo. Determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024.

Metodología. Estudio observacional, retrospectivo, analítico con diseño de casos y controles. La muestra incluyó 210 historias clínicas: 105 casos con parto pretérmino y 105 controles con parto a término. Se aplicó análisis estadístico mediante Chi-cuadrado y regresión logística con $p < 0.05$. **Resultados.** El 75.2% correspondió a prematuros tardíos. Entre los factores maternos, la educación básica regular ($OR=5.34$, $p=0.005$) y la violencia doméstica ($OR=3.19$, $p=0.015$) incrementaron el riesgo. Los controles prenatales inadecuados cuadruplicaron la probabilidad ($OR=4.4$, $p < 0.001$), y el antecedente de parto pretérmino mostró fuerte asociación ($OR=32.5$, $p < 0.001$). Los trastornos hipertensivos representaron el mayor riesgo patológico ($OR=7.08$, $p < 0.001$), seguidos por infección urinaria ($OR=4.38$, $p < 0.001$), ruptura prematura de membranas ($OR=3.29$, $p=0.002$), infección vaginal ($OR=4.83$, $p=0.030$) y corioamnionitis ($OR=6.65$, $p=0.006$). La muerte intrauterina ($OR=20.77$, $p=0.002$) y gestación múltiple ($OR=7.43$, $p=0.033$) mostraron asociación significativa. **Conclusiones.** Se identificaron factores de riesgo en las cuatro dimensiones estudiadas. Los factores modificables requieren intervención preventiva durante el control prenatal.

Palabras clave: Parto pretérmino, Factores de riesgo, Control prenatal, Trastornos hipertensivos.

ABSTRACT

Objective. To determine the risk factors associated with preterm birth in pregnant women at Guillermo Díaz de la Vega Regional Hospital, Abancay 2024.

Methodology. Observational, retrospective, analytical study with case-control design. The sample included 210 medical records: 105 cases with preterm birth and 105 controls with term birth. Statistical analysis was performed using Chi-square and logistic regression with $p < 0.05$. **Results.** 75.2% corresponded to late preterm births. Among maternal factors, basic education ($OR = 5.34$, $p = 0.005$) and domestic violence ($OR = 3.19$, $p = 0.015$) increased the risk. Inadequate prenatal care quadrupled the probability ($OR = 4.4$, $p < 0.001$), and history of preterm birth showed strong association ($OR = 32.5$, $p < 0.001$). Hypertensive disorders represented the highest pathological risk ($OR = 7.08$, $p < 0.001$), followed by urinary tract infection ($OR = 4.38$, $p < 0.001$), premature rupture of membranes ($OR = 3.29$, $p = 0.002$), vaginal infection ($OR = 4.83$, $p = 0.030$), and chorioamnionitis ($OR = 6.65$, $p = 0.006$). Intrauterine death ($OR = 20.77$, $p = 0.002$) and multiple gestation ($OR = 7.43$, $p = 0.033$) showed significant association. **Conclusions.** Risk factors were identified across all four dimensions studied. Modifiable factors require preventive intervention during prenatal care.

Keywords: Preterm birth, Risk factors, Prenatal care, Gestational hypertension.

INTRODUCCIÓN

El parto pretérmino representa un desafío crítico en salud pública a nivel mundial. Cada año, millones de bebés nacen antes de completar las treinta y siete semanas de gestación, enfrentando complicaciones respiratorias, neurológicas y metabólicas que comprometen su vida. En Perú, las cifras muestran un aumento preocupante durante los últimos años, con un crecimiento sostenido en la cantidad de nacimientos prematuros. Apurímac, aunque presenta tasas menores al promedio nacional, experimentó un incremento en muertes neonatales recientemente, evidenciando que este problema requiere atención urgente.

Este estudio tuvo como propósito determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante 2024. La investigación empleó un diseño de casos y controles. Se examinaron cuatro dimensiones principales: factores maternos, obstétricos, patológicos y fetales.

La relevancia de esta investigación se manifiesta en múltiples niveles. Desde lo teórico, genera conocimiento científico específico sobre la población de Abancay y Apurímac, sirviendo como base para futuros estudios comparativos. En el ámbito práctico, los resultados obtenidos facilitan al Hospital Regional implementar estrategias preventivas concretas, mejorando la clasificación del riesgo obstétrico desde el primer control prenatal. Los profesionales podrán diseñar charlas educativas específicas para gestantes, explicándoles qué factores aumentan su riesgo y cómo prevenirlos. Socialmente, el impacto beneficia directamente a madres y bebés, reduciendo complicaciones graves y

mejorando su calidad de vida. Además, disminuir los partos prematuros aliviará la demanda asistencial en neonatología.

El presente documento se organiza en diez capítulos que desarrollan sistemáticamente cada aspecto de la investigación. El primer capítulo expone el problema, su magnitud y los objetivos planteados. El segundo capítulo revisa los antecedentes investigativos y las bases teóricas que sustentan el estudio. El tercer capítulo presenta las hipótesis y operacionaliza las variables estudiadas. El cuarto capítulo describe la metodología empleada, incluyendo diseño, población y técnicas de recolección de datos. El quinto capítulo muestra los resultados obtenidos. El sexto capítulo realiza el análisis de los hallazgos. El séptimo capítulo desarrolla la discusión comparando con otros estudios. El octavo capítulo presenta las conclusiones alcanzadas. El noveno capítulo ofrece las recomendaciones pertinentes. El décimo capítulo incluye los anexos que complementan la información presentada.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Situación problemática

El parto pretérmino, definido como aquel que acontece antes de completar las 37 semanas de gestación, representa una de las principales causas de morbilidad neonatal en el mundo (1,2). Los recién nacidos prematuros enfrentan mayores riesgos de complicaciones respiratorias, neurológicas y metabólicas que comprometen su supervivencia y desarrollo a largo plazo, requiriendo atención especializada en unidades de cuidados intensivos neonatales (3).

A nivel global, la magnitud del problema es considerable. Durante 2020, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), nacieron aproximadamente 13.4 millones de bebés prematuros, cifra que superó el 10% del total de nacimientos mundiales (4). En América Latina y el Caribe, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reporta que uno de cada diez bebés nace prematuramente, lo que representa más de 1.2 millones de casos anuales en la región, con tasas que varían desde 5.8% en Nicaragua hasta 12.8% en Surinam (5,6). En Perú, la situación muestra una tendencia ascendente preocupante: mientras en 2022 se registraron 27,383 partos prematuros 6.89% del total, para 2023 esta cifra aumentó a 30,457 casos 7.5%, y en los primeros meses de 2024 ya se reportaron 10,523 nacimientos prematuros 7.7% (7,8). En Apurímac, aunque la proporción de prematuros fue menor al promedio nacional con 4.6% (257 casos de 5,605 nacimientos en 2024), el departamento experimentó un incremento en la muerte neonatal durante ese año (9).

Las causas del parto pretérmino son múltiples y complejas. Diversos estudios han identificado factores maternos como la edad extrema (muy jóvenes o mayores de 35 años), el nivel socioeconómico bajo, el estado nutricional deficiente y el consumo de sustancias nocivas (10,12). Los factores obstétricos incluyen el control prenatal inadecuado, antecedentes de partos prematuros previos, uso de técnicas de reproducción asistida y cirugías cervicales, entre los factores patológicos destacan las infecciones urinarias y vaginales, la ruptura prematura de membranas, los trastornos hipertensivos (12).

La prematuridad trasciende el periodo neonatal, a corto plazo provoca problemas respiratorios graves, complicaciones neurológicas, enterocolitis y susceptibilidad a infecciones, mientras que a largo plazo causa deterioro neurológico, alteraciones cognitivas, secuelas motoras, parálisis cerebral y déficits sensoriales, intensificándose con menor edad gestacional (13).

Sin intervención oportuna, la prematuridad seguirá aumentando en Perú según la tendencia actual. En Apurímac, aunque las cifras son menores al promedio nacional, la mortalidad neonatal crece debido a limitaciones en la atención, la falta de identificación temprana de gestantes en riesgo aumenta los casos de partos prematuros. Sin datos locales actualizados sobre los factores específicos resulta difícil diseñar intervenciones efectivas y contextualizadas para esta población.

Esta investigación identificará los factores de riesgo específicos del parto pretérmino en Abancay durante 2024, generando evidencia para desarrollar protocolos de atención diferenciados. Los hallazgos permitirán

fortalecer la detección temprana durante el control prenatal y diseñar intervenciones educativas sobre signos de alarma. Asimismo, facilitará acciones preventivas contra infecciones urinarias, trastornos hipertensivos y otras condiciones modificables, estableciendo líneas de base para evaluar futuras intervenciones y ajustar las políticas regionales de salud materna.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cuáles son los factores maternos asociados al parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024?
- ¿Cuáles son los factores obstétricos asociados al parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024?
- ¿Cuáles son los factores patológicos asociados al parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024?
- ¿Cuáles son los factores fetales asociados al parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024?

1.3 Justificación de la investigación

1.3.1 Justificación teórica

La presente investigación permitió generar nuevo conocimiento científico sobre los factores de riesgo asociados al parto pretérmino específicamente en la población de Abancay y la región Apurímac. Los hallazgos de la investigación sirvieron como antecedente para futuros estudios que deseen profundizar en alguno de los factores identificados o realizar estudios comparativos con otras regiones del país que comparten características socioeconómicas y geográficas similares.

Los resultados también podrán ser utilizados por la institución como línea de base para evaluar el impacto de futuras intervenciones preventivas que se implementen en el servicio, y servirán de base para que otros investigadores desarrollen estudios de tipo longitudinal, experimental o de intervención que busquen reducir la incidencia de esta complicación obstétrica.

1.3.2 Justificación práctica

La relevancia práctica del estudio se fundamentó principalmente en los resultados que se obtuvieron de esta investigación, ya que estos servirán al director del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega en coordinación con los profesionales obstetras y médicos del servicio de Gineco-Obstetricia para implementar estrategias concretas de prevención. Con base en los factores de riesgo identificados, los profesionales podrán realizar una mejor clasificación del riesgo obstétrico

desde el primer control prenatal, permitiendo identificar precozmente a las gestantes que tienen mayor posibilidad de presentar un parto pretérmino.

Además, los resultados permitirán diseñar charlas educativas específicas dirigidas a las gestantes durante sus controles prenatales, donde se les podrá explicar de manera clara cuáles son los factores que aumentan la probabilidad de un parto antes de tiempo, así como la relevancia de cumplir con sus controles prenatales, tratarse oportunamente las infecciones urinarias, controlar la presión arterial, y reconocer signos de alarma como pérdida de líquido o contracciones antes de tiempo. También se podrá trabajar con las gestantes que tienen antecedentes de partos prematuros anteriores, brindándoles un seguimiento para evitar que se repita la situación.

1.3.3 Justificación social

El valor social se centró en el beneficio directo hacia las gestantes y sus bebés, ya que, al identificar y controlar oportunamente los factores de riesgo, se podrá prevenir los partos prematuros, evitando las complicaciones graves que esto conlleva como problemas respiratorios, neurológicos y de desarrollo que afectan su calidad de vida a largo plazo. Las madres tendrán embarazos más seguros, con menos complicaciones y mejor información sobre cómo cuidarse durante la gestación.

Asimismo, el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega al lograr disminuir la frecuencia de partos pretérmino, reducirá la demanda asistencial en la unidad de neonatología, reduciendo la sobrecarga de recién nacidos prematuros que requieren equipos necesarios para su atención.

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general

Determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024

1.4.2 Objetivos específicos

- Identificar los factores maternos asociados al parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024
- Identificar los factores obstétricos asociados al parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024
- Identificar los factores patológicos asociados al parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024
- Identificar los factores fetales asociados al parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Etil et al., (14) en Uganda en el año 2023, llevaron a cabo la investigación titulada “Factores de riesgo asociados al parto prematuro en madres que dieron a luz en el Hospital Regional de Referencia de Lira”. El objetivo fue evaluar los posibles factores de riesgo asociados con el parto prematuro en el Hospital Regional de Referencia de Lira (LRRH). Se realizó una investigación transversal analítica con una metodología cuantitativa, utilizando una población de 590 registros médicos de partos entre abril de 2020 y julio de 2021. Se aplicó un modelo de regresión logística para el análisis, empleando el software STATA versión 17, y se estableció un nivel de significancia de $p < 0,05$. Los hallazgos revelaron que la prevalencia de parto prematuro fue del 35,8%. El estado laboral materno (AOR = 0,657; $p = 0,037$; IC95%: 0,443-0,975), el bajo peso al nacer (AOR = 0,228; $p < 0,001$; IC95%: 0,099-0,527) y la preeclampsia (AOR = 0,142; $p < 0,001$; IC95%: 0,088-0,229) fueron predictores significativos del parto prematuro. Concluyeron que la incidencia de partos prematuros es significativamente mayor que el promedio nacional y recomendaron al Ministerio de Salud evaluar el sistema de atención médica y al Ministerio de Género implementar regulaciones laborales.

Rutayisire et al., (15) en Ruanda en el año 2023, realizaron una investigación titulada “Factores maternos, obstétricos y ginecológicos asociados con el parto prematuro en Ruanda: resultados de un estudio longitudinal nacional”. El objetivo fue determinar la prevalencia y factores

asociados con el parto prematuro en Ruanda a nivel nacional. Se realizó un estudio de cohorte longitudinal entre julio de 2020 y julio de 2021 con una población de 817 mujeres embarazadas del primer trimestre, reclutadas de 30 centros de salud en 10 distritos. Se utilizó un cuestionario validado, revisión de registros médicos y ecografía para confirmar la edad gestacional. El análisis de los datos se realizó mediante regresión logística multivariable. Los hallazgos revelaron una prevalencia de parto prematuro del 13,8%, asociándose significativamente con edad materna avanzada (AOR = 2,00; IC95% 1,13-3,53), exposición al humo de tabaco ajeno (AOR = 1,91; IC95% 1,04-3,51), antecedentes de aborto (AOR = 1,89; IC95% 1,13-3,15), rotura prematura de membranas (AOR = 9,30; IC95% 3,18-27,16) e hipertensión durante el embarazo (AOR = 4,40; IC95% 1,18-16,42). Concluyeron que el parto prematuro es un problema de salud pública importante en Ruanda y recomendaron implementar pruebas prenatales de rutina para identificar y monitorear a los grupos de alto riesgo para reducir las complicaciones asociadas.

Defilipo et al., (16) en Brasil en el año 2022, realizaron una investigación titulada “Factores asociados al parto prematuro: un estudio de casos y controles”. El objetivo fue analizar los factores socioeconómicos, demográficos, ambientales, reproductivos, conductuales y de salud asociados al parto prematuro. Se llevó a cabo una investigación de casos y controles, con una población de 663 participantes, de los cuales 221 correspondían al grupo de casos (prematuros) y 442 al grupo control (nacidos a término). La muestra fue emparejada por sexo y fecha de nacimiento; se utilizaron entrevistas a madres e historias clínicas, y se

aplicó un modelo de regresión logística. Los hallazgos revelaron que ser primogénito (OR 1,96; IC95% 1,34-2,86; $p=0,001$), tener madres con altos ingresos (OR 2,08; IC95% 1,41-3,08; $p<0,001$), antecedentes de partos prematuros (OR 3,98; IC95% 2,04-7,79; $p<0,001$), sufrir violencia en el embarazo (OR 2,50; IC95% 1,31-4,78; $p=0,005$) o cesáreas (OR 2,35; IC95% 1,63-3,38; $p<0,001$) aumentan la probabilidad de prematuridad, mientras que más de seis consultas prenatales reducen el riesgo (OR 0,39; IC95% 0,26-0,58; $p<0,001$). Concluyeron que estos factores deben ser considerados como alertas para la población y los profesionales.

Fetene et al., (17) en Etiopía en el año 2022, realizaron una investigación titulada “Factores asociados con el parto prematuro entre madres que dieron a luz en hospitales públicos en el estado regional de Sidama, sudeste de Etiopía: estudio de casos y controles”. El objetivo fue evaluar los factores asociados con el parto prematuro en hospitales públicos del estado de Sidama. Se llevó a cabo un estudio de casos y controles del 1 de junio al 1 de septiembre de 2020 con una población de 135 casos y 270 controles, empleando muestreo consecutivo para los casos y aleatorio simple para los controles. Los datos fueron recolectados mediante un cuestionario estructurado y revisión de historias clínicas, y analizados en SPSS versión 20. Los resultados mostraron que la residencia en zonas rurales (AOR = 2,034; IC95% 1,242-3,331), falta de atención prenatal (AOR = 2,516; IC95% 1,406-4,503), hipertensión inducida por el embarazo (AOR = 2,870; IC95% 1,519-5,424), problemas médicos crónicos durante el embarazo (AOR = 2,507; IC95% 1,345-4,676), infecciones urinarias (AOR = 3,023; IC95% 1,657-5,513), intervalo

entre nacimientos inferior a 2 años (AOR = 3,029; IC95% 1,484-6,179) y violencia física íntima (AOR = 2,876; IC95% 1,534-5,393) fueron factores de riesgo significativos. Concluyeron que la prevención del parto prematuro se basa en mejorar el acceso y seguimiento de la atención prenatal y movilizar a la comunidad contra la violencia física durante el embarazo.

Díaz et al., (18) en República Dominicana en el año 2021, realizaron una investigación titulada “Factores de riesgo asociados al parto prematuro en República Dominicana: un estudio de casos y controles”. El objetivo fue identificar los factores de riesgo asociados al parto prematuro y determinar su prevalencia en el país. Se realizó un estudio de casos y controles en siete hospitales de referencia nacional, con una muestra probabilística de 394 casos y 1150 controles, usando informes neonatológicos para estimar la edad gestacional. Se recopiló información materna y obstétrica mediante un protocolo específico. Los hallazgos mostraron que los antecedentes familiares de partos prematuros (OR: 14,95; IC95% 8,50-26,29; $p < 0,001$), parto prematuro previo (OR: 20,00; IC95% 12,13-32,96; $p = 0,005$), edad materna avanzada (OR: 2,21; IC95% 1,57-3,09; $p < 0,001$), tabaquismo (OR: 6,65; IC95% 3,13-13,46; $p < 0,001$), consumo de drogas (OR: 2,43; IC95% 1,37-4,30; $p = 0,004$), rotura prematura de membranas (OR: 2,5; $p < 0,001$) y baja asistencia a consultas prenatales (OR: 2,5; $p < 0,001$) fueron factores de riesgo significativos. Concluyeron que la edad materna avanzada, el historial de partos prematuros y la rotura prematura de membranas son factores de riesgo clave, mientras que la adolescencia, el aumento de peso y las consultas prenatales resultaron

protectores. La prevalencia estimada de partos prematuros fue del 25%, aunque podría estar sesgada.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Zevallos (19) en Ica, Perú, en el año 2024 realizaron la investigación titulada "Factores maternos de riesgo asociados a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, 2023".

El objetivo fue determinar los factores maternos de riesgo asociados a Parto Prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2023. La metodología empleada fue un estudio observacional, analítico de casos y controles, retrospectivo, con una muestra de 83 casos y 83 controles seleccionados de una población de 2840 gestantes. Se utilizó pruebas de χ^2 y regresión logística para el análisis en SPSS. Los resultados mostraron que las gestantes mayores de 30 años presentaron 2.3 veces más riesgo de parto prematuro ($OR=2.3$; $IC95\%=1.1-4.5$) y las infecciones del tracto urinario durante la gestación incrementaron el riesgo en 2.0 veces ($OR=2.0$; $IC95\%=1.0-4.0$). No se encontraron asociaciones significativas con otros factores clínicos. Concluyeron que la edad materna avanzada y las infecciones del tracto urinario durante la gestación son factores de riesgo significativos para el parto prematuro.

Casimiro et al., (20) en Junín, Perú, en el año 2023 desarrollaron la investigación titulada "Factores de riesgo en el parto pretérmino de gestantes adolescentes en un hospital de Junín". El objetivo fue determinar los factores de riesgo sociodemográficos, obstétricos y patológicos en el parto pretérmino de gestantes adolescentes en un

hospital de la región Junín, Perú. La metodología empleada fue un estudio de casos y controles que incluyó 67 casos y 134 controles entre 10 y 19 años, atendidas de enero a diciembre de 2022. Se realizó análisis de regresión logística bivariado y múltiple, con significancia de 0.05. Los resultados mostraron asociación significativa ($p < 0.05$) con edad de 10-14 años (OR:17.162; IC95%:1.665-176.925), ocupación ama de casa (OR:6.056; IC95%:2.699-13.587), controles prenatales menor a 6 (OR:10.476; IC95%:4.279-25.648), anemia (OR:2.761; IC95%:1.080-7.060), infección del tracto urinario (OR:2.754; IC95%:1.041-7.284) y preeclampsia (OR:5.751; IC95%:1.697-19.487). Concluyeron que la identificación temprana de estos factores de riesgo y la atención a condiciones médicas preexistentes en adolescentes pueden ayudar a establecer medidas preventivas y estrategias de manejo efectivas.

Garay (21) en Ica, Perú en el año 2023, realizaron la investigación titulada "Factores asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Ica, 2020-2022". El objetivo fue analizar los factores asociados al parto pretérmino en gestantes del Servicio de Ginecología-Obstetricia en el Hospital Regional de Ica durante el período 2020-2022. La metodología empleada fue un estudio cuantitativo, observacional, analítico y transversal de nivel correlacional, con una muestra de 230 gestantes seleccionadas mediante muestreo aleatorio simple. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial con un nivel de confianza del 95% y valor $p < 0.05$. Los resultados mostraron que la edad promedio fue 27.67 años (DS: 7.21), el 80.87% tenía pareja y el 31.3% tuvo controles prenatales adecuados. En el análisis multivariado,

se encontró asociación significativa con los controles prenatales adecuados (RPa: 0.57, IC: 0.38-0.86, $p=0.007$) y cirugía previa al embarazo (RPa: 0.4, IC: 0.27-0.6, $p=0.0001$). Concluyeron que los controles prenatales adecuados y la cirugía previa al embarazo están asociados significativamente al parto pretérmino.

Balvin (22) en Pasco, Perú, en el año 2023 realizaron la investigación titulada "Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el servicio de neonatología del Hospital Daniel Alcides Carrión (Pasco) 2020-2021". El objetivo fue determinar cuáles son los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2020-2021, Pasco. La metodología empleada fue un estudio no experimental, descriptivo-observacional y retrospectivo, con una muestra no probabilística de 164 historias clínicas de recién nacidos pretérmino. Los resultados mostraron asociación estadísticamente significativa con edad materna extrema ≤ 19 años y ≥ 35 años ($p=0.020$), índice de masa corporal bajo ($p=0.049$), control prenatal menor a 6 veces ($p=0.022$), paridad mayor a 3 ($p=0.037$), infección del tracto urinario ($p=0.024$) y anemia materna ($p=0.020$), presentándose con mayor frecuencia en los pretérminos tardíos. Concluyeron que la edad materna extrema, IMC bajo, control prenatal inadecuado, multiparidad, infección urinaria y anemia materna fueron factores significativamente asociados al parto pretérmino.

Sánchez (23) en Huancayo, Perú, en el año 2023 realizaron la investigación titulada "Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, enero - julio 2019". El objetivo fue determinar los factores de

riesgo asociados al parto prematuro en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, 2019. La metodología empleada fue un estudio cuantitativo, básico, descriptivo, retrospectivo y transversal, con diseño de casos y controles. Los resultados mostraron que los factores sociobiológicos significativos fueron la procedencia de zona marginal (OR=3.24; IC95%=1.22-5.65) y el grado de instrucción (OR=1.56; IC95%=1.02-4.54). En la historia obstétrica, el antecedente de parto pretérmino (OR=8.26; IC95%=3.87-13.16) y la atención prenatal adecuada (OR=6.57; IC95%=2.02-14.69) fueron significativos. Entre las complicaciones, destacaron la anemia (OR=7.01; IC95%=3.90-13.03), infección urinaria (OR=5.87; IC95%=3.45-11.56), RPM y preeclampsia (ambas con OR=4.11; IC95%=1.89-6.78), y hemorragias obstétricas. Concluyeron que existe relación estadísticamente significativa ($p<0.05$) entre los factores de riesgo y el parto pretérmino, con riesgo incrementado de 2 veces para factores sociobiológicos, 4 veces para historia obstétrica y 8 veces para las complicaciones.

Villantoy (24) en Lima, Perú, en el año 2023 realizaron la investigación titulada "Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales, 2021". El objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales, 2021. La metodología empleada fue un estudio cuantitativo, con diseño de casos y controles, y nivel explicativo analítico, con una muestra de 186 historias clínicas (93 casos y 93 controles), utilizando la prueba de Chi-cuadrado

para el análisis. Los resultados mostraron una prevalencia de parto pretérmino de 11.18%. Se encontró asociación significativa con la edad de 20 a 35 años ($X^2=47.73$, $p=0.00$), estado civil casada ($X^2=47.73$, $p=0.00$), diabetes gestacional ($X^2=12.828$, $p=0.000$), ITU ($p=0.004$), amenaza de parto pretérmino ($p=0.013$), RPM ($p=0.013$) y oligohidramnios ($X^2=10.007$, $p=0.002$). El 51.6% tuvo menos de 6 controles prenatales, 52.7% fueron nulíparas y 54.8% no presentaron antecedente de aborto. Concluyeron que, en el análisis multivariado, la ITU presentó 1.2 veces más probabilidad de desarrollar parto pretérmino ($OR=1.204$, $IC95\%=1.338-8.307$, $p=0.010$), considerándose un factor de riesgo significativo.

2.1.3 Antecedente regional – local

Caldas y Sierra (25) en el año 2023 en Abancay. Estudio titulado “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay periodo 2021 - 2022”. El objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en pacientes atendidas en dicho hospital. La metodología fue observacional, retrospectiva, transversal, de nivel descriptivo y correlacional, con diseño no experimental; la población estuvo conformada por 60 registros clínicos con parto pretérmino; la muestra fue de 60 casos y 60 controles; el instrumento fue un cuestionario estructurado y los datos fueron procesados mediante Excel y SPSS. Los resultados fueron que la edad materna presentó un $OR=6.909$ ($IC95\%: 3.037-15.720$), la paridad un $OR=5.675$ ($IC95\%: 2.560-12.580$) y la infección del tracto urinario un $OR=15.167$ ($IC95\%: 9.789-69.057$), todos

superiores a 1, indicando asociación significativa con parto pretérmino. Se concluyó que la edad materna extrema, la multigesta y la infección del tracto urinario constituyen factores de riesgo importantes asociados al parto pretérmino en la población estudiada.

Pérez (26) en Andahuaylas, en el año 2021 desarrollaron la investigación titulada "Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sub Regional de Andahuaylas, 2020". El objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Sub Regional de Andahuaylas, 2020. La metodología empleada fue un estudio básico, retrospectivo, transversal, de nivel descriptivo y diseño no experimental, con una población de 102 gestantes que presentaron parto pretérmino. Los datos fueron procesados con Excel 2019 y SPSS V25. Los resultados revelaron que entre los factores obstétricos predominó la atención prenatal inadecuada (<6 atenciones) con 59.8%, seguido de ruptura prematura de membranas (35.3%), preeclampsia (29.4%), antecedentes de parto pretérmino (7.4%), amenaza de parto pretérmino (6.9%) y placenta previa (2.9%). En los factores patológicos destacó la anemia (31.4%) e infección del tracto urinario (26.5%), mientras que en los factores fetales se encontró embarazo múltiple (13.7%) y malformación fetal (2%). Concluyeron que los factores obstétricos, patológicos y fetales constituyen factores de riesgo para el parto pretérmino.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Modelo de determinantes sociales

El modelo de determinantes de la salud jerarquiza diferentes niveles de factores que influyen en los resultados de salud, especialmente en la salud materno-perinatal. En su nivel más amplio, los determinantes estructurales abarcan aspectos fundamentales como la posición socioeconómica, el contexto político-cultural y las condiciones socioeconómicas generales que enmarcan la vida de las personas, mientras que en un nivel intermedio se encuentran las exposiciones y vulnerabilidades específicas relacionadas con el entorno inmediato, incluyendo el acceso a servicios de salud, condiciones de vida y redes de apoyo familiar y social, finalmente, en el nivel más próximo o determinantes proximales, se consideran los factores individuales como la edad materna, antecedentes patológicos, carga genética y características biológicas específicas, siendo importante reconocer que algunos factores como el género pueden actuar simultáneamente en múltiples niveles al influir tanto en la posición social como en el acceso a servicios de salud (27).

El modelo de determinantes sociales establece un marco interpretativo integral del proceso salud-enfermedad, que va más allá de la simple identificación de factores aislados, proponiendo una estructura jerárquica que interrelaciona los diversos elementos que influyen en la salud. Este modelo distingue principalmente los determinantes estructurales, que comprenden el contexto sociopolítico y la posición social de individuos y comunidades, y los determinantes intermedios, que abarcan las

condiciones materiales y circunstancias de vida que afectan directamente la salud. Su enfoque no se limita a establecer relaciones causales simples, sino que busca comprender y explicar las inequidades en salud desde una perspectiva holística, proporcionando una base para el desarrollo de intervenciones más efectivas y orientadas a reducir las desigualdades en salud a diferentes niveles (27).

2.2.2 Modelo de creencias en salud

El Modelo de Creencias en Salud constituye un marco teórico fundamental para comprender los comportamientos relacionados con la salud, particularmente en el ámbito de la atención prenatal y prevención del parto pretérmino, donde la percepción de las gestantes sobre su vulnerabilidad ante posibles complicaciones y la gravedad de las mismas juega un papel decisivo en la toma de decisiones sobre su cuidado. Este modelo integra diversos componentes interrelacionados que incluyen la evaluación personal del riesgo, el reconocimiento de la severidad de las posibles consecuencias, la valoración de los beneficios esperados frente a las barreras percibidas para realizar acciones preventivas, así como los elementos motivadores que pueden ser tanto internos (como la identificación de signos de alarma) como externos (como las recomendaciones del personal de salud o campañas informativas), todo lo cual influye en la disposición final de la gestante para adherirse a las recomendaciones de cuidado prenatal y adoptar comportamientos saludables durante el embarazo (28,29).

Las creencias culturales y percepciones tradicionales sobre el embarazo pueden influir significativamente en la identificación y manejo oportuno del

parto pretérmino, donde la interpretación de signos y síntomas de alarma está frecuentemente mediada por concepciones populares que podrían retrasar la búsqueda de atención médica especializada. Esta situación puede incrementar el riesgo de complicaciones asociadas a la prematuridad, especialmente cuando las gestantes priorizan prácticas tradicionales sobre las recomendaciones basadas en evidencia científica (28,29).

2.2.3 Teoría de la Causalidad Epidemiológica

La teoría de la causalidad epidemiológica propuesta por Rothman en 1986 establece un modelo multicausal para comprender la etiología de las enfermedades. Este modelo postula que ningún factor aislado es suficiente para producir un evento adverso, sino que se requiere la convergencia de múltiples causas componentes que interactúan entre sí formando una "causa suficiente". Rothman conceptualiza estas relaciones causales mediante el modelo de "pasteles causales", donde cada porción representa un factor necesario que, al combinarse con otros, completa el mecanismo causal (30).

Un aspecto fundamental de esta teoría es la distinción entre causas necesarias y causas suficientes, conceptos que permiten comprender la complejidad de las relaciones causales en epidemiología. Una causa necesaria es aquella que debe estar presente en todos los casos para que ocurra el evento, mientras que una causa suficiente representa el conjunto completo de condiciones y eventos que inevitablemente producen el resultado cuando están presentes. Rothman propone que para la mayoría de las enfermedades existen múltiples causas suficientes alternativas, es

decir, diferentes combinaciones de factores componentes que pueden conducir al mismo desenlace. Este modelo reconoce que raramente existe una única vía causal para un evento de salud, y que la identificación de causas componentes permite entender cómo diversos factores contribuyen sinérgicamente. La fortaleza de este enfoque radica en su capacidad para explicar por qué una misma enfermedad puede presentarse en poblaciones con diferentes perfiles de exposición y por qué la eliminación de un solo factor de riesgo puede no prevenir completamente la ocurrencia del evento (31).

2.2.4 Modelo Biopsicosocial

El Modelo Biopsicosocial propuesto por George Engel en 1977 representa un cambio paradigmático en la comprensión de los procesos de salud y enfermedad, superando las limitaciones del modelo biomédico reduccionista que predominaba en la medicina. Este modelo postula que los fenómenos de salud no pueden explicarse únicamente a través de factores biológicos, sino que requieren una integración de tres dimensiones interdependientes: la biológica, la psicológica y la social. Engel argumentó que cada nivel de organización, desde lo molecular hasta lo sociocultural, aporta información relevante y necesaria para comprender completamente cualquier condición de salud. La dimensión biológica abarca los aspectos anatómicos, fisiológicos, genéticos y bioquímicos; la dimensión psicológica incluye procesos cognitivos, emocionales, conductuales y de personalidad; mientras que la dimensión social comprende factores culturales, económicos, ambientales y relacionales que influyen en el individuo (32).

La premisa fundamental del modelo biopsicosocial es que estos tres componentes no operan de manera independiente, sino que mantienen relaciones dinámicas y recíprocas, donde cada dimensión puede influir y ser influida por las demás. Engel enfatizó que la enfermedad debe ser entendida como el resultado de interacciones complejas entre vulnerabilidades biológicas, factores psicológicos y contextos socioculturales específicos. Este enfoque holístico e integrador reconoce que las intervenciones efectivas en salud requieren considerar simultáneamente múltiples niveles de análisis, desde los mecanismos moleculares hasta las condiciones socioeconómicas. El modelo biopsicosocial ha transformado la práctica clínica y la investigación epidemiológica al proporcionar un marco conceptual que permite identificar factores de riesgo y protección en diferentes niveles, facilitando así el desarrollo de estrategias preventivas y terapéuticas más comprehensivas. Esta perspectiva resulta particularmente valiosa en el estudio de condiciones multifactoriales donde convergen determinantes de distinta naturaleza (33).

2.2.5 Modelo de Promoción y Prevención de la OMS

El Modelo de Promoción y Prevención de la Organización Mundial de la Salud constituye un marco conceptual fundamental para enfrentar los problemas de salud pública desde una perspectiva integral y escalonada. Este modelo establece tres niveles de intervención preventiva que operan en diferentes momentos del proceso salud-enfermedad. La prevención primaria pretende impedir la aparición de la enfermedad mediante intervenciones que minimizan los factores de riesgo en poblaciones

sanas, actuando antes de que se manifieste el problema de salud. La prevención secundaria se concentra en la identificación precoz y el manejo oportuno de la enfermedad en sus etapas iniciales, cuando aún es posible modificar su curso natural y mejorar el pronóstico. La prevención terciaria tiene como objetivo limitar el daño, prevenir complicaciones y promover la rehabilitación en individuos que ya han desarrollado la enfermedad, averiguando como optimizar su calidad de vida y funcionalidad (34).

Complementariamente, el modelo de la OMS incorpora el concepto de promoción de la salud, que supera el concepto tradicional de prevención al implementar estrategias destinadas a potenciar las habilidades individuales y comunitarias para gestionar activamente los factores determinantes de su bienestar. Esta perspectiva reconoce que la salud está influenciada por múltiples determinantes sociales, económicos, ambientales y culturales que requieren intervenciones más allá del sector sanitario. La promoción de la salud comprende el impulso de políticas públicas orientadas al bienestar, la configuración de ambientes propicios, el reforzamiento del trabajo comunitario, el cultivo de competencias individuales y la transformación de los servicios de salud hacia un enfoque más participativo y equitativo. Este marco conceptual resulta particularmente relevante para el abordaje de problemas de salud multicausales, donde la interacción entre factores biológicos, conductuales y socioambientales determina la aparición y evolución de las condiciones adversas, permitiendo diseñar estrategias de intervención específicas para cada nivel de prevención (35).

2.3 Bases conceptuales

2.3.1 Parto pretérmino

2.3.1.1 Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualiza el parto prematuro como el nacimiento de un bebé vivo que acontece previo a completar las 37 semanas completas de gestación (36). El parto prematuro se entiende como la presencia de contracciones uterinas regulares junto con una dilatación cervical progresiva que se presenta antes de alcanzar las 37 semanas completas de gestación. Este fenómeno puede manifestarse con o sin borramiento cervical y representa un desafío importante en obstetricia (37).

Asimismo, Se define de esta manera al parto que acontece entre las semanas 22 y 37 de gestación (entre los días 154 y 258 según días, contabilizados desde el primer día de la última menstruación normal con fecha verificable) (38). Esta condición se vincula con un riesgo elevado de complicaciones neonatales, puesto que los órganos y sistemas del feto aún no han alcanzado la madurez necesaria para desarrollarse fuera del entorno uterino (13).

2.3.1.2 Clasificación

Se clasifica en (38):

De acuerdo a la edad gestacional	
EG en semanas	Denominación
< 28	Prematuros extremos
28 – 31	Muy prematuros
32 – 33	Prematuros moderados
34 - 36	Prematuros tardíos
De acuerdo al peso al nacer	
Peso en gramos	Denominación
< 1,000	Peso extremadamente bajo al nacer
< 1,500	Muy bajo peso al nacer
< 2,500	Bajo peso al nacer

2.3.1.3 Etiología

El parto prematuro se define como un síndrome multifactorial más que una condición aislada, ya que puede derivar de diversos procesos patológicos que afectan la continuidad del embarazo. Aproximadamente dos tercios de los nacimientos prematuros son consecuencia de un parto prematuro espontáneo, ya sea con ruptura prematura de membranas o sin ella. Por otro lado, el tercio restante de los casos ocurre por indicación médica debido a complicaciones maternas o fetales que hacen necesario interrumpir la gestación para preservar la salud de ambos (37).

La etiología de la prematuridad es un fenómeno complejo en el que confluyen múltiples factores, como aspectos demográficos (por ejemplo, bajo nivel socioeconómico, limitado acceso a la educación, o edad materna extrema), médicos, obstétricos, fetales y ambientales. Debido a esta diversidad de influencias, resulta difícil identificar un mecanismo único que explique el desencadenamiento del parto prematuro en la mayoría de los casos (39).

Diversos factores pueden incrementar la probabilidad de un parto pretérmino: estrés materno, infecciones, desprendimiento placentario, placenta previa, consumo de sustancias, antecedentes de parto prematuro o aborto, control prenatal inadecuado, hábito tabáquico, edad materna menor de 18 o mayor de 40 años, estado nutricional deficiente, índice de masa corporal bajo, malformaciones fetales, restricción del crecimiento intrauterino, oligohidramnios, polihidramnios, hemorragias vaginales, ruptura anticipada de membranas y exposición a factores ambientales adversos (13).

2.3.1.4 Epidemiología

El parto pretérmino es la causa importante de morbilidad y mortalidad infantil a nivel global, sin embargo, su prevalencia ha sido difícil de estimar con precisión debido a métodos poco confiables para la datación de la edad gestacional, la heterogeneidad en los conteos y la falta de datos adecuados. La tasa global estimada de parto pretérmino en 2020 fue del 9.9% (intervalo de confianza del 95%: 9.1, 11.2), lo que refleja una falta de cambio significativo desde 2010. Además, el 81% de las muertes relacionadas con la prematuridad ocurrieron en África y Asia. En los

Estados Unidos, la prevalencia de parto pretérmino en 2021 fue del 10.5%, con preocupantes disparidades raciales (40).

A nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante el año 2020, nacieron aproximadamente 13,4 millones de bebés prematuros en todo el mundo, lo que representa más del 10% del total de nacimientos, mientras que en 2019 fallecieron alrededor de 900.000 niños debido a complicaciones relacionadas con la prematuridad (4). En América Latina y el Caribe, según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), aproximadamente uno de cada diez bebés nace de forma prematura, lo que representa más de 1.2 millones de nacimientos prematuros anuales (5).

2.3.1.5 Fisiopatología

El parto involucra tres componentes principales: las modificaciones cervicales, las contracciones uterinas constantes y la activación decidual y membranosa. La distinción esencial entre el parto a término y el pretérmino consiste en que el primero constituye un mecanismo fisiológico normal que acontece próximo a las 37-42 semanas de gestación, mientras que el parto prematuro representa un proceso patológico que se manifiesta antes de la semana 37. Los procesos que conducen al parto prematuro pueden ser agudos, con un inicio rápido, o prolongados, desarrollándose gradualmente a lo largo de varias semanas antes de llegar al parto prematuro, lo que implica una serie de alteraciones que afectan la función normal del embarazo (13).

2.3.1.6 Manifestaciones clínicas

Los signos y síntomas más frecuentes incluyen:

- Sangrado vaginal acompañado de cólicos abdominales.
- Contracciones uterinas asociadas con dolor lumbar o presión en la región inguinal o los muslos.
- Escape de líquido amniótico en forma de goteo o flujo abundante desde la vagina.
- Hemorragia vaginal de color rojo brillante.
- Presencia de una secreción mucosa espesa con rastros de sangre.
- Ruptura prematura de membranas.
- Sensación de presión pélvica, descrita como empuje fetal o sensación de pesadez en el área baja.
- Dolor persistente en la región lumbar o caderas.
- Molestias abdominales similares a las que se experimentan durante la menstruación (41).

2.3.1.7 Diagnostico

La determinación precisa de la edad gestacional es fundamental para diagnosticar correctamente el trabajo de parto prematuro (PTL). La Asociación Mundial de Medicina Perinatal (WAPM, por sus siglas en inglés) recomienda que la datación gestacional se base en mediciones ecográficas del primer trimestre, específicamente en la longitud cráneo-caudal del feto entre las semanas 11 y 13. Para embarazos evaluados en etapas más avanzadas, se puede utilizar la circunferencia de la cabeza fetal, aunque esta metodología es menos precisa.

En contextos donde no se dispone de ecografía, se debe recurrir al último período menstrual, siempre que la mujer recuerde con certeza sus fechas y reporte ciclos menstruales regulares. Si las fechas son inciertas o los ciclos son irregulares, la única herramienta disponible para estimar la edad gestacional es la medición de la altura del fondo uterino en relación con la sínfisis púbica. Estas estrategias, aunque limitadas en algunos entornos, son esenciales para una evaluación adecuada del riesgo y manejo del parto prematuro (2).

El parto prematuro se manifiesta mediante contracciones uterinas regulares junto con una dilatación cervical progresiva, que puede presentarse con o sin borramiento cervical.

- Toma de historia clínica: fecha estimada de parto, ecografías, controles prenatales.
- Observaciones maternas: intensidad del dolor, frecuencia cardíaca, tensión arterial, temperatura, examen urinario, flujo vaginal, duración, intensidad y ritmo de las contracciones.
- Observaciones fetales: movimiento fetal en las últimas 24 horas, altura del fondo uterino, posición del bebé, presentación, posición y encaje de la parte que se presenta.
- A las mujeres se les ofrece un examen con espéculo para verificar la posible ruptura prematura de membranas (37).

2.3.1.8 Manejo terapéutico

El manejo del parto prematuro se determina según la edad gestacional al ingreso hospitalario. Cuando la gestación supera las 34 semanas y existe

trabajo de parto establecido, se procede a la hospitalización. Tras un periodo de observación de 4 a 6 horas sin evidencia de progresión en dilatación o borramiento cervical, se realiza una evaluación del bienestar fetal con una prueba no estresante reactiva y se descartan complicaciones gestacionales. En caso de no encontrar problemas, la paciente puede ser dada de alta con instrucciones para un seguimiento en 1 a 2 semanas, y orientación sobre signos de alarma que requieran retorno inmediato (13).

A. Tocólisis

En los casos de alto riesgo de parto prematuro dentro de los próximos siete días, la administración de corticosteroides prenatales es fundamental, ya que mejora significativamente los resultados perinatales y a largo plazo en los neonatos. Por ello, es prioritario iniciar este tratamiento lo antes posible (42,43). Dado que los corticosteroides alcanzan su máxima eficacia cuando se administran al menos 48 horas, pero no más de siete días antes del nacimiento, se recomienda la tocólisis para retrasar el parto por al menos ese período crítico (44).

Además, la tocólisis tiene un papel importante al brindar el tiempo necesario para realizar una transferencia in útero a centros con unidades neonatales de nivel adecuado, asegurando así una atención especializada para el recién nacido (2).

B. Corticosteroides

Los corticosteroides se indican para acelerar la maduración pulmonar del feto en situaciones donde el parto prematuro es inminente. Este

tratamiento tiene como objetivo reducir los riesgos asociados con la insuficiencia respiratoria en el recién nacido prematuro (44,45).

Se recomienda administrar un ciclo único de corticosteroides entre las 24 y 33.6 semanas de gestación si existe un alto riesgo de parto prematuro dentro de los siguientes siete días. El tratamiento es más efectivo si el parto ocurre después de al menos 24 horas, preferiblemente 48 horas, pero no más de siete días tras la primera dosis (42).

C. Sulfato de magnesio

El sulfato de magnesio proporciona neuroprotección fetal cuando se administra durante un período mínimo de cuatro horas ante un parto inminente antes de la semana 32 de gestación. Este tratamiento reduce significativamente el riesgo de daño cerebral en el recién nacido prematuro, especialmente en aquellos con alto riesgo de parálisis cerebral, al intervenir en los mecanismos que afectan el sistema nervioso central fetal en el contexto de prematuridad (45).

La administración de sulfato de magnesio con fines de neuroprotección fetal se recomienda hasta las 31 + 6 semanas de gestación, pudiendo evaluarse su uso hasta las 33 + 6 semanas en casos de fetos con restricción del crecimiento por debajo del percentil 5 (2).

2.3.1.9 Prevención

Existen diversas estrategias de prevención que pueden implementarse en mujeres con alto riesgo de parto prematuro. Este grupo generalmente incluye a aquellas que han presentado un parto prematuro en embarazos anteriores. A estas pacientes se les debe ofrecer una atención integral

que incluya información clara, apoyo continuo y medidas preventivas desde el inicio de la gestación. La intervención oportuna puede contribuir significativamente a reducir el riesgo y mejorar los resultados maternos y neonatales (37).

A. Prevención Primaria

Se debe realizar la identificación de los factores de riesgo en general, un seguimiento prenatal apropiado, junto con la orientación y formación dirigida a la gestante. Es necesario efectuar un análisis de orina y urocultivo con el propósito de diagnosticar una posible infección urinaria subclínica (41).

B. Prevención Secundaria

En pacientes con amenaza de parto pretérmino se puede emplear la prueba de fibronectina fetal, el monitoreo de la actividad uterina o la ecografía cervical transvaginal para medir la longitud del cuello uterino. La antibioticoterapia se reserva para aquellos casos donde se documenta infección bacteriana confirmada (41).

2.3.1.10 Complicaciones

A. Complicaciones maternas

El parto prematuro se asocia con un mayor riesgo de mortalidad y enfermedades cardiovasculares en la vida adulta, generalmente años después del nacimiento. Si bien los motivos precisos de esta vinculación permanecen sin aclararse por completo, se especula que podrían involucrar factores como el desarrollo fetal alterado, la exposición

temprana a condiciones adversas y la programación del sistema cardiovascular durante la gestación (13).

B. Complicaciones en los bebés

El parto prematuro está relacionado con un deterioro del desarrollo neurológico, mediante alteraciones cognitivas, secuelas motoras, parálisis cerebral y deterioro visual o auditivo. Estos peligros se intensifican conforme disminuye la edad gestacional. Estos riesgos aumentan a medida que disminuye la edad gestacional, ya que los órganos y sistemas del feto, incluidos el cerebro y el sistema nervioso, no tienen suficiente tiempo para desarrollarse adecuadamente. Además, los trastornos conductuales como la ansiedad, la depresión, el trastorno del espectro autista y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), también se asocian con los nacimientos prematuros, reflejando un impacto a largo plazo en la salud mental y el comportamiento (13).

C. Complicaciones neonatales

Las complicaciones neonatales asociadas con el parto prematuro engloban la enterocolitis necrosante, las hemorragias intraventriculares, la displasia broncopulmonar, la retinopatía del prematuro, el retraso del crecimiento y la detección de malformaciones congénitas. Estas condiciones pueden generar graves afectaciones en la salud inmediata y futura del recién nacido, afectando su desarrollo y calidad de vida (13).

2.3.2 Factores de riesgo

Existen diversos factores específicos que elevan la probabilidad de un parto pretérmino. Una detección temprana de estos factores posibilita

establecer estrategias de seguimiento e intervención oportuna, permitiendo prolongar la gestación y minimizar las complicaciones relacionadas (37).

2.3.2.1 Factores maternos

Varios estudios han identificado factores maternos que incrementan la probabilidad de un parto prematuro. Por ejemplo, se ha documentado que las madres menores de 19 años tienen un mayor riesgo (46), además, las mujeres que experimentan violencia durante el embarazo también presentan un riesgo significativamente mayor (16). La educación materna básica se relaciona con incremento en el riesgo de prematuridad (46).

2.3.2.2 Factores obstétricos

Los factores obstétricos también juegan un papel importante en el riesgo de parto prematuro. Las féminas que han tenido cesáreas previas tienen un mayor riesgo, la paridad es otro factor significativo; ser primípara se asocia con una mayor probabilidad de parto prematuro (16). Además, los embarazos múltiples son considerados un factor de riesgo importante para la prematuridad (47).

2.3.2.3 Factores patológicos

Entre los factores patológicos, las condiciones médicas como la preeclampsia son altamente relevantes, ya que las madres con esta condición tienen un riesgo significativamente aumentado de parto prematuro (14), las infecciones durante el embarazo también son críticas; por ejemplo, las mujeres con infecciones del tracto genital inferior tienen más probabilidades de experimentar partos prematuros (48). Además,

problemas relacionados con el útero o el cuello uterino pueden incrementar este riesgo.

2.4 Definición de términos básicos

- a) Parto pretérmino:** Se define como parto pretérmino aquel que acontece antes de completar la semana 37 de gestación, calculada a partir del primer día de la última menstruación, representa una importante causa de morbilidad neonatal (36).
- b) Factor de riesgo:** Característica, situación o conducta que eleva las posibilidades de desarrollar una patología o daño a la salud (37).
- c) Tocolisis:** Intervención farmacológica dirigida a inhibir las contracciones uterinas prematuras, con el objetivo de prolongar la gestación y permitir la administración de corticoides para maduración pulmonar fetal (49).
- d) Amenaza de parto pretérmino:** Manifestación clínica caracterizada por una dinámica uterina rítmica acompañada de cambios cervicales progresivas, que sin intervención oportuna pueden desencadenar un parto prematuro (50).
- e) Edad gestacional:** Periodo transcurrido desde la fecha inicial de la última menstruación hasta el momento actual de la gestación, expresado en semanas y días completos (51).
- f) Periodo intergenésico:** Intervalo temporal entre la fecha de culminación de la gestación (parto o aborto) y el comienzo del próximo. Su duración óptima es mayor a 24 meses (52).

- g) Control prenatal:** Conjunto de actividades sanitarias programadas durante la gestación para vigilar el desarrollo gestacional, identificar posibles riesgos y prevenir alteraciones en la salud materno-fetal (53).
- h) Ruptura prematura de membranas:** Complicación gestacional que acontece cuando las membranas fetales sufren una ruptura anticipada antes del inicio del trabajo de parto (54).
- i) Trastornos hipertensivos:** son un conjunto de afecciones caracterizadas por presión arterial alta (sistólica (≥ 140) mmHg y/o diastólica (≥ 90) mmHg) durante la gestación. Se clasifican en hipertensión gestacional, hipertensión crónica, y preeclampsia (con o sin criterios de gravedad), y pueden tener graves consecuencias para la madre y el bebé (55).
- j) Educación básica regular:** Esta modalidad educativa incluye las fases de Educación Inicial, Primaria y Secundaria. Se orienta a niños y adolescentes que transitan, en el momento idóneo, por la trayectoria formativa conforme a su desarrollo físico, emocional y cognitivo, desde su nacimiento (56).
- k) Educación superior:** Esta etapa subsiguiente del sistema educativo fortalece la preparación integral de las personas, genera conocimiento, fomenta la investigación e innovación, y capacita profesionales con el máximo nivel de especialización y actualización en todas las áreas del saber, arte, cultura, ciencia y tecnología, para atender la demanda social y promover el desarrollo y sostenibilidad nacional. Las instituciones universitarias, junto con institutos, escuelas y otros

centros que ofrecen educación superior, pueden ser públicos o privados y se rigen por normativa específica (57).

- I) Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU):** Condición patológica donde el feto no alcanza su potencial de crecimiento genéticamente determinado (58).

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

3.1.1 Hipótesis general

- **Ha:** Existen factores de riesgo se asocian significativamente con el parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024.
- **H0:** Existen factores de riesgo no se asocian significativamente con el parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024.

3.1.2 Hipótesis específicas

- Existen factores maternos se asocian significativamente al parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024.
- Existen factores obstétricos se asocian significativamente al parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024.
- Existen factores patológicos se asocian significativamente al parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024.
- Existen factores fetales se asocian significativamente al parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024.

3.2 Identificación de variables

Variable independiente

- Factores de riesgo

Variable dependiente

- Parto pretérmino

3.3 Operacionalización de variables

Variables	Conceptualización	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Categorías	Ítems	Escala de medición
Factores de riesgo	Son aquellas características maternas, obstétricas y patológicas presentes durante el embarazo que aumentan la probabilidad de presentar un parto pretérmino	Características maternas, obstétricas, patológicas y fetales registradas en las historias clínicas que incrementaron la probabilidad de parto pretérmino. Se midieron mediante ficha de recolección de datos estructurada.	Factores maternos	Edad materna	≤ 15 o ≥35 años 16-34 años	1	Nominal
				Nivel educativo	Educación básica regular Educación superior	2	Nominal
				Estado civil	Soltera Casada / Conviviente	3	Nominal
				Ocupación	Dependiente Independiente	4	Nominal
				Procedencia	Rural Urbana	5	Nominal
				Violencia domestica	Si No	6	Nominal
				Tabaquismo	Si No	7	Nominal
				IMC	Inadecuado Adecuado	8	Nominal
			Factores obstétricos	Control prenatal	<6 controles ≥6 controles	9	Nominal
				Paridad	Primípara Multípara	10	Nominal
				Antecedente de aborto	Sí No	11	Nominal
				Antecedente de parto pretérmino	Sí No	12	Nominal
				Periodo intergenésico	Sin embarazo previo / <24 meses	13	Nominal

					≥24 meses		
				Cirugías cervicales (LEEP. Conización)	Si No	14	Nominal
			Factores patológicos	Trastornos hipertensivos	Sí No	15	Nominal
				ITU	Sí No	16	Nominal
				Ruptura prematura de membranas	Sí No	17	Nominal
				Anemia ferropénica	Sí No	18	Nominal
				Hemorragia ante parto	Sí No	19	Nominal
				Diabetes gestacional	Si No	20	Nominal
				Infección vaginal	Si No	21	Nominal
				Placenta previa	Si No	22	Nominal
				DPP	Si No	23	Nominal
				Corioamnionitis	Si No	24	Nominal
			Factores fetales	Malformación congénita	Si No	25	Nominal
				Muerte intrauterina	Si No	26	Nominal
				Gestación múltiple	Si No	27	Nominal

				RCIU	Si No	28	Nominal
Parto pretérmino	Parto que se produce antes de las 37 semanas de gestación.	Nacimiento ocurrido entre las 22 y 36.6 semanas de gestación, determinado mediante la edad gestacional registrada en la historia clínica materna. Se categorizó como presente (caso) o ausente (control), clasificándose además según edad gestacional.	-	Edad gestacional al nacimiento	Si (Parto pretérmino) No (Parto a término)	Si No	Dicotómica/ Nominal

IV METODOLOGÍA

4.1 **Ámbito de estudio: localización política y geográfica**

El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega se ubica en la Av. Daniel Alcides Carrión, en la ciudad de Abancay, dentro de la ciudad de Abancay, capital provincial del departamento de Apurímac en Perú. Esta localización lo convierte en un establecimiento de salud estratégico para la región, ya que es un órgano desconcentrado de la Dirección de Salud III Abancay, perteneciente al Ministerio de Salud.

Desde el punto de vista geográfico, Abancay se encuentra situada en una zona montañosa, a orillas del río Apurímac, y está rodeada por una geografía variada que incluye montañas y valles. El hospital ocupa un terreno de aproximadamente 1.97 hectáreas, donde se distribuyen áreas verdes, edificios y estacionamientos, lo que permite una adecuada atención a los pacientes.

4.2 **Tipo y nivel de investigación**

4.2.1 **Tipo de investigación**

La investigación fue de tipo **observacional, retrospectivo y analítico con diseño de casos y controles**. Es observacional porque se estudió la información sin manipular variables; retrospectivo porque analizó eventos ya ocurridos; y analítico porque busca establecer asociaciones entre los factores de riesgo y el parto pretérmino mediante comparación de casos y controles.

4.2.2 Nivel de investigación

El nivel de investigación fue **analítico**, pues pretende establecer asociaciones estadísticamente significativas entre los factores de riesgo (variables independientes) y el parto pretérmino (variable dependiente). Mediante el análisis de casos y controles se identificaron factores maternos, obstétricos, patológicos y fetales que presentan asociación con la ocurrencia del parto pretérmino, cuantificando la magnitud de dicha asociación mediante el Odds Ratio (OR).

4.2.3 Diseño de investigación

El diseño es de casos y controles, donde se compararon dos grupos: los casos (gestantes con parto pretérmino entre 22-36.6 semanas) y los controles (gestantes con parto a término entre 37- 41.6 semanas), en una relación de 1:1.

La estructura del diseño se representa de la siguiente manera:

	CASOS	CONTROLES
Expuestos	A	B
No Expuestos	C	D

Fuente: (59)

Donde:

- **A** = Número de gestantes con parto pretérmino expuestas al factor de riesgo
- **B** = Número de gestantes con parto a término expuestas al mismo factor de riesgo

- **C** = Número de gestantes con parto pretérmino sin exposición al factor de riesgo
- **D** = Número de gestantes con parto a término sin exposición al factor de riesgo (59).

4.3 Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por historias clínicas de las gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay durante el año 2024.

4.4 Población de estudio

La población de estudio estuvo conformada por la totalidad de gestantes atendidas pro parto en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el periodo de enero a septiembre de 2024, independientemente de la edad gestacional al momento del parto.

4.5 Tamaño de muestra

Para determinar el tamaño de muestra en este estudio de casos y controles, se utilizó la fórmula para comparación de dos proporciones con planteamiento bilateral (60).

$$n = \frac{[Z_{1-\frac{\alpha}{2}}\sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + Z_{1-\beta}\sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Donde:

- $\alpha = 0.05$ (nivel de significancia, con una seguridad del 95%)
- $\beta = 0.20$ (poder estadístico del 80%)

- $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$ (valor de la distribución normal estándar)
- $Z_{1-\beta} = 0.84$ (valor de la distribución normal estándar)
- p_1 = proporción esperada de exposición en casos (gestantes con parto pretérmino)
- p_2 = proporción esperada de exposición en controles (gestantes con parto a término)
- $\bar{p} = (p_1 + p_2)/2$ (promedio de las proporciones)

Valores utilizados:

Considerando el control prenatal inadecuado como uno de los principales factores de riesgo identificados en estudios previos nacionales (26,28), se estimaron las siguientes proporciones:

- $p_1 = 0.52$ (52% de gestantes con parto pretérmino tienen menos de 6 controles prenatales)
- $p_2 = 0.33$ (33% de gestantes con parto a término tienen menos de 6 controles prenatales)
- $\bar{p} = (0.52 + 0.33)/2 = 0.425$

Reemplazando los valores en la fórmula:

$$n = \frac{[1.96\sqrt{2(0.425)(1 - 0.425)} + 0.84\sqrt{(0.52)(1 - 0.52) + (0.33)(1 - 0.33)}]^2}{(0.52 - 0.33)^2}$$

$$n = 104.9$$

$$n = 105$$

Por lo tanto, el tamaño muestral calculado fue de 105 casos (gestantes con parto pretérmino) y 105 controles (gestantes con parto a término), estableciendo una relación 1:1

4.5.1 Criterios de inclusión y exclusión

Para casos (partos pretérminos):

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas de gestantes con parto entre 22 y 36.6 semanas
- Edad gestacional confirmada por fecha de última menstruación (FUM) confiable o ecografía de primer trimestre
- Historias clínicas completas y legibles
- Gestantes atendidas durante el año 2024

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas de gestantes con parto entre 37 y 41.6 semanas
- Edad gestacional no confirmada o con discordancia mayor a 2 semanas entre métodos de datación
- Historias clínicas incompletas o ilegibles

Para controles (partos a término):

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas de gestantes con parto entre 37 y 41.6 semanas
- Edad gestacional confirmada por fecha de última menstruación (FUM) confiable o ecografía de primer trimestre
- Historias clínicas completas y legibles

- Gestantes atendidas durante el año 2024

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas de gestantes con parto entre 22 y 36.6 semanas
- Edad gestacional no confirmada o con discordancia mayor a 2 semanas entre métodos de datación
- Historias clínicas incompletas o ilegibles

4.6 Técnicas de selección de muestra

El tamaño de muestra se determinó mediante cálculo estadístico. La selección se realizó revisando el libro de registro de partos del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega correspondiente al año 2024. Se identificaron todos los casos de parto pretérmino (22-36.6 semanas) registrados entre enero y septiembre, seleccionándolos de manera consecutiva según cumplieran los criterios de inclusión hasta alcanzar 105 casos. Para cada caso se seleccionó un control (parto a término entre 37-41.6 semanas) del mismo periodo, estableciendo una relación 1:1 hasta completar 105 controles, verificando que todas las historias clínicas contaran con información completa sobre las variables de estudio.

4.7 Técnicas de recolección de información

4.7.1 Técnica

La técnica empleada fue la revisión documental, la cual involucró el procesamiento metódico de información extraída de las historias clínicas obstétricas correspondientes a pacientes atendidas en el servicio de

gineco-obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2024.

4.7.2 Instrumento

El instrumento fue una ficha de recolección de datos estructurada, diseñada específicamente para este estudio, que permitió registrar de manera sistemática la información necesaria de las historias clínicas.

4.7.3 Descripción del instrumento

El instrumento es una ficha de recolección de datos que consta de 29 ítems distribuidos en cinco secciones: diagnóstico de parto (1 ítem que incluye la clasificación por edad gestacional), factores maternos (8 ítems), factores obstétricos (6 ítems), factores patológicos (10 ítems) y factores fetales (4 ítems).

La validez del instrumento se estableció mediante juicio de expertos, contando con la evaluación de cinco profesionales especialistas en gineco-obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, quienes evaluaron mediante una escala Likert del 1 al 5 los siguientes criterios: pertinencia de los ítems, suficiencia del número de preguntas, claridad conceptual, coherencia con el problema de investigación, adecuación del lenguaje y organización del instrumento. Los cinco expertos emitieron opinión favorable, calificando el instrumento como "aplicable", con puntuaciones promedio superiores a 4.0 puntos en todos los criterios evaluados, lo que indica validez de contenido satisfactoria.

Dado que el instrumento es una ficha de recolección de datos que registra información de las historias clínicas (edad gestacional, diagnósticos

médicos, resultados de laboratorio, antecedentes obstétricos), no se calculó confiabilidad mediante coeficientes estadísticos.

4.8 Técnicas de análisis e interpretación de la información

Para el análisis e interpretación de la información se utilizó el software estadístico SPSS v25. El análisis descriptivo comprendió el cálculo de frecuencias y porcentajes para variables categóricas. Para el análisis bivariado se empleó la prueba de Chi-cuadrado (χ^2) para determinar la asociación entre las variables independientes y el parto pretérmino, considerando un nivel de significancia de $p < 0.05$.

Se calculó el Odds Ratio crudo (ORc) con intervalos de confianza al 95% mediante análisis de razón de odds en tablas de contingencia 2x2, evaluando cada factor de riesgo de manera individual. Los resultados se presentaron mediante tablas estadísticas que facilitaron la interpretación de los hallazgos, acompañados de sus respectivas interpretaciones, identificando los factores significativamente asociados al parto pretérmino cuando $p < 0.05$.

4.9 Técnicas para demostrar la verdad o falsedad de las hipótesis planteadas

Para demostrar la verdad o falsedad de las hipótesis planteadas, se utilizó la prueba de Chi-cuadrado (χ^2) para establecer asociaciones estadísticamente significativas ($p < 0.05$) entre los factores de riesgo y el parto pretérmino. Se calculó el Odds Ratio crudo (ORc) con intervalos de confianza al 95% para cuantificar la magnitud de la asociación. Se aceptó la hipótesis alterna (H_a) cuando $p < 0.05$ y el intervalo de confianza del OR

no incluyó el valor 1, confirmando asociación estadísticamente significativa. Se aceptó la hipótesis nula (H_0) cuando $p \geq 0.05$, indicando ausencia de asociación estadística significativa.

4.10 Consideraciones éticas

La investigación se realizó bajo principios éticos que protegieron la confidencialidad y privacidad de las gestantes. Se obtuvo autorización del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega para acceder a las historias clínicas. Los datos recopilados fueron manejados con total discreción, asignando códigos numéricos en lugar de nombres para mantener el anonimato. La información se utilizó únicamente con fines académicos y científicos, sin representar riesgo para las participantes al tratarse de un estudio retrospectivo. Se respetaron los principios de beneficencia, no maleficencia y justicia, buscando generar conocimiento que beneficie a futuras gestantes mediante la identificación de factores de riesgo modificables.

V. RESULTADOS

5.1 Procesamiento, análisis, interpretación y discusión de resultados

Tabla 1. Distribución de gestantes con parto pretérmino según clasificación por edad gestacional en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega

		n	%
Parto pretérmino	Prematuros extremos	6	5.7%
	Muy prematuros	3	2.9%
	Prematuros moderados	17	16.2%
	Prematuros tardíos	79	75.2%
	Total	105	100.0%

En la tabla 1 se muestra la distribución de los casos de parto pretérmino según la edad gestacional, del cual el 75.2% corresponde a prematuros tardíos (entre 34 y 36 semanas), representando la mayoría de los casos. Le siguen los prematuros moderados con un 16.2% (32 a 33 semanas), mientras que los muy prematuros alcanzan apenas el 2.9% (28 a 31 semanas). Los prematuros extremos, aquellos nacidos antes de las 28 semanas, constituyen el 5.7% del total.

A continuación, se presentan los hallazgos obtenidos del análisis inferencial, donde se evaluó la asociación entre los factores estudiados y el parto pretérmino. Los resultados permiten confirmar o rechazar las hipótesis planteadas, determinando cuáles factores maternos, obstétricos, patológicos y fetales.

Formulación de hipótesis específica 1

Ha: Existen factores maternos se asocian significativamente con el parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024.

H0: Existen factores maternos no se asocian significativamente con el parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024.

Tabla 2. Asociación de factores maternos con parto pretérmino: análisis bivariado en gestantes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega

Factores maternos	Parto pretérmino				OR	IC 95%	p valor
	Parto pretérmino		Parto a término				
Edad Materna	n	%	n	%			
≤ 15 o ≥ 35 años	31	29.5%	21	20.0%	1.68	0.89 - 3.17	0.110
16 a 34 años	74	70.5%	84	80.0%			
Nivel Educativo							
Educación básica regular	82	78.1%	42	40.0%	5.34	2.92 - 9.80	0.005
Educación superior	23	21.9%	63	60.0%			
Estado Civil							
Soltera	13	12.4%	18	17.1%	0.68	0.32 - 1.48	0.331
Casada/Conviviente	92	87.6%	87	82.9%			
Ocupación							
Económicamente dependiente	86	81.9%	88	83.8%	0.87	0.43 - 1.79	0.714
Económicamente independiente	19	18.1%	17	16.2%			
Procedencia							
Rural	43	41.0%	31	29.5%	1.66	0.93 - 2.93	0.083
Urbano	62	59.0%	74	70.5%			
Violencia Doméstica							
Sí sufrió violencia	17	16.2%	6	5.7%	3.19	1.20 - 8.44	0.015
No sufrió violencia	88	83.8%	99	94.3%			

Tabaquismo					0.74	0.16 - 3.40	0.701
Sí	3	2.9%	4	3.8%			
No	102	97.1%	101	96.2%			
Índice de Masa Corporal					1.17	0.68 - 2.01	0.58
Inadecuado	59	56.2%	55	52.4%			
Adecuado	46	43.8%	50	47.6%			

Análisis descriptivo: En la tabla se muestra que, respecto a la edad materna, el 70.5% de gestantes con parto pretérmino tenían entre 16-34 años, mientras que el 29.5% correspondía a edades extremas (≤ 15 o ≥ 35 años). Por otro lado, en cuanto al nivel educativo, se observa una diferencia notable donde el 78.1% de casos tenía educación básica regular comparado con el 60.0% en controles que tenían educación superior, y el 21.9% de casos presentaba educación superior, mientras que el 40.0% en controles tenían educación básica. Asimismo, el estado civil muestra que el 87.6% de gestantes con parto pretérmino eran casadas o convivientes, frente al 82.9% en el grupo control.

Por otra parte, la ocupación revela que el 81.9% de casos eran económicamente dependientes, proporción similar al grupo control (83.8%). En cuanto a procedencia, el 59.0% de casos provenía de zona urbana versus el 70.5% en controles, mientras que el 41.0% era de procedencia rural comparado con el 29.5% en controles. Respecto a violencia doméstica, resulta llamativo que el 16.2% de gestantes con parto pretérmino sufrió violencia, contrastando marcadamente con solo el 5.7% en el grupo control.

Análisis inferencial: De la tabla se identificó que tener educación básica regular constituye un factor de riesgo significativo para el parto pretérmino (OR=5.34, IC95%: 2.92-9.80, $p=0.005$), lo que indica que las gestantes con nivel educativo básico tienen más de cinco veces la probabilidad de presentar esta complicación comparadas con aquellas que cuentan con educación superior. Asimismo, haber sufrido violencia doméstica durante el embarazo representa un factor de riesgo

importante (OR=3.19, IC95%: 1.20-8.44, $p=0.015$), triplicando la probabilidad de parto pretérmino.

Mientras que la edad materna (OR=1.68, IC95%: 0.89-3.17, $p=0.110$), el estado civil (OR=0.68, IC95%: 0.32-1.48, $p=0.331$), la ocupación (OR=0.87, IC95%: 0.43-1.79, $p=0.714$), la procedencia (OR=1.66, IC95%: 0.93-2.93, $p=0.083$), el tabaquismo (OR=0.74, IC95%: 0.16-3.40, $p=0.701$) y el índice de masa corporal (OR=1.17, IC95%: 0.68-2.01, $p=0.580$) no mostraron asociación estadísticamente significativa con el parto pretérmino.

Los hallazgos subrayan que el nivel educativo básico y la violencia doméstica son determinantes importantes que incrementan sustancialmente el riesgo de parto pretérmino.

Decisión estadística: Se rechaza la H_0 y se acepta la H_a . Existe evidencia estadística suficiente para afirmar que los factores maternos se asocian significativamente con el parto pretérmino, específicamente el nivel educativo y la violencia doméstica.

Formulación de hipótesis específica 2

Ha: Existen factores obstétricos se asocian significativamente con el parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024.

H0: Existen factores obstétricos no se asocian significativamente con el parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024.

Tabla 3. Asociación de factores obstétricos con parto pretérmino: análisis bivariado en gestantes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega

Factores obstétricos	Parto pretérmino				OR	IC 95%	p valor
	Parto pretérmino		Parto a término				
Controles Prenatales							
< a 6 controles	55	52.4%	21	20.0%	4.4	2.38 - 8.12	<0.001
≥ a 6 controles	50	47.6%	84	80.0%			
Paridad							
Primípara	25	23.8%	31	29.5%	0.75	0.40 - 1.38	0.349
Múltipara	80	76.2%	74	70.5%			
Antecedente de Aborto							
Sí	38	36.2%	33	31.4%	1.24	0.70 - 2.19	0.466
No	67	63.8%	72	68.6%			
Antecedente de Parto Pretérmino							
Sí	25	23.8%	1	1.0%	32.5	4.31 - 244.98	<0.001
No	80	76.2%	104	99.0%			
Período Intergenésico							
Sin embarazo previo o < 24 meses	52	49.5%	44	41.9%	1.36	0.79 - 2.35	0.268
≥ a 24 meses	53	50.5%	61	58.1%			
Cirugía Cervical							
Sí	3	2.9%	0	0.0%	7.21 ^a	0.37 - 141.23	0.081
No	102	97.1%	105	100.0%			

^a Se aplicó la corrección Haldane-Anscombe

Análisis descriptivo: En la tabla se muestra que, respecto a los controles prenatales, el 52.4% de gestantes con parto pretérmino tuvieron menos de 6 controles, contrastando marcadamente con solo el 20.0% en el grupo control,

mientras que únicamente el 47.6% de casos tuvo controles adecuados (≥ 6) comparado con el 80.0% en controles. Por otro lado, la paridad evidencia que el 76.2% de casos correspondía a multíparas versus el 70.5% en controles, y el 23.8% eran primíparas frente al 29.5% en el grupo control. Asimismo, el antecedente de aborto muestra que el 36.2% de gestantes con parto pretérmino había presentado abortos previos, comparado con el 31.4% en controles.

Por otra parte, el antecedente de parto pretérmino revela una diferencia sustancial, donde el 23.8% de casos tenía historia previa de prematuridad versus apenas el 1.0% en controles, mientras que el 76.2% de casos no presentaba este antecedente comparado con el 99.0% en controles. En cuanto al período intergenésico, el 50.5% de casos tenía un intervalo adecuado (≥ 24 meses) frente al 58.1% en controles, y el 49.5% presentaba intervalo corto o era primigestas versus el 41.9% en controles. Respecto a cirugías cervicales, estas fueron infrecuentes, presentándose solo en el 2.9% de casos y ausentes en controles.

Análisis inferencial: De la tabla se identificó que tener menos de seis controles prenatales constituye un factor de riesgo significativo para el parto pretérmino (OR=4.4, IC95%: 2.38-8.12, $p < 0.001$), indicando que el control prenatal inadecuado cuadruplica aproximadamente el riesgo de prematuridad. Asimismo, tener antecedente de parto pretérmino previo representa un factor de riesgo altamente significativo (OR=32.5, IC95%: 4.31-244.98, $p < 0.001$), sugiriendo que la historia previa de prematuridad incrementa más de treinta veces la probabilidad de recurrencia.

Mientras que la paridad (OR=0.75, IC95%: 0.40-1.38, $p = 0.349$), el antecedente de aborto (OR=1.24, IC95%: 0.70-2.19, $p = 0.466$), el período intergenésico (OR=1.36, IC95%: 0.79-2.35, $p = 0.268$) y las cirugías cervicales (OR=7.21,

IC95%: 0.37-141.23, $p=0.081$) no mostraron asociación estadísticamente significativa con el parto pretérmino.

Estos hallazgos subrayan la importancia del control prenatal adecuado como estrategia preventiva fundamental, donde la vigilancia regular permite la detección temprana de factores de riesgo. El antecedente de parto pretérmino es un predictor extremadamente fuerte de recurrencia, enfatizando la necesidad de seguimiento estrecho y manejo especializado en gestantes con historia previa de prematuridad.

Decisión estadística: Se rechaza la H_0 y se acepta la H_a . Existe evidencia estadística suficiente para afirmar que los factores obstétricos se asocian significativamente con el parto pretérmino, específicamente el número de controles prenatales y el antecedente de parto pretérmino previo.

Formulación de hipótesis específica 3

Ha: Existen factores patológicos se asocian significativamente con el parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024.

H0: Existen factores patológicos no se asocian significativamente con el parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024.

Tabla 4. Asociación de factores patológicos con parto pretérmino: análisis bivariado en gestantes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega

Factores patológicos	Parto pretérmino				OR	IC 95%	p valor
	Parto pretérmino		Parto a término				
Trastornos hipertensivos							
Sí	23	21.9%	4	3.8%	7.08	2.36 - 21.30	<0.001
No	82	78.1%	101	96.2%			
Infección del Tracto Urinario							
Sí	79	75.2%	43	41.0%	4.38	2.43 - 7.90	<0.001
No	26	24.8%	62	59.0%			
Ruptura Prematura de Membranas							
Sí	27	25.7%	10	9.5%	3.29	1.50 - 7.21	0.002
No	78	74.3%	95	90.5%			
Anemia ferropénica							
Sin anemia	98	93.3%	102	97.1%	2.43	0.61 - 9.66	0.195
Con anemia	7	6.7%	3	2.9%			
Hemorragia anteparto							
Sí	3	2.9%	1	1.0%	3.06	0.31 - 29.89	0.313
No	102	97.1%	104	99.0%			
Diabetes gestacional							
Sí	1	1.0%	0	0.0%	3.03 ^a	0.12 - 75.20	0.316
No	104	99.0%	105	100.0%			
Infección Vaginal							
Sí	9	8.6%	2	1.9%	4.83	1.02 - 22.91	0.030
No	96	91.4%	103	98.1%			
Placenta Previa							
Sí	1	1.0%	1	1.0%	1.00	0.06 - 16.20	1.000
No	104	99.0%	104	99.0%			
Desprendimiento Prematuro de Placenta							
Sí	1	1.0%	0	0.0%	3.03 ^a		0.316

No	104	99.0%	105	100.0%		0.12 - 75.20	
Corioamnionitis							
Sí	12	11.4%	2	1.9%			
No	93	88.6%	103	98.1%	6.65	1.45 - 30.47	0.006

^a Se aplicó la corrección Haldane-Anscombe

Análisis descriptivo: En la tabla se muestra que respecto a los trastornos hipertensivos, el 21.9% de gestantes con parto pretérmino presentaba esta condición, contrastando notablemente con solo el 3.8% en el grupo control, mientras que el 78.1% de casos no tenían trastornos hipertensivos comparado con el 96.2% en controles. Por otro lado, las infecciones del tracto urinario evidencian una diferencia sustancial, donde el 75.2% de casos presentaba ITU versus únicamente el 41.0% en controles, y solo el 24.8% de casos no tenía ITU frente al 59.0% en el grupo control. Asimismo, la ruptura prematura de membranas muestra que el 25.7% de gestantes con parto pretérmino experimentó esta complicación comparada con el 9.5% en controles.

En cuanto a las infecciones vaginales, estas afectaron al 8.6% de casos comparado con solo el 1.9% en controles, mientras que el 91.4% de casos no las presentaba frente al 98.1% en controles. Respecto a la corioamnionitis, esta complicación se observó en el 11.4% de gestantes con parto pretérmino versus apenas el 1.9% en controles, y el 88.6% de casos no la presentaba comparado con el 98.1% en el grupo control.

Análisis inferencial: De la tabla se identificó que los trastornos hipertensivos constituyen el factor de riesgo más importante para el parto pretérmino (OR=7.08, IC95%: 2.36-21.30, $p<0.001$), indicando que esta condición incrementa más de siete veces la probabilidad de prematuridad. La infección del tracto urinario representa otro factor de riesgo significativo (OR=4.38, IC95%:

2.43-7.90, $p < 0.001$), cuadruplicando aproximadamente el riesgo. La ruptura prematura de membranas emerge como factor de riesgo importante ($OR = 3.29$, $IC_{95\%}$: 1.50-7.21, $p = 0.002$), triplicando las posibilidades de parto pretérmino. Además, la infección vaginal también constituye factor de riesgo ($OR = 4.83$, $IC_{95\%}$: 1.02-22.91, $p = 0.030$), y la corioamnionitis incrementa significativamente el riesgo ($OR = 6.65$, $IC_{95\%}$: 1.45-30.47, $p = 0.006$).

Mientras que la anemia ferropénica ($OR = 2.43$, $IC_{95\%}$: 0.61-9.66, $p = 0.195$), hemorragia anteparto ($OR = 3.06$, $IC_{95\%}$: 0.31-29.89, $p = 0.313$), diabetes gestacional ($OR = 3.03$, $IC_{95\%}$: 0.12-75.20, $p = 0.316$), placenta previa ($OR = 1.00$, $IC_{95\%}$: 0.06-16.20, $p = 1.000$) y desprendimiento prematuro de placenta ($OR = 3.03$, $IC_{95\%}$: 0.12-75.20, $p = 0.316$) no mostraron asociación estadísticamente significativa con el parto pretérmino.

Los resultados revelan que los trastornos hipertensivos durante el embarazo incrementan considerablemente el riesgo. Las infecciones del tracto urinario y vaginales son factores de riesgo modificables cruciales, donde su prevención y tratamiento oportuno podrían reducir significativamente la incidencia de prematuridad. La ruptura prematura de membranas y la corioamnionitis actúan como desencadenantes directos del parto pretérmino.

Decisión estadística: Se rechaza la H_0 y se acepta la H_a . Existe evidencia estadística suficiente para afirmar que los factores patológicos se asocian significativamente con el parto pretérmino, identificándose condiciones con asociación estadística significativa.

Formulación de hipótesis específica 4

Ha: Existen factores fetales se asocian significativamente con el parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024.

H0: Existen factores fetales no se asocian significativamente con el parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024.

Tabla 5. Asociación de factores fetales con parto pretérmino: análisis bivariado en gestantes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega

Factores fetales	Parto pretérmino				OR	IC 95%	p valor
	Parto pretérmino		Parto a término				
Malformación Congénita							
Sí	3	2.9%	2	1.9%	1.52	0.25 - 9.26	0.651
No	102	97.1%	103	98.1%			
Muerte Intrauterina							
Sí	9	8.6%	0	0.0%	20.77 ^a	1.19 - 361.69	0.002
No	96	91.4%	105	100.0%			
Gestación Múltiple							
Sí	7	6.7%	1	1.0%	7.43	0.90 - 61.48	0.031
No	98	93.3%	104	99.0%			
RCIU							
Sí	7	6.7%	5	4.8%	1.43	0.44 - 4.65	0.552
No	98	93.3%	100	95.2%			

^a Se aplicó la corrección Haldane-Anscombe

Análisis descriptivo: En la tabla se muestra que respecto a las malformaciones congénitas, estas fueron infrecuentes en ambos grupos, presentándose en el 2.9% de gestantes con parto pretérmino versus el 1.9% en controles, mientras que el 97.1% de casos no las presentaba comparado con el 98.1% en el grupo control. Por otro lado, la muerte intrauterina evidencia una diferencia notable, donde el 8.6% de casos experimentó esta complicación contrastando con la ausencia total (0.0%) en controles, y el 91.4% de casos no la presentaba frente

al 100.0% en controles. Asimismo, la gestación múltiple muestra que el 6.7% de gestantes con parto pretérmino cursaba con embarazo gemelar o múltiple comparado con solo el 1.0% en controles. Por otra parte, la restricción del crecimiento intrauterino se presentó en el 6.7% de casos versus el 4.8% en controles, mientras que el 93.3% de casos no la presentaba frente al 95.2% en el grupo control.

Análisis inferencial: De la tabla se identificó que la muerte intrauterina constituye un factor de riesgo altamente significativo (OR=20.77, IC95%: 1.19-361.69, $p=0.002$), indicando que cuando ocurre muerte fetal la probabilidad de parto pretérmino se incrementa más de veinte veces. Asimismo, la gestación múltiple representa un factor de riesgo significativo (OR=7.43, IC95%: 0.90-61.48, $p=0.033$), sugiriendo que los embarazos gemelares o múltiples tienen más de siete veces el riesgo de prematuridad comparado con los embarazos únicos. Mientras que las malformaciones congénitas (OR=1.52, IC95%: 0.25-9.26, $p=0.651$) y la restricción del crecimiento intrauterino (OR=1.43, IC95%: 0.44-4.65, $p=0.552$) no mostraron asociación estadísticamente significativa con el parto pretérmino.

Decisión estadística: Se rechaza la H_0 y se acepta la H_a . Existe evidencia estadística suficiente para afirmar que los factores fetales se asocian significativamente con el parto pretérmino, específicamente la muerte intrauterina y la gestación múltiple.

VI. DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio evidencian que el 75.2% de los casos de parto pretérmino correspondieron a prematuros tardíos (34-36 semanas), mientras que el 16.2% fueron prematuros moderados (32-33 semanas). Esta distribución particular revela patrones epidemiológicos específicos que permiten identificar múltiples factores de riesgo asociados a esta complicación obstétrica. La mayor frecuencia de prematuros tardíos sugiere que la mayoría de los casos ocurren cuando los sistemas orgánicos fetales han alcanzado un desarrollo considerable, lo que implica mejores posibilidades de supervivencia y menor riesgo de complicaciones graves.

Estos hallazgos son similares a los reportados por Etil et al. (17), quienes encontraron una prevalencia del 35.8% de parto prematuro en Uganda, identificando la preeclampsia, el bajo peso al nacer y el estado laboral materno como predictores significativos. De manera similar, Rutayisire et al. (18) documentaron una prevalencia del 13.8% en Ruanda, asociándose significativamente con edad materna avanzada, ruptura prematura de membranas e hipertensión durante el embarazo, lo que demuestra la consistencia de ciertos factores de riesgo a través de diferentes poblaciones africanas. La investigación de Defilipo et al. (19) en Brasil encontró que ser primogénito, tener madres con altos ingresos y antecedentes de partos prematuros incrementan significativamente el riesgo, mientras que más de seis consultas prenatales actúan como factor protector.

Estos hallazgos sustentan que el parto pretérmino representa un problema de salud pública significativo que se puede observar en diferentes geografías y condiciones socioeconómicas. La evidencia recopilada da respaldo a la

naturaleza multifactorial de esta complicación, donde diversos factores maternos, obstétricos, patológicos y fetales interactúan.

En relación a los factores maternos identificados, el estudio reveló que la educación básica regular incrementa más de cinco veces el riesgo de parto pretérmino (OR=5.34, IC95%: 2.92-9.80, $p=0.005$), mientras que la violencia doméstica constituye factor de riesgo importante que triplica la probabilidad de esta complicación (OR=3.19, IC95%: 1.20-8.44, $p=0.015$). Estos hallazgos son similares a los de Defilipo et al. (19), quienes encontraron que la violencia durante el embarazo incrementa 2.5 veces la probabilidad de prematuridad, estableciendo una asociación entre el estrés psicosocial y los resultados obstétricos adversos. La investigación brasileña también documentó que más de seis consultas prenatales actúan como factor protector, coincidiendo con la importancia del seguimiento médico regular. Igualmente, Fetene et al. (20) en Etiopía identificaron que la violencia física íntima duplica el riesgo de parto prematuro, junto con otros determinantes sociales como la residencia rural y la falta de atención prenatal.

Los factores obstétricos mostraron asociaciones significativas que revelan la importancia fundamental del cuidado prenatal adecuado. El análisis identificó que tener menos de seis controles prenatales cuadruplica el riesgo de prematuridad (OR=4.4, IC95%: 2.38-8.12, $p<0.001$), mientras que el antecedente de parto pretérmino previo se constituye en predictor extremadamente fuerte de recurrencia al incrementar más de treinta veces la probabilidad (OR=32.5, IC95%: 4.31-244.98, $p<0.001$). Estos hallazgos son similares a los reportados por Casimiro et al. (23), quienes encontraron que menos de seis controles prenatales incrementa diez veces el riesgo de parto

pretérmino en gestantes adolescentes, una población particularmente vulnerable que requiere seguimiento especializado debido a la inmadurez biológica.

De manera comparable, Díaz-Rodríguez et al. (21) identificaron que el parto prematuro previo multiplica por veinte las posibilidades de recurrencia, mientras que la baja asistencia a consultas prenatales duplica el riesgo. La investigación de Sánchez (26) respalda estos hallazgos al demostrar que la atención prenatal adecuada reduce seis veces el riesgo de prematuridad, mientras que el antecedente de parto pretérmino lo incrementa ocho veces, confirmando la importancia tanto de la prevención primaria como del manejo especializado de gestantes con historia previa de complicaciones. Estos resultados respaldan la importancia fundamental del control prenatal como estrategia preventiva integral.

En cuanto a los factores patológicos, el estudio evidenció asociaciones significativas que revelan los mecanismos fisiopatológicos subyacentes del parto pretérmino. Los trastornos hipertensivos se establecieron como el factor de riesgo más importante al incrementar siete veces la probabilidad de prematuridad (OR=7.08, IC95%: 2.35-21.30, $p<0.001$), mientras que la infección del tracto urinario cuadruplica el riesgo (OR=4.38, IC95%: 2.44-7.85, $p<0.001$). La ruptura prematura de membranas constituye factor de riesgo que triplica las posibilidades (OR=3.29, IC95%: 1.50-7.21, $p=0.002$), junto con la infección vaginal que quintuplica el riesgo (OR=4.83, IC95%: 1.02-22.91, $p=0.030$) y la corioamnionitis que incrementa más de seis veces la probabilidad (OR=6.65, IC95%: 1.45-30.47, $p=0.006$).

Estos hallazgos son similares a los de Zevallos (22), quien identificó que las gestantes con infecciones del tracto urinario presentan el doble de riesgo de parto prematuro, lo que sugiere que estas complicaciones infecciosas son

determinantes. Igualmente, Rutayisire et al. (18) encontraron que la hipertensión durante el embarazo incrementa 4.4 veces la probabilidad de prematuridad, mientras que la ruptura prematura de membranas la multiplica por nueve, demostrando respaldo en estos factores de riesgo patológicos. Villantoy (27) respalda estos resultados al demostrar que la infección del tracto urinario presenta mayor probabilidad de desarrollar parto pretérmino, constituyéndose en factor de riesgo modificable que requiere un seguimiento más adecuado.

Los factores fetales identificaron asociaciones significativas que revelan la importancia del bienestar fetal en la determinación del momento del parto. La muerte intrauterina incrementa más de veinte veces el riesgo de parto pretérmino (OR=20.77, IC95%: 1.19-361.69, $p=0.002$), mientras que la gestación múltiple aumenta más de siete veces la probabilidad (OR=7.43, IC95%: 0.90-61.48, $p=0.033$). Estos hallazgos son similares a los reportados por Pérez (28), quien encontró que el embarazo múltiple representó una proporción importante de los factores fetales asociados al parto pretérmino en el Hospital Sub Regional de Andahuaylas, demostrando consistencia regional en la importancia de este factor de riesgo.

La investigación de Seetho et al. (44) respalda estos resultados al demostrar que los embarazos múltiples tienen riesgo intrínseco elevado de prematuridad, encontrando que factores como la edad materna avanzada, primiparidad y embarazo producto de técnicas de reproducción asistida incrementan significativamente este riesgo en gestaciones múltiples. La muerte intrauterina es un marcador de compromiso fetal severo que puede resultar de múltiples etiologías incluyendo insuficiencia placentaria, malformaciones congénitas incompatibles con la vida, infecciones congénitas, alteraciones cromosómicas o

complicaciones del cordón umbilical, todas las cuales frecuentemente desencadenan la interrupción prematura del embarazo.

Entre las limitaciones del presente estudio se encuentra su diseño retrospectivo que depende de la calidad de los registros médicos, la realización en un solo centro hospitalario que puede limitar la generalización de resultados, el posible sesgo de selección inherente al muestreo no probabilístico, y la ausencia de seguimiento longitudinal que permitiría evaluar desenlaces a largo plazo en los recién nacidos estudiados.

El estudio aporta evidencia regional importante sobre factores de riesgo modificables para el parto pretérmino, proporcionando base científica para el desarrollo de protocolos preventivos específicos y estrategias de intervención temprana que mejoren los resultados obstétricos en la población local.

VII. CONCLUSIONES

1. Se concluyó que, respecto a los factores maternos asociados al parto pretérmino, la educación básica regular incrementa más de cinco veces el riesgo de prematuridad ($OR=5.34$, $p=0.005$), mientras que la violencia doméstica durante el embarazo constituye un factor que triplica las posibilidades de esta complicación obstétrica ($OR=3.19$, $p=0.015$).
2. Se concluyó que, en relación a los factores obstétricos, el control prenatal inadecuado con menos de seis atenciones representa un factor de riesgo que cuadruplica las posibilidades de parto pretérmino ($OR=4.4$, $p<0.001$). Asimismo, el antecedente de parto pretérmino previo incrementa más de treinta veces el riesgo ($OR=32.5$, $p<0.001$) de parto pretérmino.
3. Se concluyó que, dentro de los factores patológicos, los trastornos hipertensivos durante el embarazo constituyen el factor de riesgo más importante al incrementar siete veces la probabilidad de prematuridad ($OR=7.08$, $p<0.001$). La infección del tracto urinario cuadruplica el riesgo ($OR=4.38$, $p<0.001$), mientras que la ruptura prematura de membranas lo triplica ($OR=3.29$, $p=0.002$). De igual manera, la infección vaginal quintuplica las posibilidades de parto antes del término ($OR=4.83$, $p=0.030$) y la corioamnionitis incrementa más de seis veces el riesgo ($OR=6.65$, $p=0.006$) de parto pretérmino.
4. Se concluyó que, entre los factores fetales, la muerte intrauterina incrementa más de veinte veces la probabilidad de parto pretérmino ($OR=20.77$, $p=0.002$). De manera similar, la gestación múltiple aumenta más de siete veces el riesgo ($OR=7.43$, $p=0.033$) de parto pretérmino.

VIII. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que la institución de salud implemente un programa integral que incluya capacitaciones continuas en comunicación asertiva, empatía y atención humanizada dirigidas a todo el personal de salud y un protocolo estandarizado de acogida que garantice amabilidad y respeto desde el ingreso de la gestante. Esto permitirá crear un ambiente de confianza donde las gestantes se sientan escuchadas, seguras y motivadas a participar activamente en su control prenatal, facilitando la expresión de inquietudes y signos de alarma para una detección más temprana de riesgos.
2. Es fundamental que el personal de salud de establecimientos de categoría I brinde información educativa utilizando lenguaje claro, sencillo y culturalmente apropiado, evitando tecnicismos médicos y empleando ejemplos prácticos relacionados con la vida cotidiana de las gestantes. Esto asegurará la comprensión real sobre los factores de riesgo, signos de alarma y medidas preventivas del parto pretérmino, empoderando a las gestantes en el autocuidado de su salud.
3. Se sugiere estandarizar la anamnesis durante el control prenatal, asegurando el registro completo y sistemático de antecedentes obstétricos (partos pretérminos previos, abortos, intervalos intergenésicos cortos, controles), antecedentes médicos (infecciones urinarias, trastornos hipertensivos, infecciones vaginales, anemia), antecedentes sociodemográficos (edad materna, nivel educativo, violencia), y factores de riesgo actuales. El llenado correcto y completo de la historia clínica es fundamental para la detección precoz de gestantes con mayor riesgo de parto pretérmino.

4. Se recomienda a los profesionales obstetras implementar medidas preventivas para la detección precoz de factores de riesgo causantes de parto pretérmino, donde incluyan, aplicación de la prueba de Gant entre las semanas 28-32 de gestación en todas las gestantes; solicitud de examen completo de orina en el primer, segundo y tercer trimestre según norma; evaluación ginecológica para descartar infecciones cérvico-vaginales; valoración ecográfica del líquido amniótico; clasificación de la gestante en bajo, mediano o alto riesgo según hallazgos; establecer frecuencia de controles diferenciados (gemelar o con feto único); y derivación inmediata al nivel I-II ante identificación de factores de riesgo que requieran manejo especializado.
5. Se recomienda al profesional de salud educar a las gestantes en la técnica del recuento diario de movimientos fetales durante sus controles prenatales, enfatizando que la disminución o ausencia de estos requiere evaluación inmediata. Paralelamente, se debe implementar un protocolo específico para embarazos múltiples que garantice: su detección temprana mediante ecografía en el primer trimestre, la programación de controles prenatales según la normativa, y la realización de evaluaciones ecográficas para monitorizar el crecimiento y bienestar de cada feto, asegurando una derivación oportuna al especialista en casos de complicaciones.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Giouleka S, Tsakiridis I, Kostakis N, Koutsouki G, Kalogiannidis I, Mamopoulos A, et al. Preterm Labor: A Comprehensive Review of Guidelines on Diagnosis, Management, Prediction and Prevention. *Obstet Gynecol Surv* [Internet]. mayo de 2022;77(5):302–17. Disponible en: <https://journals.lww.com/10.1097/OGX.0000000000001023>
2. Dagklis T, Akolekar R, Villalain C, Tsakiridis I, Kesrouani A, Tekay A, et al. Management of preterm labor: Clinical practice guideline and recommendation by the WAPM-World Association of Perinatal Medicine and the PMF-Perinatal Medicine Foundation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. diciembre de 2023;291:196–205. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2023.10.013>
3. Lammertink F, Vinkers CH, Tataranno ML, Benders MJNL. Premature Birth and Developmental Programming: Mechanisms of Resilience and Vulnerability. *Front Psychiatry* [Internet]. 8 de enero de 2021;11. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.531571>
4. World Health Organization. Preterm birth [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
5. Organización Panamericana de la Salud. 152 millones de bebés nacieron prematuramente en la última década [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/15-6-2023-152-millones-bebes-nacieron-prematuramente-ultima-decada>
6. Ohuma EO, Moller A-B, Bradley E, Chakwera S, Hussain-Alkhateeb L, Lewin A, et al. National, regional, and global estimates of preterm birth in

- 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. Lancet [Internet]. octubre de 2023;402(10409):1261–71. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673623008784>
7. Ministerio de Salud. Nacimientos prematuros en el Perú se incrementan a 6.89 % en lo que va del 2022 [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/668468-nacimientos-prematuros-en-el-peru-se-incrementan-a-6-89-en-lo-que-va-del-202214>
 8. Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. Avances en la Reducción de la Mortalidad Materna Neonatal 2022-2023 [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2024-05-10/ppt-balance-2023-2024-smn-0905.pdf>
 9. Mesa de Concertación Nacional para la Lucha contra la Pobreza. Balance Anual de Salud Materna y Neonatal, Año 2024 y Perspectivas 2025 - Primera Parte: resultados alcanzados en los indicadores [Internet]. Lima: Mesa de Concertación Nacional para la Lucha contra la Pobreza; 2025 mar. Disponible en: <https://intranet.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2025-03-11/ppt-mclcp-balance-smn-2024v3.pdf>
 10. Lu L, Li J-H, Dai X-F, Wei J-B, Chen L-H, Hu J-F. Impact of advanced maternal age on maternal and neonatal outcomes in preterm birth. Ginekol Pol [Internet]. 28 de febrero de 2022;93(2):134–41. Disponible en: https://journals.viamedica.pl/ginekologia_polska/article/view/74532
 11. Tsakiridis I, Mamopoulos A, Papazisis G, Petousis S, Liozidou A,

- Athanasiadis A, et al. Prevalence of smoking during pregnancy and associated risk factors: a cross-sectional study in Northern Greece. *Eur J Public Health* [Internet]. 1 de abril de 2018;28(2):321–5. Disponible en: <https://academic.oup.com/eurpub/article/28/2/321/4803063>
12. Dagklis T, Tsakiridis I, Mamopoulos A, Dardavessis T, Athanasiadis A. Modifiable risk factors for spontaneous preterm birth in nulliparous women: a prospective study. *J Perinat Med* [Internet]. 25 de febrero de 2020;48(2):96–101. Disponible en: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/jpm-2019-0362/html>
 13. Suman V, Luther EE. Preterm Labor [Internet]. *StatPearls*. 2024. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27661654>
 14. Etil T, Opio B, Odur B, Lwanga C, Atuhaire L. Risk factors associated with preterm birth among mothers delivered at Lira Regional Referral Hospital. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 23 de noviembre de 2023;23(1):814. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06120-4>
 15. Rutayisire E, Mochama M, Ntihakose CK, Utumatwishima JN, Habtu M. Maternal, obstetric and gynecological factors associated with preterm birth in Rwanda: findings from a national longitudinal study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 19 de mayo de 2023;23(1):365. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05653-y>
 16. Defilipo EC, Chagas PS de C, Drumond C de M, Ribeiro LC. Factors associated with premature birth: a case-control study. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2022;40. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

17. Fetene G, Tesfaye T, Negesse Y, Dulla D. Factors associated with preterm birth among mothers who gave birth at public Hospitals in Sidama regional state, Southeast Ethiopia: Unmatched case-control study. Myhre R, editor. PLoS One [Internet]. 20 de abril de 2022;17(4):e0265594. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0265594>
18. Díaz-Rodríguez A, Feliz-Matos L, Ruiz Matuk CB. Risk factors associated with preterm birth in the Dominican Republic: a case-control study. BMJ Open [Internet]. 21 de diciembre de 2021;11(12):e045399. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2020-045399>
19. Zevallos Medrano AR. Factores maternos de riesgo asociados a parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, 2023 [Internet]. Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2024. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13028/5494>
20. Casimiro-Soriano EM, Unchupaico-Fermín J, Unchupaico-Payano IG. Factores de riesgo en el parto pretérmino de gestantes adolescentes en un hospital de Junín. Rev Peru Investig Matern Perinat [Internet]. 4 de agosto de 2023;12(2):15–21. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/347>
21. Garay Llamccaya DP. Factores asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Ica, 2020-2022 [Internet]. Universidad Privada San Juan Bautista; 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14308/5002>

22. Balvin Chacón DE. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el servicio de neonatología del Hospital Daniel Alcides Carrión (Pasco) 2020-2021 [Internet]. Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión; 2023. Disponible en: <http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/3309>
23. Sanchez Torres AE. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, enero - julio 2019 [Internet]. Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión; 2023. Disponible en: <http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/3061>
24. Villantoy Vega II. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales, 2021 [Internet]. Universidad Privada San Juan Bautista; 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14308/4869>
25. Caldas Herrera ME, Sierra Trujillo SS. Factores de riesgo asociados a parto pre término en pacientes atendidas en el hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay periodo 2021 - 2022 [Internet]. Universidad Alas Peruanas; 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12990/13740>
26. Perez Gonzales RE. Factores de riesgo asociados al parto pretermino en gestantes atendidas en el Hospital Sub Regional de Andahuaylas, 2020 [Internet]. UNSAAC; 2021. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12918/6095>
27. Hernández LJ, Ocampo J, Ríos D, Calderón C. El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. Rev Salud Pública [Internet]. 1 de mayo de 2017;19(3):393–5. Disponible en:

<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/68470>

28. Abraham C, Sheeran P. The health belief model. En: Ayers S, Baum A, McManus C, Newman S, Wallston K, Weinman J, et al., editores. Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine [Internet]. 2ª ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2007. p. 97–102. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/product/785E55B196CA7846CBD4EE1B42C63CBD>
29. Champion VL, Skinner CS. The health belief model. Heal Behav Heal Educ Theory, Res Pract. 2008;4:45–65.
30. Rothman KJ, Lash TL, Greenland S. Modern epidemiology. 3rd. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
31. Rothman KJ, Greenland S. Causation and Causal Inference in Epidemiology. Am J Public Health. julio de 2005;95(S1):S144–50.
32. Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Science (80-). abril de 1977;196(4286):129–36.
33. Borrell-Carrio F. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. Ann Fam Med. noviembre de 2004;2(6):576–82.
34. Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital; panorama general. 1era ed. Ginebra, editor. 2005.
35. Organización Mundial de la Salud. La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. 1986.

36. Howson C, Kinney M, Lawn J. March of dimes, PMNCH, save the children, WHO. En: Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2012. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44864/9789241503433_eng.pdf?sequence=1
37. Khalil PA, Mumford DV. Diagnosis and Management of Preterm Labour. Glob Libr Women's Med [Internet]. 2021; Disponible en: <https://www.glowm.com/article/id/412883>
38. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inmp/informes-publicaciones/4624238-guias-de-practica-clinica-y-de-procedimientos-en-obstetricia-y-perinatologia-2023>
39. Esposito G, Mauri PA, Cipriani S, Franchi M, Corrao G, Parazzini F. The role of maternal age on the risk of preterm birth among singletons and multiples: a retrospective cohort study in Lombardy, Northern Italy. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 22 de diciembre de 2022;22(1):234. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-022-04552-y>
40. Ward VC, Lee AC, Hawken S, Otieno NA, Mujuru HA, Chimhini G, et al. Overview of the Global and US Burden of Preterm Birth. Clin Perinatol [Internet]. junio de 2024;51(2):301–11. Disponible en:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0095510824000253>

41. Cherres Pacheco JI, Saltos Gutiérrez LY, Villacres Herrera LR, Villacres Herrera AI. Causas de parto pretérmino y complicaciones neonatales. RECIAMUC [Internet]. 6 de enero de 2023;7(1):265–72. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1007>
42. Dagklis T, Sen C, Tsakiridis I, Villalaín C, Karel Allegaert, Wellmann S, et al. The use of antenatal corticosteroids for fetal maturation: clinical practice guideline by the WAPM-World Association of Perinatal Medicine and the PMF-Perinatal Medicine foundation. J Perinat Med [Internet]. 25 de mayo de 2022;50(4):375–85. Disponible en: <https://doi.org/10.1515/jpm-2022-0066>
43. McGoldrick E, Stewart F, Parker R, Dalziel SR. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 25 de diciembre de 2020;2021(2). Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004454.pub4>
44. Dagklis T, Tsakiridis I, Papazisis G, Athanasiadis A. Efficacy and Safety of Corticosteroids' Administration for Pulmonary Immaturity in Anticipated Preterm Delivery. Curr Pharm Des [Internet]. octubre de 2021;27(36):3754–61. Disponible en: <https://doi.org/10.2174/1381612826666201207102910>
45. Tsakiridis I, Mamopoulos A, Athanasiadis A, Dagklis T. Antenatal Corticosteroids and Magnesium Sulfate for Improved Preterm Neonatal Outcomes: A Review of Guidelines. Obstet Gynecol Surv [Internet]. mayo de 2020;75(5):298–307. Disponible en:

<https://journals.lww.com/10.1097/OGX.0000000000000778>

46. Oliveira LL de, Gonçalves A de C, Costa JSD da, Bonilha AL de L. Maternal and neonatal factors related to prematurity. Rev da Esc Enferm da USP [Internet]. junio de 2016;50(3):382–9. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000300382&lng=en&tlng=en
47. Seetho S, Kongwattanakul K, Saksiriwuttho P, Thepsuthammarat K. Epidemiology and factors associated with preterm births in multiple pregnancy: a retrospective cohort study. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 18 de diciembre de 2023;23(1):872. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-023-06186-0>
48. Daskalakis G, Psarris A, Koutras A, Fasoulakis Z, Prokopakis I, Varthaliti A, et al. Maternal Infection and Preterm Birth: From Molecular Basis to Clinical Implications. Children [Internet]. 22 de mayo de 2023;10(5):907. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9067/10/5/907>
49. Mayer C, Apodaca-Ramos I. Tocolysis [Internet]. StatPearls. 2024. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31956518>
50. Saccone G, Della Corte L, Cuomo L, Reppuccia S, Murolo C, Napoli F Di, et al. Activity restriction for women with arrested preterm labor: a randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol MFM [Internet]. agosto de 2023;5(8):100954. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2589933323000964>
51. Naidu K, Fredlund KL. Gestational Age Assessment [Internet]. StatPearls.

2024. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26346107>
52. Zavala-García A, Ortiz-Reyes H, Salomon-Kuri J, Padilla-Amigo C, Preciado Ruiz R. Periodo intergenésico: Revisión de la literature. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. febrero de 2018;83(1):52–61. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000100052&lng=en&nrm=iso&tlng=en
53. Andrade-Romo Z, Heredia-Pi IB, Fuentes-Rivera E, Alcalde-Rabanal J, Cacho LBB, Jurkiewicz L, et al. Group prenatal care: effectiveness and challenges to implementation. Rev Saude Publica [Internet]. 27 de septiembre de 2019;53:85. Disponible en: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/162711>
54. Dayal S, Jenkins SM, Hong PL. Preterm and Term Prelabor Rupture of Membranes (PPROM and PROM) [Internet]. StatPearls. 2024. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33093409>
55. İnan C, Uygur L, Alpay V, Ayaz R, Uysal NŞ, Biri A, et al. Hypertensive Disorders of Pregnancy: Diagnosis, Management and Timing of Birth. Balkan Med J. 2024;41(55):333.
56. Ministerio de Educación. Programas curriculares de la Educación Básica Regular. 2025.
57. Lopez M. Sistema educativo del Perú. 2025.
58. Armengaud JB, Yzydorczyk C, Siddeek B, Peyter AC, Simeoni U. Intrauterine growth restriction: Clinical consequences on health and disease at adulthood. Reprod Toxicol [Internet]. enero de 2021;99:168–76. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.reprotox.2020.10.005>

59. Soto A, Cvetkovic-Vega A. Estudios de casos y controles. Rev la Fac Med Humana [Internet]. 15 de enero de 2020;20(1):138–43. Disponible en: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/2555>
60. Pértegas Díaz S, Pita Fernández S. Cálculo del tamaño muestral en estudios de casos y controles. Bioestadística U de EC y, editor. Cad Atención Primaria [Internet]. 2002;9:148–50. Disponible en: <https://www.fisterra.com/formacion/metodologia-investigacion/calculo-tamano-muestral-estudios-casos-contrroles/>

X. ANEXOS

a) Matriz de consistencia

Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024							
Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	Categorías	Metodología
Problema general ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024? Problemas específicos - ¿Cuáles son los factores maternos	Objetivo general Determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024 Objetivos específicos - Identificar los factores maternos asociados al	Hipótesis general Existen factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024 Hipótesis específicas - Existen factores maternos asociados al parto pretérmino	Factores de riesgo	Factores maternos	Edad materna	≤ 15 o ≥35 años 16 -34 años	Tipo de investigación: Observacional, retrospectivo, transversal y analítico Nivel de investigación: Explicativo Diseño de investigación: Caso-control. Población y muestra: Casos: 105 historias clínicas de gestantes con diagnóstico de parto pretérmino
					Nivel educativo	Educación básica regular Educación superior	
					Estado civil	Soltera Casada / Conviviente	
					Ocupación	Dependiente Independiente	
					Procedencia	Rural Urbana	
					Violencia domestica	Si No	
					Tabaquismo	Si No	
					IMC	Inadecuado Adecuado	
				Factores obstétricos	Control prenatal	<6 controles ≥6 controles	
					Paridad	Primípara Multípara	
					Antecedente de aborto	Sí No	

<p>asociados al parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024?</p> <p>- ¿Cuáles son los factores obstétricos asociados al parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024?</p> <p>- ¿Cuáles son los factores patológicos</p>	<p>parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024</p>	<p>en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024</p>			Antecedente de parto pretérmino	Sí No	<p>(22-36.6 semanas) Controles: 105 historias clínicas de gestantes con parto a término (37-41.6 semanas) Ratio: 1:1 (un caso-un control) Tamaño total de muestra: 210 historias clínicas Técnica: Revisión documentaria de historias clínicas Análisis estadístico: Chi cuadrado para asociaciones. Regresión logística para determinar OR</p>		
	<p>- Identificar los factores obstétricos asociados al parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024</p> <p>- Identificar los factores patológicos asociados al parto pretérmino</p>	<p>- Existen factores obstétricos asociados al parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024</p> <p>- Existen factores patológicos asociados al</p>			Periodo intergenésico	Sin embarazo previo / <24 meses ≥24 meses			
					Cirugías cervicales (LEEP. Conización)	Si No			
					Factores patológicos	Trastornos hipertensivos		Sí No	
						ITU		Sí No	
						Ruptura prematura de membranas		Sí No	
						Anemia ferropénica		Sin con	
						Hemorragia ante parto		Sí No	
						Diabetes gestacional		Si No	
						Infección vaginal		Si No	
						Placenta previa		Si No	
						DPP		Si No	
						Corioamnionitis		Si No	
	Factores fetales	Malformación congénita		Si No					

asociados al parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024? - ¿Cuáles son los factores fetales asociados al parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024?	en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024 - Identificar los factores fetales asociados al parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024	parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024 - Existen factores fetales asociados al parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024			Muerte intrauterina	Si No	e intervalos de confianza al 95%.
					Gestación múltiple	Si No	
					RCIU	Si No	
			Parto pretérmino	-	Edad gestacional al nacimiento	Si (Parto pretérmino) No (Parto a término)	

b) Solicitud de validación

Solicito: Validación de instrumento
mediante juicio de expertos

Señor (a): Mos. Ecaterina Barazorda Bazar...

Yo Maeva Melchor Huamani, identificado con DNI N° 75792731, de Nacionalidad Peruana, con domicilio en Av. Nueva esperanza S/N, distrito Abancay, provincia de Abancay del departamento de Apurímac, ante usted con el debido respeto me presento y expreso.

Que, habiendo culminado mis estudios de pre grado en la Carrera de Obstetricia, de la Escuela Profesional de Obstetricia Filial Andahuaylas, requiero validar el instrumento con el cual recolectaré la información necesaria para poder desarrollar mi investigación de tesis, y con el cual optaré al grado académico de Obstetra.

El título de mi proyecto de investigación es "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA, ABANCAY 2024", siendo imprescindible contar con la aprobación de profesionales especializados para poder aplicar el instrumento en mención, he considerado conveniente recurrir a usted ante su connotada experiencia y solicito a usted, tenga a bien emitir su opinión, en calidad de persona entendida en la materia.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones
- Matriz de operacionalización de las variables
- Formato de validez de contenido de los instrumentos

Expresándole los sentimientos de respeto y consideración, me despido de usted, no sin antes agradeciéndole por la atención de la presente.

Abancay 26 de mayo 2025.


.....
Bach. Maeva Melchor Huamani
DNI: 75792731

Solicito: Validación de instrumento
mediante juicio de expertos

Señor (a): Mag. Lizbeth Alma Benites

Yo Maeva Melchor Huamani, identificado con DNI N° 75792731, de Nacionalidad Peruana, con domicilio en Av. Nueva esperanza S/N, distrito Abancay, provincia de Abancay del departamento de Apurímac, ante usted con el debido respeto me presento y expreso.

Que, habiendo culminado mis estudios de pre grado en la Carrera de Obstetricia, de la Escuela Profesional de Obstetricia Filial Andahuaylas, requiero validar el instrumento con el cual recolectaré la información necesaria para poder desarrollar mi investigación de tesis, y con el cual optaré al grado académico de Obstetra.

El título de mi proyecto de investigación es "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA, ABANCAY 2024", siendo imprescindible contar con la aprobación de profesionales especializados para poder aplicar el instrumento en mención, he considerado conveniente recurrir a usted ante su connotada experiencia y solicito a usted, tenga a bien emitir su opinión, en calidad de persona entendida en la materia.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones
- Matriz de operacionalización de las variables
- Formato de validez de contenido de los instrumentos

Expresándole los sentimientos de respeto y consideración, me despido de usted, no sin antes agradeciéndole por la atención de la presente.

Abancay 25 de mayo 2025.


.....
Bach. Maeva Melchor Huamani
DNI: 75792731

Solicito: Validación de instrumento
mediante juicio de expertos

Señor (a): Mag. Zulma Davila Quiroga

Yo Maeva Melchor Huamani, identificado con DNI N° 75792731, de Nacionalidad Peruana, con domicilio en Av. Nueva esperanza S/N, distrito Abancay, provincia de Abancay del departamento de Apurímac, ante usted con el debido respeto me presento y expreso.

Que, habiendo culminado mis estudios de pre grado en la Carrera de Obstetricia, de la Escuela Profesional de Obstetricia Filial Andahuaylas, requiero validar el instrumento con el cual recolectaré la información necesaria para poder desarrollar mi investigación de tesis, y con el cual optaré al grado académico de Obstetra.

El título de mi proyecto de investigación es **"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA, ABANCAY 2024"**, siendo imprescindible contar con la aprobación de profesionales especializados para poder aplicar el instrumento en mención, he considerado conveniente recurrir a usted ante su connotada experiencia y solicito a usted, tenga a bien emitir su opinión, en calidad de persona entendida en la materia.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones
- Matriz de operacionalización de las variables
- Formato de validez de contenido de los instrumentos

Expresándole los sentimientos de respeto y consideración, me despido de usted, no sin antes agradeciéndole por la atención de la presente.

Abancay 30 de mayo 2025.


.....
Bach. Maeva Melchor Huamani
DNI: 75792731

Solicito: Validación de instrumento
mediante juicio de expertos

Señor (a): Mag. Hugo Santos Vargas

Yo Maeva Melchor Huamani, identificado con DNI N° 75792731, de Nacionalidad Peruana, con domicilio en Av. Nueva esperanza S/N, distrito Abancay, provincia de Abancay del departamento de Apurímac, ante usted con el debido respeto me presento y expreso.

Que, habiendo culminado mis estudios de pre grado en la Carrera de Obstetricia, de la Escuela Profesional de Obstetricia Filial Andahuaylas, requiero validar el instrumento con el cual recolectaré la información necesaria para poder desarrollar mi investigación de tesis, y con el cual optaré al grado académico de Obstetra.

El título de mi proyecto de investigación es "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA, ABANCAY 2024", siendo imprescindible contar con la aprobación de profesionales especializados para poder aplicar el instrumento en mención, he considerado conveniente recurrir a usted ante su connotada experiencia y solicito a usted, tenga a bien emitir su opinión, en calidad de persona entendida en la materia.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones
- Matriz de operacionalización de las variables
- Formato de validez de contenido de los instrumentos

Expresándole los sentimientos de respeto y consideración, me despido de usted, no sin antes agradeciéndole por la atención de la presente.

Abancay 25 de mayo 2025.

.....
Bach. Maeva Melchor Huamani
DNI: 75792731

Solicito: Validación de instrumento
mediante juicio de expertos

Señor (a): Lp/ana Adron Alvarado

Yo Maeva Melchor Huamani, identificado con DNI N° 75792731, de Nacionalidad Peruana, con domicilio en Av. Nueva esperanza S/N, distrito Abancay, provincia de Abancay del departamento de Apurímac, ante usted con el debido respeto me presento y expreso.

Que, habiendo culminado mis estudios de pre grado en la Carrera de Obstetricia, de la Escuela Profesional de Obstetricia Filial Andahuaylas, requiero validar el instrumento con el cual recolectaré la información necesaria para poder desarrollar mi investigación de tesis, y con el cual optaré al grado académico de Obstetra.

El título de mi proyecto de investigación es "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA, ABANCAY 2024", siendo imprescindible contar con la aprobación de profesionales especializados para poder aplicar el instrumento en mención, he considerado conveniente recurrir a usted ante su connotada experiencia y solicito a usted, tenga a bien emitir su opinión, en calidad de persona entendida en la materia.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones
- Matriz de operacionalización de las variables
- Formato de validez de contenido de los instrumentos

Expresándole los sentimientos de respeto y consideración, me despido de usted, no sin antes agradeciéndole por la atención de la presente.

Abancay 28 de mayo 2025.


.....
Bach. Maeva Melchor Huamani
DNI: 75792731

c) Hoja de criterios para la evaluación por jueces y expertos

**TÍTULO: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN
GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL
GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA, ABANCAY 2024"**

I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y nombres generales:

1.2 Cargo e institución donde labora:

1.3 Tipo de experto: metodológico ☐ Especialista ☐ Estadístico ☐

1.4 Nombre de instrumento: Ficha de recolección de datos

1.5 Autor del instrumento: Maeva Melchor Huamani

INFORME DE OPINION DEL EXPERTO

Nota: En la presente escala marque con un "X" la opción elegida, siendo el menor puntaje el 1 y el mayor puntaje el 5.

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACION				
	1	2	3	4	5
1. ¿Cree usted que los ítems mencionados en el instrumento miden lo que se busca estudiar?					
2. ¿Cree usted que el número de ítems mencionados en este instrumento son suficientes para tener un entendimiento acerca de lo estudiado?					
3. ¿Cree usted, que los ítems plasmados en este instrumento son una muestra referencial del universo y materia de estudio?					
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?					
5. ¿Cree usted que, si utilizamos en distintas oportunidades este instrumento a muestras parecidas, hallaremos datos también parecidos?					
6. ¿Cree usted, que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?					
7. ¿Cree usted, que el lenguaje empleado en este instrumento mencionado es claro conciso y no se mal interpreta?					
8. ¿Cree usted, que la organización utilizada en el instrumento es adecuada al tipo de población que se dará el instrumento?					
9. Cree usted que el tipo de preguntas o ítems empleadas son adecuadas y apropiadas a los objetivos del presente estudio?					

OBSERVACIONES:

VALIDACION: Aplica ☐ No aplica ☐

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

d) Validación del instrumento para el juicio de expertos

TÍTULO: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA, ABANCAY 2024"

I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y nombres: Barazorda Razon Ecaterina

1.2 Cargo e institución donde labora: Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega

1.3 Tipo de experto: metodológico ☐ Especialista ☒ Estadístico ☐

1.4 Nombre de instrumento: Ficha de recolección de datos

1.5 Autor del instrumento: Maeva Melchor Huamani

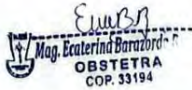
INFORME DE OPINION DEL EXPERTO

Nota: En la presente escala marque con un "X" la opción elegida, siendo el menor puntaje el 1 y el mayor puntaje el 5.

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACION				
1. ¿Cree usted que los ítems mencionados en el instrumento miden lo que se busca estudiar?	1	2	3	4	5
2. ¿Cree usted que el número de ítems mencionados en este instrumento son suficientes para tener un entendimiento acerca de lo estudiado?	1	2	3	4	5
3. ¿Cree usted, que los ítems plasmados en este instrumento son una muestra referencial del universo y materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Cree usted que, si utilizamos en distintas oportunidades este instrumento a muestras parecidas, hallaremos datos también parecidos?	1	2	3	4	5
6. ¿Cree usted, que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	5
7. ¿Cree usted, que el lenguaje empleado en este instrumento mencionado es claro conciso y no se mal interpreta?	1	2	3	4	5
8. ¿Cree usted, que la organización utilizada en el instrumento es adecuada al tipo de población que se dará el instrumento?	1	2	3	4	5
9. Cree usted que el tipo de preguntas o ítems empleadas son adecuadas y apropiadas a los objetivos del presente estudio?	1	2	3	4	5

OBSERVACIONES:

VALIDACION: Aplica ☒ No aplica ☐


FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

**TÍTULO: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN
GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL
GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA, ABANCAY 2024"**

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres: Ayima Beniles Lizbeth
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega
- 1.3 Tipo de experto: metodológico ☐ Especialista ☒ Estadístico ☐
- 1.4 Nombre de instrumento: Ficha de recolección de datos
- 1.5 Autor del instrumento: Maeva Melchor Huamani

INFORME DE OPINION DEL EXPERTO

Nota: En la presente escala marque con un "X" la opción elegida, siendo el menor puntaje el 1 y el mayor puntaje el 5.

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACION				
1. ¿Cree usted que los ítems mencionados en el instrumento miden lo que se busca estudiar?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
2. ¿Cree usted que el número de ítems mencionados en este instrumento son suficientes para tener un entendimiento acerca de lo estudiado?	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5
3. ¿Cree usted, que los ítems plasmados en este instrumento son una muestra referencial del universo y materia de estudio?	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
5. ¿Cree usted que, si utilizamos en distintas oportunidades este instrumento a muestras parecidas, hallaremos datos también parecidos?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
6. ¿Cree usted, que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
7. ¿Cree usted, que el lenguaje empleado en este instrumento mencionado es claro conciso y no se mal interpreta?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
8. ¿Cree usted, que la organización utilizada en el instrumento es adecuada al tipo de población que se dará el instrumento?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
9. Cree usted que el tipo de preguntas o ítems empleadas son adecuadas y apropiadas a los objetivos del presente estudio?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>

OBSERVACIONES:

VALIDACION: Aplica ☒ No aplica ☐


 Lizbeth Ayima Beniles
 OBSTETRA
 CDP: 31905

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

**TÍTULO: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN
GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL
GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA, ABANCAY 2024"**

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres: Dávila Quiroga Zulma
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega
- 1.3 Tipo de experto: metodológico ☐ Especialista ☒ Estadístico ☐
- 1.4 Nombre de instrumento: Ficha de recolección de datos
- 1.5 Autor del instrumento: Maeva Melchor Huamani

INFORME DE OPINION DEL EXPERTO

Nota: En la presente escala marque con un "X" la opción elegida, siendo el menor puntaje el 1 y el mayor puntaje el 5.

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACION				
1. ¿Cree usted que los ítems mencionados en el instrumento miden lo que se busca estudiar?	1	2	3	4	X
2. ¿Cree usted que el número de ítems mencionados en este instrumento son suficientes para tener un entendimiento acerca de lo estudiado?	1	2	3	4	X
3. ¿Cree usted, que los ítems plasmados en este instrumento son una muestra referencial del universo y materia de estudio?	1	2	3	4	X
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	X
5. ¿Cree usted que, si utilizamos en distintas oportunidades este instrumento a muestras parecidas, hallaremos datos también parecidos?	1	2	3	4	X
6. ¿Cree usted, que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	X
7. ¿Cree usted, que el lenguaje empleado en este instrumento mencionado es claro conciso y no se mal interpreta?	1	2	3	4	X
8. ¿Cree usted, que la organización utilizada en el instrumento es adecuada al tipo de población que se dará el instrumento?	1	2	3	4	X
9. Cree usted que el tipo de preguntas o ítems empleadas son adecuadas y apropiadas a los objetivos del presente estudio?	1	2	3	4	X

OBSERVACIONES:

VALIDACION: Aplica ☒ No aplica ☐


 HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO
 DIAZ DE LA VEGA - ABANCAY
Mg. Zulma Dávila Quiroga
 C.O.P. 7170 / RE. N° 1751 - E. 99

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

**TÍTULO: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN
GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL
GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA, ABANCAY 2024"**

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres: Santos Vargas Hugo
- 1.2 Cargo e institución donde labora: G.S. Carlos Alfredo Ayestas de la Torre
- 1.3 Tipo de experto: metodológico ☐ Especialista ☒ Estadístico ☐
- 1.4 Nombre de instrumento: Ficha de recolección de datos
- 1.5 Autor del instrumento: Maeva Melchor Huamani

INFORME DE OPINION DEL EXPERTO

Nota: En la presente escala marque con un "X" la opción elegida, siendo el menor puntaje el 1 y el mayor puntaje el 5.

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACION				
1. ¿Cree usted que los ítems mencionados en el instrumento miden lo que se busca estudiar?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
2. ¿Cree usted que el número de ítems mencionados en este instrumento son suficientes para tener un entendimiento acerca de lo estudiado?	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5
3. ¿Cree usted, que los ítems plasmados en este instrumento son una muestra referencial del universo y materia de estudio?	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
5. ¿Cree usted que, si utilizamos en distintas oportunidades este instrumento a muestras parecidas, hallaremos datos también parecidos?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
6. ¿Cree usted, que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
7. ¿Cree usted, que el lenguaje empleado en este instrumento mencionado es claro conciso y no se mal interpreta?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
8. ¿Cree usted, que la organización utilizada en el instrumento es adecuada al tipo de población que se dará el instrumento?	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5
9. Cree usted que el tipo de preguntas o ítems empleadas son adecuadas y apropiadas a los objetivos del presente estudio?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>

OBSERVACIONES:

VALIDACION: Aplica ☐ No aplica ☒

Hugo G. Santos Vargas
OBSTETRA - COP. 4225
MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

**TÍTULO: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN
GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL
GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA, ABANCAY 2024"**

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres: Adrián Alvarado Lillana
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega
- 1.3 Tipo de experto: metodológico ☐ Especialista ☒ Estadístico ☐
- 1.4 Nombre de instrumento: Ficha de recolección de datos
- 1.5 Autor del instrumento: Maeva Melchor Huamani

INFORME DE OPINION DEL EXPERTO

Nota: En la presente escala marque con un "X" la opción elegida, siendo el menor puntaje el 1 y el mayor puntaje el 5.

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACION				
1. ¿Cree usted que los ítems mencionados en el instrumento miden lo que se busca estudiar?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
2. ¿Cree usted que el número de ítems mencionados en este instrumento son suficientes para tener un entendimiento acerca de lo estudiado?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
3. ¿Cree usted, que los ítems plasmados en este instrumento son una muestra referencial del universo y materia de estudio?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
5. ¿Cree usted que, si utilizamos en distintas oportunidades este instrumento a muestras parecidas, hallaremos datos también parecidos?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
6. ¿Cree usted, que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
7. ¿Cree usted, que el lenguaje empleado en este instrumento mencionado es claro conciso y no se mal interpreta?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
8. ¿Cree usted, que la organización utilizada en el instrumento es adecuada al tipo de población que se dará el instrumento?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
9. Cree usted que el tipo de preguntas o ítems empleadas son adecuadas y apropiadas a los objetivos del presente estudio?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>

OBSERVACIONES:

VALIDACION: Aplica ☒ No aplica ☐


OBSTETRA
 COP: 13635

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

e) Lista de expertos

N°	Apellidos y Nombres	Opinión de aplicabilidad
1	Mag. Barazorda Baáan Ecaterina	Aplicable
2	Mag.Lizbeth Ayma Benites	Aplicable
3	Mag.Zulma Davila Quiroga	Aplicable
4	Mag. Hugo Santos Vargas	Aplicable
5	Obst. Liliana Adrian Alvarado	Aplicable

f) Instrumento de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

"Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2024"

Nº Historia Clínica: _____ Fecha de recolección: _____

DIAGNÓSTICO DE PARTO:

- Parto pretérmino (___) ; Parto a término (___)

Prematuros extremos	< 28
Muy prematuros	28 – 31
Prematuros moderados	32 – 33
Prematuros tardíos	34 - 36

A. FACTORES MATERNOS

Edad materna	≤ 15 o ≥35 años 16-34 años
Nivel educativo	Educación básica regular Educación superior
Estado civil	Soltera Casada / Conviviente
Ocupación	Dependiente Independiente
Procedencia	Rural Urbana
Violencia domestica	Si sufrió violencia No sufrió violencia
Tabaquismo	Si No
IMC	Inadecuado Adecuado

B. FACTORES OBSTÉTRICOS

Control prenatal	<6 controles ≥6 controles
Paridad	Primípara Multípara
Antecedente de aborto	Sí No
Antecedente de parto pretérmino	Sí No

Periodo intergenésico	Sin embarazo previo / <24 meses ≥24 meses
Cirugías cervicales (LEEP. Conización)	Si No

C. FACTORES PATOLÓGICOS

Trastornos hipertensivos	Si No
ITU	Si No
Ruptura prematura de membranas	Si No
Anemia ferropénica	Si No
Hemorragia ante parto	Si No
Diabetes gestacional	Si No
Infecciones vaginales	Si No
Placenta previa	Si No
DPP	Si No
Corioamnionitis	Si No

D. FACTORES FETALES

Malformación congénita	Si No
Muerte intrauterina	Si No
Gestación múltiple	Si No
RCIU	Si No

g) Confiabilidad del Instrumento

Dado que el instrumento es una ficha de recolección de datos que registra información de las historias clínicas (edad gestacional, diagnósticos médicos, resultados de laboratorio, antecedentes obstétricos), no se calculó confiabilidad mediante coeficientes estadísticos.

h) Solicitud para la recolección de datos

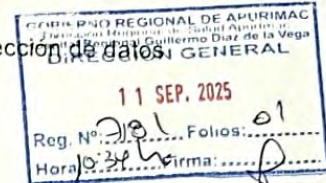
Abancay, 11 de septiembre de 2025

Señor MG. Joel Pimentel Marín

Director del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega

Presente. –

Asunto: Solicitud de constancia de autorización para recolección de datos



De mi mayor consideración:

Yo, **Maeva Melchor Huamani**, Bachiller en Obstetricia, identificada con DNI N° 75792731, egresada de la **Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco**, me dirijo a usted con el debido respeto para solicitar se me otorgue una **constancia de autorización que certifique la recolección de datos** realizada en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.

Reitero mi compromiso de mantener en todo momento la confidencialidad de la información y de cumplir estrictamente con los principios éticos de la investigación.

Agradezco de antemano su atención y quedo atenta a cualquier observación.

Sin otro particular, me despido cordialmente.

Atentamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Maeva Melchor Huamani', written over a horizontal line.

Maeva Melchor Huamani

DNI N° 75792731

i) Constancia de la recolección de datos



GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega



UNIDAD DE INVESTIGACION

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

CONSTANCIA

EL QUE SUSCRIBE DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL
GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA

HACE CONSTAR:

Que, la Bachiller en Obstetricia **Maeva Mechor Huamani**, identificada con DNI N°75792731 egresada de la *Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco* ha recolectado datos desde el día 25-06-2025 hasta 05-07-2025 del servicio de estadística para desarrollar su trabajo de Investigación titulado:

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETERMINO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA ABANCAY 2024”

Tal como constan las constancias de recolección de datos registrados en los archivos de la Unidad de Investigación del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay.

Por lo tanto, se le expide la presente constancia, a solicitud de la interesada para los fines que estime conveniente.

Abancay, 15 de setiembre del 2025

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA
UNIDAD DE INVESTIGACION
COMITÉ DE ÉTICA Y CALIDAD
RESPONSABLE
Blaques Aquiles Gámez Gutiérrez
COP N° 1966
GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA
DIRECTOR GENERAL
Mg. CD. Joel B. Pimentel Morín
COP N° 49039

j) Solicitud para la recolección de datos

Abancay, 29 de mayo de 2025

Señor MG. Joel Pimentel Marín

Director del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega

Presente.-

Asunto: Solicitud de autorización para recolección de datos



De mi mayor consideración:

Yo, Maeva Melchor Huamani, Bachiller en Obstetricia, identificada con DNI N° 75792731, egresada de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, me dirijo a usted con el debido respeto para solicitar autorización a fin de realizar la recolección de datos.

La información recolectada será utilizada únicamente con fines académicos para el desarrollo de mi proyecto de investigación titulado: "Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes del Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay – 2024".

Me comprometo a mantener la confidencialidad de los datos y respetar los principios éticos en todo momento durante la investigación.

Agradezco de antemano su atención y quedo atenta a cualquier observación.

Sin otro particular, me despido cordialmente.

Atentamente,


Maeva Melchor Huamani
DNI N° 75792731

k) Evidencia fotográfica



