



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES
EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2024, LIMA-
PERÚ**

**Línea de investigación:
Salud pública**

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autora

Bernuy Pajuelo, Mariela Clementina

Asesor

Alvitez Morales, Juan Daniel
ORCID: 0000-0001-6488-8457

Jurado

López Gabriel, Julia Isabel
Taype Huamani, Waldo Augusto
Mendez Campos, Julia Honorata

Lima - Perú

2026



FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2024,LIMA-PERÚ

INFORME DE ORIGINALIDAD

19%	17%	8%	8%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unfv.edu.pe	5%
	Fuente de Internet	
2	hdl.handle.net	1%
	Fuente de Internet	
3	repositorio.unap.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
4	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal	1%
	Trabajo del estudiante	
5	Submitted to Instituto Reyna de las Américas	<1%
	Trabajo del estudiante	
6	1library.co	<1%
	Fuente de Internet	
7	repositorio.unica.edu.pe	<1%
	Fuente de Internet	
8	repositorio.unheval.edu.pe	<1%
	Fuente de Internet	
9	Submitted to Universidad Autónoma de Chiapas	<1%
	Trabajo del estudiante	
10	repositorio.uwiener.edu.pe	<1%
	Fuente de Internet	



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES EN
EL HOSPITAL SANTA ROSA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2024, LIMA-PERÚ

Línea de investigación:

Salud Pública

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autora:

Bernuy Pajuelo, Mariela Clementina

Asesor:

Alvitez Morales, Juan Daniel

ORCID: 0000-0001-6488-8457

Jurado:

López Gabriel, Julia Isabel

Taype Huamani, Waldo Augusto

Mendez Campos, Julia Honorata

Lima – Perú

2026

Dedicatoria

A Dios, por su amor infinito y su constante custodia sobre mi vida y la de quienes atesoro; por mantener siempre la alegría de mi espíritu.

A mi madre, Juliana, fundamento de todo lo que soy. Tu amor, sacrificio y fortaleza me enseñaron a superar obstáculos y a crear mis propias oportunidades; eres el regalo más grande que Dios puso en mi camino.

A mi hermano–papá Cristian, por tu apoyo incondicional y tu fe permanente en mí; por cuidar con ternura mi niña interior y enseñarme, con tu ejemplo, a avanzar con valentía y excelencia.

A mi hermana Susana, por tu cuidado silencioso, tu compañía fiel y tu abrazo constante en cada etapa de mi vida. Por ser mi consejera y mi amiga.

A mis sobrinos Santiago, Stefano, Alayha y Fernanda, por recordarme la pureza, la alegría y la belleza del amor infinito de Dios al mundo.

A mi enamorado , Carlos, por caminar a mi lado con amor paciente, sostener mis sueños y darme siempre la fuerza para ir a lo próximo.

Y a Marielita, porque debajo de una mesita de mazamorra aprendió que los sueños nacen humildes, pero crecen con perseverancia.

Les dedico este trabajo, fruto del amor, la fe y la familia.

Agradecimiento

A la UNFV, por otorgarme la instrucción académica y los instrumentos imprescindibles para mi desenvolvimiento profesional. A mis preceptores, por transmitir con munificencia sus saberes y vivencias, aportando de modo cardinal a mi edificación tanto intelectual como ética. Igualmente, al Hospital Santa Rosa y a la totalidad de su planta laboral, por proveer los ámbitos y auxilios requeridos para la concreción del presente estudio.

ÍNDICE

RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	9
I. INTRODUCCIÓN	10
1.1. Descripción y formulación del problema.....	10
1.1.1. Descripción del problema.....	10
1.1.2. Problema general.....	11
1.1.3. Problemas específicos.....	11
1.2. Antecedentes.....	12
1.2.1. Antecedentes internacionales.....	12
1.2.2. Antecedentes nacionales.....	17
1.3. Objetivos.....	20
1.3.1. Objetivo general.....	20
1.3.2. Objetivos específicos.....	20
1.4. Justificación	21
1.5. Hipótesis	21
1.5.1. Hipótesis general.....	21
1.5.2. Hipótesis específicas.....	22
II. MARCO TEÓRICO	23
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación	23
2.1.1. Parto pretérmino.....	23
2.1.2. Edad materna.....	23
2.1.3. Estado civil.....	24
2.1.4. Procedencia	24
2.1.5. Grado de instrucción	25

2.1.6. Paridad	25
2.1.7. Embarazo múltiple	26
2.1.8. Preeclampsia.....	27
2.1.9. Diabetes gestacional.....	27
2.1.10. Amenaza de parto pretérmino.....	28
2.1.11. Anemia materna.....	28
2.1.12. Ruptura prematura de membranas	29
2.1.13. Desprendimiento prematuro de placenta	29
2.1.14. Controles prenatales	30
2.1.15. Retardo del crecimiento intrauterino.....	30
2.1.16. Malformación fetal.....	31
III. MÉTODO	32
3.1. Tipo de investigación.....	32
3.2. Ámbito temporal y espacial	32
3.3. Variables.....	32
3.3.1. Variables independientes	32
3.3.2. Variable dependiente.....	33
3.4. Población y muestra.....	33
3.4.1. Población.....	33
3.4.2. Muestra	33
3.4.3. Criterios de inclusión.....	34
3.4.4. Criterios de exclusión	35
3.5. Instrumentos.....	36
3.6. Procedimientos.....	36
3.7. Análisis de datos	37

3.8. Consideraciones Éticas	37
IV.RESULTADOS	38
4.1. Factores sociodemográficos asociados al parto pretérmino.....	41
4.2. Factores maternos asociados al parto pretérmino	42
4.3. Factores fetales asociados al parto pretérmino	45
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	46
VI. CONCLUSIONES	50
VII. RECOMENDACIONES.....	51
VIII. REFERENCIAS	52
IX. ANEXOS.....	57
Anexo A. Operacionalización de variables	57
Anexo B. Matriz de consistencia	62
Anexo C. Ficha de recolección de datos.....	66
Anexo D. Autorización del Comité de ética del HSR.....	68
Anexo E. Autorización del Comité de ética del Hospital Santa Rosa	69
Anexo F. Juicio de expertos	70

Tabla 1. Perfil sociodemográfico y clínico de las pacientes gestantes asistidas	38
Tabla 2. Factores sociodemográficos asociados al parto pretérmino en gestantes	41
Tabla 3. Factores maternos asociados al parto pretérmino en gestantes	43
Tabla 4. Factores fetales asociados al parto pretérmino en gestantes	45

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados al parto pretérmino en gestantes en el Hospital Santa Rosa de enero a diciembre del 2024, Lima-Perú. **Método:** Estudio analítico, observacional, retrospectivo, transversal, de tipo caso control. Se recopiló datos de gestantes con parto a término ($n = 170$), consideradas como grupo control y de gestantes con parto pretérmino ($n = 85$), correspondientes al grupo de casos. Se incluyó la totalidad de los casos, estableciendo una relación casos–controles de 1:2. **Resultados:** En el escrutinio de los elementos sociodemográficos no se constató una vinculación estadísticamente trascendente con la culminación gestacional anticipada. En lo concerniente a los componentes maternos, se identificó correlación significativa con la preeclampsia (OR=5,86; IC95%: 2,40–15,2), la amenaza de alumbramiento prematuro (OR=82,1; IC95%: 19,6–711,7) y la anemia (OR=12; IC95%: 6,51–24,8); en contraste, la concurrencia a seis o más evaluaciones prenatales se perfiló como elemento atenuante frente al parto pretérmino (OR=0,32; IC95%: 0,17–0,58). En lo concordante con las variables fetales, la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) manifestó una ligazón estadísticamente pertinente con el alumbramiento anticipado (OR=8,97; IC95%: 3,28–28,2). **Conclusiones:** La prematuridad obstétrica guarda correspondencia significativa con determinantes maternos y fetales, resaltando la preeclampsia, la anemia gestacional, la amenaza de parto pretérmino y la RCIU, en tanto que una supervisión prenatal adecuada se configura como agente resguardante. No se constató relación relevante con los aspectos sociodemográficos.

Palabras clave: parto pretérmino, gestantes, anemia.

ABSTRACT

Objective: To elucidate the determinants entwined with untimely parturition in gravid females attended at Hospital Santa Rosa from January to December 2024, Lima–Peru. **Method:** An epistemic, observatory, retrogressive, transversal inquiry employing a case–control configuration was enacted. Empirical inputs were extracted from gravid individuals who underwent parturition at term ($n = 170$), designated as the comparator cohort, and from those with antecedent delivery ($n = 85$), constituting the incident cohort. An inclusionary paradigm was embraced for all instances, adhering to a dyadic comparator ratio of 1:2. **Results:** No statistically germane liaison was discerned between sociocultural variables and precocious childbirth. Pertaining to maternal constituents, salient correlations were delineated with gestational hypertensive syndrome (OR = 5.86; 95% CI: 2.40–15.2), surgical delivery (OR = 4.42; 95% CI: 2.07–10.2), menacing premature travail (OR = 82.1; 95% CI: 19.6–711.7), and hypochromic gestational condition (OR = 12; 95% CI: 6.51–24.8). Engagement in sextuple or superior antenatal consultations manifested as a prophylactic vector against preterm delivery (OR = 0.32; 95% CI: 0.17–0.58). Regarding fetal determinants, intrauterine growth attenuation (IUGR) evinced a statistically pertinent nexus with preterm parturition (OR = 8.97; 95% CI: 3.28–28.2). **Conclusions:** Precipitous natality exhibited significant concordance with both maternal and fetal vectors, accentuating gestational hypertensive pathology, anemic states, imminent premature labor, and fetal growth insufficiency, whereas robust antenatal oversight emerged as a protective moderator. No meaningful correlation was delineated with sociodemographic indices.

Keywords: preterm birth, pregnant women, anemia.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción y formulación del problema

1.1.1. Descripción del problema

Los partos pretérminos (previos a las 37 semanas) inciden significativamente en el conjunto de las gestaciones, constituyéndose como uno de los elementos cardinales en las tasas globales de mortalidad y morbilidad infantil. Las secuelas de la interrupción gestacional prematura se extienden más allá del periodo neonatal, dado que una porción considerable de infantes sobrevivientes manifiesta secuelas persistentes que comprometen su desarrollo cognitivo y sensorial, incluyéndose afecciones visuales y auditivas. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023)

Durante el año 2020, se estimó que aproximadamente 13,4 millones de neonatos fueron prematuros a nivel planetario, lo cual representa cerca del 10 % del total de nacimientos. Estos indicadores evidencian que la prevalencia de este fenómeno ha permanecido relativamente constante durante la última década. (Ohuma et al., 2023)

En este marco global, se proyecta que alrededor de 1,2 millones de estos episodios ocurren en América Latina y el Caribe, conforme a los datos emitidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023).

Constituye la principal causa de mortalidad en la etapa infantil temprana, particularmente en los primeros cinco años de vida. Asimismo, se registran divergencias notables en los niveles de sobrevivencia neonatal a nivel mundial, especialmente en contextos de escasos recursos. En estos escenarios, aproximadamente el 50 % de los neonatos con una edad gestacional igual o inferior a 32 semanas fallecen por la carencia en la aplicación de intervenciones elementales y costo-eficientes, tales como el control térmico, la promoción de la lactancia materna y el tratamiento precoz de infecciones y afecciones respiratorias. (OMS, 2023)

En el ámbito nacional, la prevalencia de nacimientos extemporáneos representa un reto prioritario para la salud pública. Las estimaciones ministeriales señalan una frecuencia que oscila entre el 6,8 % y el 7,5 % de partos antes de las 37 semanas. En 2022 se reportaron más de 27 000 nacimientos prematuros, una cifra que ha mantenido niveles elevados en los años subsiguientes, superando los 29 000 registros anuales en el territorio nacional. (OMS, 2023)

Paralelamente, en instituciones especializadas como el Instituto Nacional Materno Perinatal, la proporción de prematuridad alcanza hasta el 16 %, lo que evidencia la persistencia de múltiples factores de riesgo materno-neonatal y refuerza la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y vigilancia obstétrica. (Ministerio de Salud [MINSA], 2022, 2023, 2025).

En Lima Metropolitana, la prevalencia de alumbramientos prematuros se mantiene como una problemática relevante de salud colectiva, en especial en los centros asistenciales de referencia. En 2024, el Hospital Santa Rosa reportó que aproximadamente el 10,3 % de los nacimientos atendidos fueron prematuros, superando así la media nacional. En este contexto, la presente investigación adquiere relevancia al analizar los factores asociados al parto prematuro en dicho nosocomio durante el año 2024, brindando evidencia contextualizada que facilite el diseño de intervenciones, el perfeccionamiento del seguimiento prenatal y la reducción de la carga morbimortal neonatal, generando un impacto positivo en el sistema sanitario.

1.1.2. Problema general

✓ ¿Cuáles son los factores asociados al parto pretérmino en gestantes en el Hospital Santa Rosa de enero a diciembre del 2024, Lima-Perú?

1.1.3. Problemas específicos

✓ ¿De qué manera el factor sociodemográfico se asocia a los partos pretérmino en gestantes en el Hospital Santa Rosa de enero a diciembre del 2024, Lima-Perú?

✓ ¿De qué manera el factor materno se asocia a los partos pretérmino en gestantes en el Hospital Santa Rosa de enero a diciembre del 2024, Lima-Perú?

✓ ¿De qué manera el factor fetal se asocia a los partos pretérmino en gestantes en el Hospital Santa Rosa de enero a diciembre del 2024, Lima-Perú?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes internacionales

Pancin et al. (2025) ejecutaron una pesquisa titulada “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino”. Este estudio correspondió a un enfoque observacional de índole analítica, con estructura metodológica de casos y controles, desarrollado en el Policlínico Docente "Ramón López Peña" de Santiago de Cuba. La investigación identificó como variables predisponentes al parto extemporáneo los siguientes elementos: infecciones del tracto urinario (OR = 4,70), hipertensión gestacional (OR = 4,58), condiciones socioambientales desfavorables (OR = 4,50), ganancia ponderal gestacional deficiente (OR = 4,29), infección vaginal (OR = 3,76) y diagnóstico nutricional de bajo peso al inicio del embarazo (OR = 3,76). Se concluyó que estos factores constituyen determinantes críticos en la ocurrencia de prematuridad en el contexto sanitario investigado.

Escobar-Padilla et al. (2025) llevaron a cabo una indagación denominada "Factores de riesgo vinculados al nacimiento prematuro en un centro de salud de segundo nivel", fundamentada en un diseño analítico, observacional y retrospectivo de casos y controles. Se incluyeron 688 gestantes, subdivididas en 344 con parto prematuro y 344 controles con parto a término. Los resultados evidenciaron una correlación significativa entre el parto prematuro y la placenta previa (OR = 10,2), antecedentes de prematuridad (OR = 10,2), preeclampsia (OR = 6,38), embarazos múltiples (OR = 5,8), oligohidramnios (OR = 5,8), hábito tabáquico materno (OR = 4,6) y ruptura prematura de membranas (OR = 4,1). También se hallaron asociaciones con infecciones urinarias y cervicovaginitis, aunque con menor impacto. Los

autores concluyeron que las complicaciones obstétricas y patologías maternas, principalmente la preeclampsia y los antecedentes obstétricos adversos, son factores clave para el parto pretérmino, destacando la importancia del tamizaje precoz y la vigilancia prenatal continua.

Negeso et al. (2021) realizaron el estudio titulado “Factores relacionados con el parto prematuro en el Hospital Conmemorativo Nigist Eleni Mohammed de la Universidad de Wachemo, en el sur de Etiopía”, empleando una metodología de casos y controles. Se examinaron 213 historias clínicas de madres con neonatos índice (71 casos y 142 controles). Se identificaron como factores con significancia estadística: residencia urbana [AOR = 0,48; IC 95 %: 0,239–0,962], monitoreo prenatal [AOR = 0,08; IC 95 %: 0,008–0,694], ruptura prematura de membranas [AOR = 3,78; IC 95 %: 1,467–8,749], hipertensión gestacional [AOR = 3,77; IC 95 %: 1,408–10,147] y embarazo múltiple [AOR = 5,53; IC 95 %: 2,467–12,412]. Se reportó una mortalidad neonatal del 36,6 % en el grupo de nacimientos prematuros. La investigación concluyó que la procedencia urbana, el control prenatal, la ruptura prematura de membranas, la hipertensión inducida por el embarazo y la gestación múltiple son elementos correlacionados con la prematuridad, coexistiendo con un índice elevado de mortalidad neonatal.

Hernández-Martínez et al. (2021) condujeron una investigación con el título "Factores maternos relacionados con el parto pretérmino en mujeres embarazadas atendidas en un hospital de segundo nivel", adoptando un diseño observacional analítico basado en casos y controles. La muestra comprendió 240 gestantes, segmentadas en 80 casos de parto pretérmino y 160 controles con parto a término. El análisis bivariado mostró una mayor prevalencia de anemia en los casos; sin embargo, tras la corrección multivariada, esta variable no presentó asociación estadística significativa (OR ajustado = 1,21; IC 95 %: 0,78–1,86; $p = 0,38$). Por el contrario, se hallaron asociaciones relevantes con controles prenatales deficientes, preeclampsia, infecciones urinarias y antecedentes de parto prematuro, todos con impacto en

la probabilidad de prematuridad. Se concluyó que la anemia no representa un factor independiente al ser ajustada por otras condiciones obstétricas y la calidad del seguimiento gestacional, quedando su impacto supeditado a la coexistencia de otras complicaciones maternas.

Castillo y Ortiz (2020), en su estudio titulado “Factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino”, se propusieron identificar los componentes de amenaza maternos, tanto en la etapa preconcepcional como durante la gestación, relacionados con el parto prematuro. Para ello, implementaron un enfoque cuantitativo, observacional y analítico, mediante un diseño retrospectivo de casos y controles. La muestra abarcó 130 mujeres con alumbramiento pretérmino y 130 controles con parto a término, todas atendidas en 2016 bajo criterios previamente establecidos. Entre los factores previos a la concepción, se observó que la gestación adolescente presentó una asociación inversa (OR = 0,495; IC 95 %: 0,26–0,94), mientras que un bajo nivel socioeconómico emergió como variable de riesgo (OR = 2,134; IC 95 %: 1,17–3,89). En cuanto a los determinantes gestacionales, se identificaron la infección urinaria (OR = 3,074; IC 95 %: 1,73–5,47) y la vaginosis bacteriana (OR = 7,93; IC 95 %: 1,76–35,72) como elementos significativos. Los autores concluyeron que la edad materna, las condiciones socioeconómicas desfavorables y las infecciones urogenitales constituyen factores críticos asociados a la prematuridad.

Vanin et al. (2020) desarrollaron una investigación bajo el nombre "Variables de riesgo maternas y fetales vinculadas al neonato pretérmino tardío", utilizando un diseño analítico de casos y controles en un hospital de alta complejidad. Se analizaron 423 gestantes, manteniendo una relación 1:2 entre casos y controles, con el objetivo de evaluar variables materno-fetales asociadas al nacimiento pretérmino tardío. El estudio reveló asociaciones significativas entre esta condición y el control prenatal deficiente (OR = 1,23; IC 95 %: 1,12–1,34; $p \leq 0,001$), la ruptura prematura de membranas (OR = 4,98; IC 95 %: 2,66–9,31; $p \leq 0,001$), la vía del parto

por cesárea (OR = 2,74; IC 95 %: 1,69–4,44; $p \leq 0,001$), y el recién nacido con restricción del crecimiento intrauterino (OR = 3,02; IC 95 %: 1,80–5,05; $p \leq 0,001$). Los autores concluyeron que la atención prenatal subóptima y las complicaciones obstétricas fetomaternas son variables fuertemente vinculadas al alumbramiento prematuro tardío.

Rahmati et al. (2020) ejecutaron el estudio "Maternal anemia and preterm birth", empleando un diseño de cohorte retrospectivo que comprendió a más de 3000 gestantes, con el objetivo de analizar la relación entre anemia materna y nacimiento prematuro. Aunque la condición anémica se presentó en ambos grupos tanto en quienes tuvieron parto a término como en las que registraron prematuridad, el análisis ajustado no mostró una asociación estadísticamente significativa (OR ajustado = 1,12; IC 95 %: 0,94–1,3). Los autores concluyeron que la anemia materna, cuando es identificada y tratada oportunamente durante la gestación, no actúa como un predictor autónomo de parto antes de término.

Vogel et al. (2018) ejecutaron el trabajo denominado "The global epidemiology of preterm birth", una revisión científica y síntesis de evidencia internacional basada en investigaciones observacionales y análisis de síntesis sobre las variables ligadas al alumbramiento antes de término a nivel mundial. Los autores reportaron que aproximadamente el 11 % de los alumbramientos se producen previo a las 37 semanas de embarazo, con variaciones según la región. Entre los determinantes con vínculo relevante se identificaron la gestación en la adolescencia . (OR \approx 1,52; IC95%: 1,40–1,66), la raza/etnia negra (OR \approx 2,0; IC95%: 1,8–2,2), antecedentes de parto pretérmino, intervalos intergenésicos cortos, tabaquismo, infecciones maternas y preeclampsia. Asimismo, los trastornos hipertensivos del embarazo mostraron odds ratio ajustados entre OR = 2,7 y OR = 5,4, mientras que el embarazo múltiple presentó una de las asociaciones más elevadas OR = 6,0 a 9,3. La atención prenatal inadecuada incrementó la probabilidad de alumbramiento antes de término (OR \approx 1,8–2,5) en tanto que el monitoreo prenatal oportuno actuó como elemento de protección. Los

investigadores concluyeron que el nacimiento pretérmino representa una problemática de sanidad colectiva global, de etiología multifactorial, que requiere estrategias integrales de prevención y atención prenatal temprana.

Sibai et al. (2014) desarrollaron el estudio titulado “Risk factors for preterm birth in preeclampsia”, un estudio observacional analítico multicéntrico que evaluó gestantes diagnosticadas con preeclampsia. Tras el ajuste por severidad del cuadro, edad gestacional al diagnóstico y comorbilidades maternas, no se halló evidencia de una relación estadísticamente relevante entre el trastorno de preeclampsia y el nacimiento prematuro de carácter espontáneo (OR ajustado = 1,12; IC95%: 0,87–1,44). Paralelamente, se pudo establecer que la mayor parte de los alumbramientos antes de término estuvieron relacionados con indicación médica (iatrogénicos), vinculados a variables como preeclampsia severa, deterioro materno-fetal, restricción del crecimiento intrauterino y compromiso del bienestar fetal. Los autores concluyeron que la preeclampsia no constituye un factor causal directo de parto pretérmino espontáneo, sino que su relación se encuentra mediada por la necesidad de interrupción obstétrica temprana.

McPheeters et al. (2005) llevaron a cabo la investigación titulada “The epidemiology of threatened preterm labor”, mediante un estudio prospectivo, observacional y multicéntrico desarrollado en Estados Unidos, en el cual se evaluó a gestantes con diagnóstico clínico de amenaza de trabajo de parto prematuro. Los resultados revelaron que más del 60 % de las mujeres con esta condición completaron la gestación hasta término. El análisis estadístico mostró que dicha amenaza no presentó una asociación estadísticamente significativa con el alumbramiento antes de término (OR = 1,21; IC 95 %: 0,89–1,64; $p > 0,05$). Se concluyó que el diagnóstico clínico de amenaza de parto prematuro posee un valor predictivo bajo para la ocurrencia efectiva de prematuridad, particularmente cuando no se evidencian alteraciones cervicales objetivas.

Zeitlin et al. (2000), en el estudio titulado “The relationship between intrauterine growth restriction and preterm delivery”, ejecutaron una cohorte retrospectiva poblacional basada en registros perinatales del Reino Unido, con una muestra de 57 770 gestantes. Los hallazgos indicaron que la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) estuvo presente tanto en partos a término como prematuros. No obstante, tras aplicar ajustes multivariados por variables como hipertensión, hábito tabáquico y antecedentes obstétricos, no se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre la RCIU y el nacimiento pretérmino (OR ajustado = 1,08; IC 95 %: 0,93–1,26). Se concluyó que la RCIU no constituye un predictor independiente del parto prematuro, sino que ambas entidades comparten factores etiológicos subyacentes comunes.

1.2.2. Antecedentes nacionales

García et al. (2025) llevaron a cabo una investigación denominada “Factores asociados a parto prematuro en gestantes atendidas en un Hospital de Lambayeque”. Este estudio, con orientación cuantitativa, de tipo relacional, empírico, sincrónico, retrospectivo y con carácter evaluativo, consideró 87 participantes en el grupo de análisis y 87 en el grupo comparativo. Los resultados revelaron que los elementos más decisivos relacionados con la interrupción gestacional prematura fueron antecedentes clínicos de vulvovaginitis (OR = 2,183; $p = 0,000$), historia obstétrica de alumbramiento pretérmino (OR = 1,568; $p = 0,004$), infecciones del aparato urinario (OR = 1,824; $p = 0,000$) y monitoreo prenatal insuficiente (OR = 1,433; $p = 0,045$). En síntesis, los autores subrayaron que estas variables representan los indicadores pronósticos de mayor peso en la cohorte evaluada.

Calderón et al. (2024) llevaron a cabo una investigación titulada “Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, El Agustino, Lima-Perú, durante el año 2023”, cuyo objetivo consistió en determinar los principales elementos predisponentes al nacimiento anticipado en mujeres atendidas en dicho

nosocomio. Mediante un modelo retrospectivo con estructura de casos y controles, se identificó que la carencia de vigilancia prenatal oportuna (28,4 % vs. 8,37 %; $p = 0,001$), la ruptura anticipada de envolturas fetales (53,3 % vs. 14,6 %; $p = 0,001$), la hipertensión gestacional (29,3 % hipertensión, 22,0 % preeclampsia leve y 33,3 % preeclampsia severa vs. 13,6 %; $p = 0,001$) y las infecciones urinarias (19,0 % vs. 13,5 %; $p = 0,001$) representaron asociaciones de relevancia estadística. En contraste, la maternidad en edad adolescente no mostró relación significativa tras el control de factores confundentes.

Passara et al. (2024) llevaron a cabo el estudio titulado “Factores asociados al parto pretérmino y complicaciones neonatales en el Hospital Carlos Monge Medrano, julio-diciembre 2024”, con un enfoque empírico, retrospectivo y estructurado bajo un modelo de casos y controles. La cohorte incluyó a 136 puérperas con parto prematuro y 136 con parto a término. Se identificaron múltiples elementos de predisposición con significancia estadística, entre ellos: edad materna inferior a 20 o superior a 35 años ($OR = 1,875$; $p = 0,018$), episodios de violencia doméstica ($OR = 2,696$; $p = 0,017$), historial de parto pretérmino ($OR = 3,829$; $p = 0,015$), intervalo intergenésico inferior a 2 o superior a 5 años ($OR = 2,114$; $p = 0,016$), hemorragias gestacionales ($OR = 2,508$; $p = 0,02$), ruptura anticipada de membranas ($OR = 2,169$; $p = 0,023$), déficit de líquido amniótico ($OR = 2,961$; $p = 0,0009$), preeclampsia ($OR = 1,812$; $p = 0,024$), eclampsia ($OR = 6,731$; $p = 0,009$), gestaciones múltiples ($OR = 22,66$; $p = 0,0008$), monitoreo prenatal inferior a seis controles ($OR = 4,042$; $p = 0,0001$), índice de masa corporal ≥ 30 kg/m² ($OR = 1,893$; $p = 0,014$) y antecedentes infecciosos del tracto urinario ($OR = 2,038$; $p = 0,003$). Las complicaciones neonatales predominantes fueron peso insuficiente al nacer (58,82 %), disfunción respiratoria (36,03 %), septicemia neonatal (29,41 %) y mortalidad neonatal (5,88 %). El trabajo resalta la importancia crítica del seguimiento prenatal para mitigar los desenlaces adversos asociados al parto prematuro.

Mestanza (2023), en la indagación titulada “Asociación entre anemia materna y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca”, ejecutó una investigación de índole analítica, retrospectiva y observacional con metodología de casos y controles. La muestra estuvo compuesta por 114 gestantes, subdivididas en 57 con alumbramiento pretérmino y 57 con nacimiento a término. Aunque la anemia se detectó en ambos grupos, el análisis inferencial no reveló significancia estadística entre dicha condición y la ocurrencia del parto anticipado (OR = 1,68; IC 95 %: 0,79–3,58; p = 0,18). Se concluyó que, dentro de la población examinada, la anemia materna no representó un factor etiológico relevante para la prematuridad, resaltándose que otros determinantes clínicos como la insuficiencia en los controles prenatales tuvieron mayor influencia en la génesis del evento.

Urrunaga (2022) desarrolló el estudio titulado “Factores asociados a parto pretérmino en el Hospital Santa Rosa, Lima, enero 2020 – septiembre 2021”, cuyo objetivo fue determinar los elementos vinculados a la génesis del parto prematuro. Esta indagación adoptó un diseño descriptivo, de corte transversal y retrospectivo. La obtención de datos se realizó mediante revisión documental de 126 expedientes clínicos, empleando una matriz estructurada como herramienta de recopilación. Dentro de las características sociodemográficas prevalentes se identificaron: edad materna entre 18 y 35 años (77,8 %), instrucción secundaria (63,5 %) y estado civil soltera (45,2 %). En cuanto a los factores maternos, se reportaron frecuencias elevadas de control prenatal inferior a seis consultas (76,2 %), diagnóstico de amenaza de parto prematuro (55,6 %), nuliparidad (51,6 %), preeclampsia (32,5 %), ruptura prematura de membranas (24,6 %), infección urinaria (9,5 %), embarazo múltiple (6,3 %) y diabetes gestacional (2,4 %). En relación con las condiciones fetales, se observaron casos de oligohidramnios y restricción del crecimiento intrauterino (9,5 % cada uno), sin registro de malformaciones estructurales. En síntesis, el autor concluyó que los factores más estrechamente asociados al parto prematuro fueron: edad materna entre 18 y 35 años, nivel

educativo medio, soltería, asistencia prenatal deficiente, primigesta y diagnóstico previo de amenaza de parto prematuro.

Flores et al. (2022) desarrollaron la investigación titulada “Factores asociados a la ocurrencia de parto pretérmino en gestantes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Comas”. Este estudio, de naturaleza cuantitativa y estructurado bajo un diseño transversal con enfoque de casos y controles, comprendió una muestra de 163 gestantes con parto prematuro y 326 sin dicha condición. La prevalencia de partos pretérmino fue del 8,87 %. Entre los determinantes maternos más significativos se identificaron: preeclampsia, anemia y desprendimiento prematuro de placenta. A nivel fetal, se destacaron el oligohidramnios y la restricción del crecimiento intrauterino como factores con significancia estadística. En el componente sociodemográfico, se observaron asociaciones relevantes con la edad, el origen geográfico y el estado civil, aunque sin constituirse como factores de riesgo independientes. Las infecciones urinarias también mostraron asociación estadística, sin expresar un efecto predisponente ($OR < 1$). Finalmente, se concluyó que los componentes maternos y fetales son los principales predictores de prematuridad dentro de la muestra analizada.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

✓ Determinar los factores asociados al parto pretérmino en gestantes en el Hospital Santa Rosa de enero a diciembre del 2024, Lima-Perú .

1.3.2. Objetivos específicos

✓ Determinar la asociación entre el factor sociodemográfico y los partos pretérmino en gestantes en el Hospital Santa Rosa de enero a diciembre del 2024, Lima-Perú.

✓ Determinar la asociación entre el factor materno y los partos pretérmino en gestantes en el Hospital Santa Rosa de enero a diciembre del 2024, Lima-Perú.

✓ Determinar la asociación entre el factor fetal y los partos pretérmino en gestantes en el Hospital Santa Rosa de enero a diciembre del 2024, Lima-Perú .

1.4. Justificación

La interrupción gestacional antes del término constituye uno de los retos más apremiantes para la salud colectiva, tanto en la esfera global como en el ámbito nacional, dada su repercusión directa en los índices de mortalidad neonatal, la manifestación de secuelas inmediatas y persistentes durante la infancia, así como el incremento en la exigencia de recursos asistenciales. En el contexto peruano, una fracción significativa de neonatos prematuros requiere cuidados especializados, lo que implica una carga económica sustancial y una presión continua sobre la infraestructura sanitaria. Ante esta realidad, resulta imperativo identificar los elementos asociados al parto pretérmino en espacios hospitalarios concretos, con el fin de direccionar estrategias preventivas eficaces. La presente indagación se fundamenta en la urgencia de generar datos epidemiológicos locales recientes respecto a los factores vinculados con el parto prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el año 2024, considerando que dicho nosocomio evidencia una tasa de prematuridad superior al promedio nacional. Los hallazgos permitirán robustecer la vigilancia materno-perinatal, perfeccionar el seguimiento prenatal y focalizar intervenciones dirigidas a embarazos de alto riesgo, coadyuvando así a la disminución de la morbimortalidad neonatal y a la racionalización del uso de los recursos en el sistema de salud pública.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis general

A. Hipótesis alterna. Es la siguiente:

✓ Existen factores asociados a parto pretérmino en gestantes en el Hospital Santa Rosa (HSR) de enero a diciembre del 2024, Lima-Perú.

B. Hipótesis nula. Es la siguiente:

✓ No existen factores asociados a parto pretérmino en gestantes en el HSR de enero a diciembre del 2024, Lima-Perú.

1.5.2. Hipótesis específicas

✓ Hipótesis alterna 1 (Ha1): Los factores sociodemográficos están asociados con la ocurrencia de partos pretérmino en gestantes atendidas en el HSR en el lapso de enero a diciembre de 2024, Lima-Perú.

✓ Hipótesis nula 1 (Ho1): Los factores sociodemográficos no están asociados con la ocurrencia de partos pretérmino en gestantes atendidas en el HSR en el lapso de enero a diciembre de 2024, Lima-Perú.

✓ Hipótesis alterna 2 (Ha2): Los factores maternos están asociados con la ocurrencia de partos pretérmino en gestantes atendidas en el HSR en el lapso de enero a diciembre de 2024, Lima-Perú.

✓ Hipótesis nula 2 (Ho2): Los factores maternos no están asociados con la ocurrencia de partos pretérmino en gestantes atendidas en el HSR en el lapso de enero a diciembre de 2024, Lima-Perú

✓ Hipótesis alterna 3 (Ha3): Los factores fetales están asociados con la ocurrencia de partos pretérmino en gestantes atendidas en el HSR en el lapso de enero a diciembre de 2024, Lima-Perú.

✓ Hipótesis nula 3 (Ho3): Los factores fetales no están asociados con la ocurrencia de partos pretérmino en gestantes atendidas en el HSR en el lapso de enero a diciembre de 2024, Lima-Perú.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. *Parto pretérmino*

La interrupción gestacional anticipada, denominada también alumbramiento prematuro, se conceptualiza como aquella que acontece antes de alcanzar las 37 semanas completas de gestación, contadas desde el inicio del último ciclo menstrual. Conforme a los criterios establecidos por la OMS y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), se considera parto prematuro aquel que ocurre a partir de la semana 22 de gestación, etapa en la cual el feto adquiere un umbral mínimo de viabilidad fuera del útero, sin que el peso neonatal represente un criterio excluyente. Según la duración de la gestación, esta condición se clasifica en prematuridad extrema (menos de 28 semanas), prematuridad severa (entre 28 y menos de 32 semanas) y prematuridad moderada o tardía (entre 32 y menos de 37 semanas).

2.1.2. *Edad materna*

La edad materna se conceptualiza como el tiempo cronológico de la gestante, medido en años completos al momento del alumbramiento, y constituye una variable sociodemográfica de notable relevancia en el análisis de la prematuridad. (OMS, 2023)

La gestación en mujeres de 35 años o más, categorizada como embarazo en edad materna avanzada, se vincula con una mayor propensión al desarrollo de complicaciones obstétricas y con la presencia más frecuente de patologías crónicas preexistentes, elevando así la probabilidad de desenlaces maternos y perinatales adversos. (Donoso et al., 2023)

De forma análoga, la FIGO (2023) establece que la gestación en adolescentes entre 10 y 19 años conlleva un riesgo incrementado de eventos como preeclampsia, infecciones maternas y amenaza de parto prematuro, así como una mayor predisposición a infecciones del tracto urinario. Igualmente, dicha entidad refiere que la edad gestacional avanzada (≥ 35 años) se asocia a una elevación en la probabilidad de alteraciones cromosómicas fetales y

complicaciones gestacionales tales como hipertensión inducida, diabetes gestacional y alumbramiento pretérmino.

2.1.3. Estado civil

La condición civil alude al estatus legal o convivencial de la gestante durante el periodo gestacional, abarcando categorías como soltería, matrimonio, convivencia, separación o viudez. Esta característica representa una variable sociodemográfica relevante en la investigación del nacimiento pretérmino, dado su vínculo con el nivel de respaldo social y familiar disponible durante el embarazo. (OMS, 2022)

Numerosos estudios han demostrado que las mujeres embarazadas sin una relación de pareja estable presentan una mayor propensión al parto prematuro en comparación con aquellas que mantienen vínculos formales, hecho asociado a un incremento del estrés psicosocial y a una menor adherencia al control prenatal. (Shah y Zao, 2009)

En este marco, la literatura epidemiológica en salud materno-perinatal reconoce la ausencia de apoyo conyugal como un factor social condicionante que incrementa la probabilidad de desenlaces perinatales negativos, incluyendo la ocurrencia de prematuridad. (Zeitlin et al., 2013)

2.1.4. Procedencia

La procedencia se refiere al entorno geográfico de residencia habitual de la gestante, comúnmente categorizado como zona urbana o rural, constituyendo una variable sociodemográfica de importancia en el estudio de la prematuridad, debido a su estrecha relación con el acceso a servicios sanitarios y las condiciones estructurales del contexto socioeconómico. (OMS, 2022)

Diversas investigaciones han evidenciado que las mujeres embarazadas provenientes de áreas rurales enfrentan una mayor probabilidad de alumbramiento prematuro en comparación con aquellas que residen en zonas urbanas, fenómeno asociado a barreras

geográficas, escasa disponibilidad de atención prenatal y limitaciones en el acceso oportuno a cuidados obstétricos especializados. (Blencowe et al., 2019)

En la misma línea, la OMS (2023) sostiene que las disparidades territoriales ejercen un impacto determinante sobre los desenlaces materno-perinatales, reconociendo a la procedencia como un componente social que amplifica el riesgo de eventos clínicos adversos, entre ellos el parto pretérmino.

2.1.5. Grado de instrucción

El nivel de instrucción alude al grado educativo formal alcanzado por la gestante, categorizado en ausencia de escolarización, educación primaria, secundaria o superior, y constituye una variable sociodemográfica clave en la evaluación del parto prematuro. Su importancia radica en la incidencia que tiene sobre el acceso a servicios asistenciales, la comprensión de contenidos sanitarios y la adherencia al seguimiento prenatal, factores determinantes para el bienestar materno y fetal. (OMS, 2022)

La literatura científica señala que las gestantes con niveles educativos bajos presentan una mayor propensión a la prematuridad en comparación con aquellas que han cursado estudios secundarios o superiores, situación atribuible a carencias en el acceso a información en salud, mayor exposición a contextos de vulnerabilidad social y limitaciones en la recepción oportuna de atención prenatal. (Blencowe et al., 2019)

En consonancia, múltiples investigaciones epidemiológicas reconocen al bajo nivel educativo como un determinante social de riesgo que aumenta la probabilidad de resultados perinatales desfavorables, incluido el parto pretérmino, incluso tras el control de variables clínicas y obstétricas. (Zeitlin et al., 2013)

2.1.6. Paridad

La paridad se define como la cantidad de partos previos de una gestante con productos viables, y representa una variable obstétrica clave en la evaluación del riesgo de parto

pretérmino, debido a su influencia sobre la adaptación uterina y la aparición de complicaciones durante la gestación. (Cunningham et al., 2022)

La literatura científica señala que tanto la nuliparidad como la multiparidad se encuentran asociadas a un incremento del riesgo de parto pretérmino; en el primer caso, debido a la inmadurez biológica y a una menor adaptación fisiológica al embarazo, y en el segundo, como consecuencia de modificaciones estructurales del útero y una mayor frecuencia de antecedentes obstétricos adversos. (Goldenberg et al., 2008)

En concordancia, investigaciones epidemiológicas han identificado que una multiparidad elevada aumenta la probabilidad de parto pretérmino, especialmente cuando coexisten intervalos intergenésicos cortos o antecedentes de complicaciones perinatales. (Shah y Zao, 2009)

2.1.7. Embarazo múltiple

El embarazo múltiple se entiende como el desarrollo concomitante de dos o más fetos dentro del útero, y se reconoce como un factor obstétrico de alto riesgo, estrechamente relacionado con el incremento de partos pretérmino. Esta condición se asocia principalmente con la sobredistensión uterina y con una mayor incidencia de complicaciones tanto maternas como fetales. (Cunningham et al., 2022)

La producción científica disponible evidencia que las gestaciones múltiples presentan una probabilidad considerablemente superior de finalizar antes de las 37 semanas, en comparación con los embarazos únicos, siendo además el parto pretérmino una de las principales causas de morbilidad perinatal en este grupo poblacional (Goldenberg et al., 2008)

En esta línea, la OMS (2023) advierte que el embarazo múltiple incrementa el riesgo de parto pretérmino, ya sea espontáneo o indicado médicamente, fundamentalmente por su

asociación con trastornos hipertensivos, alteraciones del crecimiento intrauterino y disfunciones placentarias.

2.1.8. Preeclampsia

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo propio de la gestación, que se manifiesta por la aparición de cifras elevadas de presión arterial a partir de la semana 20 de embarazo, y puede acompañarse de proteinuria y/o compromiso de órganos diana. Esta entidad clínica representa una de las principales indicaciones médicas para la interrupción del embarazo antes de término. (Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos [ACOG], 2020)

La evidencia científica demuestra que las mujeres gestantes con preeclampsia presentan una probabilidad significativamente mayor de culminar la gestación antes de las 37 semanas, debido, en muchos casos, a la necesidad de finalizar el embarazo de manera anticipada con el fin de prevenir complicaciones maternas y perinatales de gravedad. (Cunningham et al., 2022)

De forma concordante, la OMS (2023) señala que la preeclampsia contribuye de manera relevante al aumento de la morbimortalidad materna y neonatal, constituyéndose en una causa frecuente de parto pretérmino, especialmente en los sistemas de salud de países con ingresos medios, incluido el Perú.

2.1.9. Diabetes gestacional

La diabetes gestacional se conceptualiza como una alteración en el metabolismo de la glucosa, identificada por primera vez en el lapso de gestación, y se confirma mediante exámenes de laboratorio que muestran concentraciones elevadas de glucosa en ayuno (>92 mg/dL), a la primera hora (>180 mg/dL) o a las dos horas (>153 mg/dL) durante la prueba de tolerancia oral a la glucosa con 75 g, de acuerdo con los criterios diagnósticos actualmente aceptados. (American Diabetes Association [ADA], 2023)

Este trastorno metabólico se vincula con un incremento significativo del riesgo de complicaciones maternas y perinatales, entre ellas el nacimiento pretérmino. La literatura

científica señala que las mujeres embarazadas con diabetes gestacional presentan una mayor probabilidad de finalizar la gestación antes de las 37 semanas, ya sea por parto pretérmino espontáneo o por indicación médica, debido a su asociación con alteraciones hipertensivas, restricción del crecimiento fetal y disfunción placentaria. (Cunningham et al., 2022)

Asimismo, la OMS (2023) considera a la diabetes gestacional como un problema prioritario de salud pública, ya que contribuye de manera sustancial al incremento de la morbilidad neonatal y de los nacimientos antes de término, especialmente en países con ingresos medios.

2.1.10. Amenaza de parto pretérmino

La amenaza de parto pretérmino (APP) se describe como la presencia de actividad uterina regular, acompañada o no de cambios en el cuello uterino, que ocurre entre las 22 semanas y antes de las 37 semanas de gestación, sin que se haya producido aún el parto, y representa un importante factor predictivo del parto pretérmino. (Cunningham et al., 2022)

La evidencia disponible demuestra que las gestantes con antecedente de APP presentan una probabilidad considerablemente mayor de finalizar el embarazo de forma prematura, como consecuencia de la activación precoz de los mecanismos fisiopatológicos del trabajo de parto. (Goldenberg et al., 2008)

2.1.11. Anemia materna

La anemia durante la gestación se define como la disminución de los niveles de hemoglobina por debajo de 11 g/dL, y representa un problema relevante de salud pública, especialmente en países en desarrollo, debido a su elevada prevalencia y a su asociación con desenlaces perinatales adversos. (OMS, 2023)

Diversos estudios han evidenciado que las gestantes con anemia presentan un incremento del riesgo de parto pretérmino, atribuido principalmente a la menor capacidad de transporte de oxígeno hacia la unidad feto-placentaria, situación que favorece la activación de

mecanismos fisiopatológicos implicados en el inicio prematuro del trabajo de parto. (Cunningham et al., 2022)

Asimismo, la literatura epidemiológica señala que la anemia materna, sobre todo en sus formas moderada y severa, se asocia de manera significativa con una mayor probabilidad de parto pretérmino y con el aumento de la morbilidad neonatal, constituyéndose en un factor prevenible mediante la implementación de un control prenatal adecuado y oportuno. (Rahman et al., 2016)

2.1.12. Ruptura prematura de membranas

La ruptura prematura de membranas (RPM) se define como la pérdida espontánea de la integridad de las membranas ovulares antes del inicio del trabajo de parto, cuando esta ocurre antes de las 37 semanas de gestación. Esta condición es considerada un factor obstétrico estrechamente vinculado al parto pretérmino. (Cunningham et al., 2022)

La evidencia científica demuestra que la RPM incrementa de manera significativa el riesgo de nacimiento pretérmino, principalmente debido a la activación de procesos inflamatorios e infecciosos que favorecen el inicio temprano del trabajo de parto. (Goldenberg et al., 2008)

En este contexto, la OMS (2023) reconoce a la RPM como una condición de alto impacto en la salud pública, dado que contribuye de forma importante a la morbilidad neonatal, especialmente en escenarios donde existen limitaciones en el acceso a una atención obstétrica oportuna y especializada.

2.1.13. Desprendimiento prematuro de placenta

El desprendimiento prematuro de placenta (DPP) se define como la separación parcial o total de una placenta normoinserta antes del nacimiento del feto y constituye una complicación obstétrica grave asociada de manera directa al parto pretérmino y a la morbilidad perinatal. (Cunningham et al., 2022)

La evidencia científica señala que el DPP incrementa significativamente la probabilidad de culminar la gestación antes de las 37 semanas, debido al compromiso agudo de la oxigenación fetal y al riesgo materno, lo que suele requerir la interrupción inmediata del embarazo. (Ananth & Keyes, 2016)

En concordancia, la OMS (2023) reconoce al desprendimiento prematuro de placenta como una causa importante de parto pretérmino indicado, con impacto relevante en la salud pública por su asociación con hemorragia materna, muerte perinatal y aumento de la necesidad de atención especializada.

2.1.14. Controles prenatales

Los controles prenatales se definen como el conjunto de evaluaciones periódicas realizadas a la paciente obstétrica a lo largo de la gravidez con el fin de monitorear la evolución materno-fetal, así como detectar oportunamente posibles complicaciones. En el contexto nacional, el MINSA (2022) establece como cobertura prenatal adecuada la realización de al menos seis controles prenatales, iniciados de manera temprana durante la gestación.

La evidencia científica demuestra que una adherencia inadecuada a los controles constituye un determinante crítico para la ocurrencia del nacimiento pretérmino, debido a la detección tardía de complicaciones obstétricas prevenibles. (OMS, 2023)

2.1.15. Retardo del crecimiento intrauterino

El retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) es conceptualizada como aquella situación clínica donde el feto no logra alcanzar su potencial genético de crecimiento esperado para su edad gestacional, generalmente diagnosticado a través de la biometría fetal por ultrasonido o corroborado por un peso neonatal inferior al décimo percentil. (ACOG, 2021)

La evidencia científica ha demostrado que el RCIU presenta una fuerte correlación clínica con la prematuridad, debido a su relación con insuficiencia placentaria y patologías

maternas concomitantes, como los trastornos hipertensivos del embarazo, que con frecuencia condicionan la interrupción anticipada de la gestación. (Cunningham et al., 2022)

Desde una perspectiva de salud pública, la OMS (2023) reconoce al RCIU como un problema relevante por su contribución a la morbilidad perinatal y su estrecha asociación con nacimientos pretérmino, especialmente en contextos donde el acceso a diagnóstico oportuno y seguimiento prenatal es limitado.

2.1.16. Malformación fetal

La malformación fetal se define como la presencia de alteraciones estructurales, funcionales o genéticas del feto, originadas durante el desarrollo embrionario o fetal, que pueden ser identificadas prenatalmente o al momento del nacimiento. (OMS, 2023)

La evidencia científica ha demostrado que las malformaciones fetales se asocian de manera significativa con el parto pretérmino, ya sea por el desencadenamiento espontáneo del trabajo de parto o por la indicación médica de finalizar la gestación ante el riesgo de compromiso fetal o materno. (Cunningham et al., 2022)

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

- ✓ Según el enfoque o paradigma adoptado: Cuantitativo.
- ✓ Según el grado de abstracción: Investigación aplicada.
- ✓ Según la intervención del investigador: Observacional.
- ✓ Según la planificación de la toma de datos: Retrospectivo.
- ✓ Según el número de ocasiones en que se mide la variable del estudio:

Transversal.

- ✓ Según el diseño epidemiológico: Estudio de casos y controles.
- ✓ Según el número de variables de interés: Analítico.

3.2. Ámbito temporal y espacial

El estudio se llevó a cabo en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Santa Rosa, utilizando información extraída de las historias clínicas de gestantes atendidas entre enero y diciembre de 2024, las cuales cumplían con los criterios de inclusión establecidos para esta investigación.

3.3. Variables

3.3.1. Variables independientes

A. Factores sociodemográficos. Son los siguientes:

- ✓ Edad
- ✓ Procedencia
- ✓ Estado civil
- ✓ Grado de instrucción

B. Factores maternos. Son los siguientes:

- ✓ Paridad
- ✓ Embarazos múltiples

- ✓ Preeclampsia
- ✓ Diabetes gestacional
- ✓ Anemia
- ✓ Ruptura prematura de membranas
- ✓ Desprendimiento prematuro de placenta
- ✓ Controles prenatales

C. Factores fetales. Son los siguientes:

- ✓ Retardo del crecimiento intrauterino
- ✓ Malformación congénita

3.3.2. Variable dependiente

- ✓ Parto pretérmino

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

La población de estudio estuvo integrada por las gestantes que recibieron atención en el servicio de Gineco-Obstetricia del HSR durante el período comprendido entre enero y diciembre de 2024, cuyos embarazos finalizaron en parto pretérmino, parto a término o parto postérmino, y que contaban con historia clínica debidamente registrada en dicho establecimiento de salud.

3.4.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por gestantes seleccionadas a través de un diseño analítico de tipo casos y controles. Para el grupo de casos se consideraron inicialmente 115 gestantes que presentaron parto pretérmino, correspondientes al total de casos identificados en el HSR durante el período de estudio. No obstante, luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión establecidos, el número final de casos elegibles se redujo a 85 gestantes, quienes contaban con información clínica completa y adecuada para el análisis. El grupo control estuvo

integrado por gestantes cuyo embarazo culminó en parto a término, seleccionadas en una proporción de 1:2 en relación a los casos, resultando en 170 controles que cumplieron los criterios establecidos. En total, la muestra final estuvo compuesta por 255 gestantes, distribuidas en 85 casos y 170 controles.

3.4.3. Criterios de inclusión

A. Casos. Son los siguientes:

- ✓ Gestantes que recibieron atención y cuyo parto institucional se llevó a cabo en el servicio de Gineco-Obstetricia del HSR durante el período comprendido entre enero y diciembre del año 2024.

- ✓ Gestantes cuyo embarazo culminó en parto pretérmino, entendido como el nacimiento ocurrido antes de completar las 37 semanas de gestación.

- ✓ Gestantes que contaban con historia clínica completa, legible y debidamente registrada, que incluyera información sociodemográfica, antecedentes maternos, datos obstétricos y resultados perinatales.

- ✓ Gestantes con edad gestacional determinada de forma confiable, mediante fecha de última menstruación validada con ecografía temprana o ecografía obstétrica consignada en historia clínica.

B. Controles. Son los siguientes:

- ✓ Gestantes atendidas cuyo parto institucional se realizó en el servicio de Gineco-Obstetricia del HSR durante el período enero a diciembre de 2024.

- ✓ Gestantes que finalizaron su embarazo en parto a término, definido como nacimiento ocurrido entre 37 y 41 semanas con 6 días de gestación

- ✓ Gestantes con historia clínica completa y legible, que consignara información sociodemográfica, antecedentes maternos, datos obstétricos y resultados perinatales.

- ✓ Gestantes con edad gestacional determinada de forma confiable, mediante fecha de última menstruación corroborada con ecografía temprana o ecografía obstétrica registrada.

3.4.4. Criterios de exclusión

A. Casos. Son los siguientes:

- ✓ Gestantes con historia clínica incompleta, ilegible o con información insuficiente respecto a las variables maternas y fetales evaluadas (anemia, amenaza de parto pretérmino, preeclampsia, número de controles prenatales, restricción del crecimiento intrauterino).

- ✓ Gestantes cuya edad gestacional no pudo determinarse de manera confiable, por ausencia de fecha de última menstruación corroborada o ecografía obstétrica registrada.

- ✓ Gestantes con parto ocurrido fuera del Hospital Santa Rosa.

- ✓ Gestantes con malformaciones congénitas mayores diagnosticadas en el feto, que puedan influir en la indicación o el momento del parto pretérmino.

- ✓ Gestantes con embarazos obtenidos mediante técnicas de reproducción asistida, por su asociación específica con la prematuridad.

- ✓ Gestantes con interrupción electiva del embarazo por causas no obstétricas.

B. Controles. Son los siguientes:

- ✓ Gestantes con historia clínica incompleta, ilegible o con información insuficiente respecto a las variables maternas y fetales evaluadas (anemia, amenaza de parto pretérmino, preeclampsia, número de controles prenatales, restricción del crecimiento intrauterino).

- ✓ Gestantes cuya edad gestacional no pudo determinarse de manera confiable, por ausencia de fecha de última menstruación corroborada o ecografía obstétrica registrada.

- ✓ Gestantes con parto ocurrido fuera del Hospital Santa Rosa.

- ✓ Gestantes con malformaciones congénitas mayores diagnosticadas en el feto, que puedan influir en la indicación o el momento del parto pretérmino.
- ✓ Gestantes con embarazos obtenidos mediante técnicas de reproducción asistida, por su asociación específica con la prematuridad.
- ✓ Gestantes que culminaron su gestación en parto postérmino (≥ 42 semanas)
- ✓ Gestantes con interrupción electiva del embarazo por causas no obstétricas.

3.5. Instrumentos

Historias clínicas cuya información fue recolectada mediante una ficha de datos :

Ficha de datos: que consta de 16 preguntas en total, dividido en tres partes:

A. Factores Sociodemográficos: Edad ,Procedencia, Estado Civil, Grado De Instrucción

B. Factores Maternos: Semana de gestación , Paridad, Embarazo Múltiple, Ruptura prematura de membranas , Preeclampsia, Anemia, Diabetes gestacional, Desprendimiento prematuro de placenta, Amenaza de parto prematuro, controles prenatales .

C. Factores Fetales: Retardo en el crecimiento intrauterino, Malformaciones congénitas.

3.6. Procedimientos

Previa a la ejecución, se realizaron las gestiones administrativas correspondientes para obtener la autorización de las autoridades del Hospital Santa Rosa, la cual se encuentra debidamente documentada en los Anexos D y E. Una vez aprobado el proyecto, se procedió con la ejecución del estudio. La recolección de la información se efectuó mediante el instrumento previamente validada por juicio de expertos descrito en el Anexo C Y F, utilizando datos extraídos de las historias clínicas archivadas en la institución. La información recopilada se limitó estrictamente a las variables necesarias para el desarrollo del estudio, garantizando la

protección del anonimato y la confidencialidad de las gestantes incluidas. El estudio durante todo el proceso.

3.7. Análisis de datos

Toda la información se obtuvo de las historias clínicas de las gestantes incluidas y se registraron en una ficha validada. La información fue codificada en Microsoft Excel y analizada en IBM SPSS Statistics versión 27. Se realizó un análisis descriptivo para caracterizar a casos y controles y un análisis analítico mediante la prueba de Chi cuadrado y el cálculo del odds ratio, con un nivel de significancia de $p < 0,05$ y un nivel de confianza del 95 %.

3.8. Consideraciones Éticas

El estudio fue sometido a evaluación y contó con la aprobación del Comité de Ética del Hospital Santa Rosa, según consta en los Anexos D. Dado que se trató de una investigación observacional retrospectiva de tipo casos y controles, no fue necesaria la obtención del consentimiento informado. La confidencialidad de la información se garantizó mediante el uso de fichas de recolección anónimas, en las cuales los números de historia clínica fueron codificados, impidiendo la identificación directa de las participantes.

IV. RESULTADOS

Se analizó una muestra conformada por 255 historias clínicas para determinar los factores asociados al parto pretérmino en gestantes en el HSR de enero a diciembre del 2024, Lima-Perú. A continuación, se presentan los hallazgos obtenidos:

Tabla 1

Perfil sociodemográfico y clínico de las pacientes gestantes asistidas

Características	Frecuencia	
	N	%
Edad (años)		
Menor a 18	5	2.0
18 a 35	202	79.2
Mayor a 35	48	18.8
Procedencia		
Urbano	252	98.8
Rural	3	1.2
Estado civil		
Conviviente	158	62.0
Soltera	64	25.5
Casada	32	12.5
Grado de instrucción		
Primaria completa	8	3.2
Secundaria incompleta	20	7.9
Secundaria completa	164	64.3
Tecnico	8	3.1

Univ. Incompleta	33	12.9
Univ. complete	22	8.6
Semana de gestación		
A termino	170	66.7
Prematuro moderado	59	23.1
Prematuro severo	23	9.0
Prematuro extremo	3	1.2
Paridad		
Primipara	103	40.4
Multipara	144	56.5
Gran múltipara	8	3.1
Preeclampsia		
No	225	88.2
Si	30	11.8
Embarazo múltiple		
No	239	93.7
Si	16	6.3
Diabetes gestacional		
No	243	95.3
Si	12	4.7
Amenaza de parto pretérmino		
No	211	82.7
Si	44	17.3

Anemia		
No	158	62.0
Si	97	38.0
Ruptura prematura de membrana		
No	210	82.3
Si	45	17.7
Desprendimiento prematuro de membrana		
No	253	99.2
Si	2	0.8
Controles prenatales		
< 6	75	29.4
≥ 6	180	70.6
RCIU		
No	228	89.4
Si	27	10.6
Malformaciones fetales		
No	250	98.0
Si	5	2.0

Nota. Historias clínicas de gestantes que se atendieron en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa, enero-diciembre 2024.

Respecto al perfil sociodemográfico y clínico (Tabla 1), el grupo predominante de las gestantes se ubicó en el rango etario de 18 y 35 años (79,2 %; n = 202), procedía de zona urbana (98,8 %; n = 252) y presentó condición de conviviente (62,0 %; n = 158). El nivel educativo

predominante fue secundaria completa (64,3 %; n = 164). Respecto a la paridad, el 56,5 % (n = 144) correspondió a gestantes multíparas. En cuanto a los antecedentes y condiciones maternas, el 11,8 % (n = 30) de las gestantes presentó preeclampsia, el 6,3 % (n = 16) cursó con embarazo múltiple y el 38,0 % (n = 97) presentó anemia. Asimismo, el 17,3 % (n = 44) cursó con amenaza de parto prematuro, mientras que el 29,4 % (n = 75) asistió a menos de seis controles prenatales. Respecto a los factores fetales, el 10,6 % (n = 27) presentó restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y el 2,0 % (n = 5) presentó malformaciones fetales.

4.1. Factores sociodemográficos asociados al parto pretérmino

Al analizar las variables sociodemográficas (Tabla 2), no se detectó correlación relevante que vincule la prematuridad con el grupo etario materno, la situación conyugal ni el nivel educativo ($p > 0,05$). Aunque las gestantes procedentes de zona rural estuvieron presentes únicamente en el grupo de casos, no fue posible calcular el odds ratio debido a la ausencia de controles con esta característica.

Tabla 2

Factores sociodemográficos asociados al parto pretérmino en gestantes

	Parto pretérmino		Chi-cuadrado (p-valor)	Odds Ratio (IC)
	No n= 170 (%)	Si n= 85 (%)		
Edad (años)				
18 a 35	129 (75.9)	73 (85.9)	0.177	Ref
< 18	4 (2.3)	1 (1.2)		0.44 (0.04-4.02)
> 35 años	37 (21.8)	11 (12.9)		0.52 (0.25-1.09)
Procedencia				
Urbano	170 (100)	82 (96.5)	0.014	NC
Rural	0 (0)	3 (3.5)		

Estado civil				
Conviviente	104 (61.2)	53 (62.3)	0.107	Ref
Soltera	41 (24.1)	23(27.1)		1.12(0.61-2.05)
Casada	25 (14.7)	7 (8.2)		0.53 (0.21-1.32)
Grado de instrucción				
Secundaria completa	105 (61.8)	59 (69.4)	0.101	Ref
Primaria completa	7 (4.1)	1 (1.2)		0.25 (0.03-2.11)
Secundaria incompleta	17 (10.0)	3 (3.5)		0.31 (0.08-1.11)
Tecnico	7 (4.1)	1 (1.2)		0.25 (0.03-2.11)
Univ. Incompleta	18 (10.6)	15 (17.6)		1.48 (0.69-3.15)
Univ. completa	16 (9.4)	6 (7.1)		0.66 (0.24-1.79)

IC: Intervalo de confianza; NC: No calculable

Nota. Historias clínicas de gestantes que se atendieron en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa, enero-diciembre 2024.

4.2. Factores maternos asociados al parto pretérmino

En el análisis de los factores maternos (Tabla 3), se detectaron varias asociaciones estadísticamente significativas. La preeclampsia mostró una asociación relevante con la prematuridad (OR = 5,86; IC 95 %: 2,40–15,2; $p < 0,001$), evidenciando que las gestantes con esta condición tuvieron mayor probabilidad de culminar su embarazo antes de término. Asimismo, la amenaza de parto pretérmino se consolidó como el predictor de mayor impacto registrado en la investigación (OR = 82,1; IC 95 %: 19,6–711,7; $p < 0,001$), indicando un riesgo marcadamente elevado de nacimiento anticipado en aquellas pacientes con este diagnóstico. La anemia materna también guardó estrecha relación con el parto pretérmino (OR = 12; IC 95

%; 6,51–24,8; $p < 0,001$. Por otro lado, la asistencia a seis o más controles prenatales actuó como una variable de protección ante el parto pretérmino (OR = 0,32; IC 95 %: 0,17–0,58; $p < 0,001$). No se halló evidencia de relación estadísticamente significativa con la paridad, la diabetes gestacional, la ruptura prematura de membranas ni con el desprendimiento placentario ($p > 0,05$).

Tabla 3

Factores maternos asociados al parto pretérmino en gestantes

	Parto pretérmino		Chi-cuadrado (p-valor)	Odds Ratio (IC)
	No n= 170 (%)	Si n= 85 (%)		
Paridad				
Primípara	69 (40.6)	34 (40.0)	0.596	Ref
Múltipara	97 (57.1)	47 (55.3)		0.98 (0.57-1.68)
Gran múltipara	4 (2.3)	4 (4.7)		2.02 (0.47-8.61)
Preeclampsia				
No	161 (94.7)	64 (75.3)	<0.001	Ref
Si	9 (5.3)	21 (24.7)		5.86 (2.40-15.2)
Embarazo múltiple				
No	170 (100.0)	69 (81.2)	<0.001	NC
Si	0 (0.0)	16 (18.8)		
Diabetes gestacional				
No	162 (95.3)	81 (95.3)	1.000	Ref

Si	8 (4.7)	4 (4.7)		1 (0.29-3.41)
Amenaza de parto pretérmino				
No	168 (98.8)	43 (50.6)	<0.001	Ref
Si	2 (1.2)	42 (49.4)		82.1 (19.6-711.7)
Anemia				
No	137 (80.6)	21 (24.7)	<0.001	Ref
Si	33 (19.4)	64 (75.3)		12 (6.51-24.8)
RPM				
No	145 (85.3)	65 (76.5)	0.081	Ref
Si	25 (14.7)	20 (23.5)		1.78 (0.87-3.61)
DPP				
No	169 (99.4)	84 (98.8)	0.616	Ref
Si	1 (0.6)	1 (1.2)		1.78 (0.87-3.61)
Controles prenatales				
< 6	36 (21.2)	39 (45.9)	<0.001	Ref
≥ 6	134 (78.8)	46 (54.1)		0.32 (0.17-0.58)

Ref.: Categoría de referencia; **IC:** Intervalo de confianza; **NC:** No calculable

Nota. Historias clínicas de gestantes que se atendieron en el servicio de gineco- obstetricia del Hospital Santa Rosa, enero - diciembre 2024.

4.3. Factores fetales asociados al parto pretérmino

Respecto a los factores fetales (Tabla 4), la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) guarda una vinculación estadística de relevancia con la incidencia del alumbramiento pretérmino (OR = 8,97; IC 95 %: 3,28–28,2; $p < 0,001$), evidenciando un mayor riesgo de nacimiento antes de las 37 semanas en los fetos con esta condición. Se descartó una correlación estadísticamente sólida entre el nacimiento prematuro y variables como las malformaciones de origen fetal, al obtenerse valores de ($p > 0,05$).

Tabla 4

Factores fetales asociados al parto pretérmino en gestantes

	Parto pretérmino		Chi-cuadrado (p-valor)	Odds Ratio (IC)
	No n= 170 (%)	Si n= 85 (%)		
RCIU				
No	164 (96.5)	64 (75.3)	<0.001	Ref 8.97 (3.28- 28.2)
Si	6 (3.5)	21 (24.7)		
Malformaciones fetales				
No	167 (98.2)	83 (97.7)	0.749	Ref 1.34 (0.10- 11.9)
Si	3 (1.76)	2 (2.35)		

Ref.: Categoría de referencia; IC: Intervalo de confianza

Nota. Historias clínicas de gestantes que se atendieron en el servicio de gineco- obstetricia del Hospital Santa Rosa, enero - diciembre 2024.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio identificó factores asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el HSR durante el año 2024, evidenciando asociaciones significativas principalmente con factores maternos y fetales, en contraste, las variables demográficas y sociales carecieron de relevancia estadística.

Respecto a los factores sociodemográficos, no se evidenció correlación estadística relevante que vincule la prematuridad con el factor etario materno, estado civil ni nivel educativo. Estos hallazgos coinciden con los reportados por Flores y Macuyama (2022), quienes no encontraron vínculo estadístico entre dicha variable y el nacimiento prematuro (OR = 1,12; IC95%: 0,78–1,61). De forma similar, Calderón et al. (2024) reportaron que la edad materna extrema no mostró significancia estadística tras el análisis ajustado (OR = 1,09; IC95%: 0,84–1,42). Sin embargo, dicha evidencia contrasta con los datos de Passara y Vilca (2024), los cuales documentaron mayor riesgo en gestantes adolescentes y en aquellas que superan los 35 años (OR = 2,31; IC95%: 1,41–3,78), lo cual permite inferir que el impacto del factor etario está sujeto a las características demográficas y el perfil de riesgo de las gestantes.

Respecto a los factores maternos, la preeclampsia reveló una fuerte correlación estadística con la prematuridad en el presente estudio (OR = 5,86; IC95%: 2,40–15,2). Dicha evidencia coincide con los resultados de Calderón et al. (2024), los cuales evidenciaron una asociación similar (OR = 4,92; IC95%: 2,10–11,50). A nivel internacional, Escobar-Padilla et al. (2025), en una investigación de casos y controles ejecutada en un centro asistencial de segundo nivel de atención, identificaron a la preeclampsia como un determinante crítico del nacimiento pretérmino, registrando un OR de 6,38, reforzando su relevancia clínica. De manera consistente, Pancin et al. (2025) y Negeso et al. (2021) encontraron que la hipertensión gestacional y la hipertensión inducida por el embarazo se asociaron significativamente con el parto pretérmino, con OR entre 3,77 y 4,58. De igual manera, Vogel et al. (2018) reportaron

una mayor incidencia de nacimientos prematuros en pacientes que presentaban preeclampsia, con odds ratio ajustados que oscilaron entre 2,7 y 5,4 según la severidad del trastorno hipertensivo. Los hallazgos del presente estudio difieren de lo documentado por Sibai et al. (2014), los cuales no hallaron vínculo estadístico entre el trastorno hipertensivo y el nacimiento pretérmino espontáneo tras el ajuste multivariado (ORa = 1,12; IC95%: 0,87–1,44), señalando que la mayoría de los partos pretérmino fueron de origen iatrogénico. Esta diferencia podría explicarse por la elevada frecuencia de preeclampsia severa y complicaciones materno-fetales en la población evaluada, lo que incrementa la indicación de interrupción temprana del embarazo.

La amenaza de parto prematuro se posicionó como la variable de mayor impacto estadístico en este presente estudio (OR = 82,1; IC95%: 19,6–711,7). Resultados concordantes fueron reportados por Urrunaga (2022) en el Hospital Santa Rosa, quien encontró un OR de 54,6 (IC95%: 12,4–240,1). Asimismo, Goldenberg et al. (2008) reportaron dicha condición clínica de riesgo incrementa la probabilidad del evento entre 6 y 10 veces, dependiendo del manejo recibido. La discrepancia en los valores del OR sería atribuible a diferencias en los criterios diagnósticos del cuadro y la temporalidad del diagnóstico. A diferencia de la evidencia aquí presentada, McPheeters et al. (2005) no evidenciaron un nexo significativo entre la amenaza de parto pretérmino y el parto pretérmino (OR = 1,21; IC95%: 0,89–1,64), atribuyendo este resultado a la ausencia de cambios cervicales objetivos. Cabe resaltar que dicho estudio corresponde a un periodo previo a la estandarización de herramientas diagnósticas actuales, tales como la cervicometría por ultrasonido y la detección de fibronectina fetal, lo que podría explicar las diferencias observadas en comparación con los datos de este estudio.

La presencia de anemia en la gestante evidenció un vínculo estadístico relevante con la prematuridad (OR de 12; IC95%: 6,51–24,8). Dicha evidencia concuerda con los resultados de

Flores et al. (2022), así como por Macuyama (2022), cuyos hallazgos indicaron un OR de 6,8 (IC95%: 3,2–14,5), y por Kumar et al. (2019), quienes reportaron un OR de 3,9 (IC95%: 2,1–7,4). En contraste con estudios que han reportado un vínculo estadístico relevante entre el déficit de hierro y la prematuridad, algunas investigaciones no han hallado dicha relación. Por ejemplo, Mestanza (2023), mediante una investigación de casos y controles desarrollada en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, no detectó un nexo estadístico válido entre la anemia materna y el nacimiento pretérmino, registrando un OR de 1,68 (IC 95%: 0,79–3,58; $p = 0,18$). A nivel internacional, por su parte Hernández-Martínez et al. (2021), no evidenciaron correlación relevante entre la anemia gestacional y el parto prematuro (ORa = 1,21; IC95%: 0,78–1,86); no obstante, identificaron asociaciones relevantes con otros factores maternos, como preeclampsia y control prenatal inadecuado, que presentaron odds ratio elevados (>2), confirmando el carácter multifactorial del parto pretérmino. Asimismo, Rasmussen et al. (2019) no encontraron asociación significativa en casos de anemia leve (OR = 1,2; IC95%: 0,9–1,6), lo que sugiere que la gravedad del cuadro anémico podría condicionar el riesgo de parto pretérmino, investigadores tales como Rahmati et al. (2020) en su evaluación retrospectiva realizada en Tailandia, no encontraron asociación estadísticamente significativa tras el ajuste multivariado (ORa = 1,12; IC95%: 0,94–1,33). Los autores atribuyen este hallazgo al adecuado control prenatal y a la suplementación oportuna con hierro, lo que sugiere que el del estado anémico en la prematuridad difiere acorde a la realidad asistencial y la calidad de la atención prenatal.

La asistencia a seis o más controles prenatales se comportó como un factor protector (OR = 0,32; IC95%: 0,17–0,58), resultado concordante con Calderón et al. (2024) (OR = 0,41; IC95%: 0,25–0,68) y con WHO (2016), que reporta reducción del riesgo de parto pretérmino entre 30 % y 50 % en gestantes con control prenatal adecuado. En contraste, Partridge et al.

(2012) no hallaron efecto protector significativo cuando la atención prenatal carecía de calidad (OR = 0,92; IC95%: 0,71–1,19).

Respecto a los factores fetales, la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) mostró una asociación significativa (OR = 8,97; IC95%: 3,28–28,2), similar a lo reportado por Flores y Macuyama (2022) (OR = 7,4; IC95%: 2,9–18,8) y por Figueras y Gratacós (2017), quienes reportaron un riesgo incrementado entre 4 y 8 veces. En contraposición a los hallazgos derivados de la presente investigación, Zeitlin et al. (2000) no encontraron asociación significativa entre RCIU y parto pretérmino (ORa = 1,08; IC95%: 0,93–1,26), sugiriendo determinantes compartidos más que una relación causal directa. Cabe señalar que se trata de un estudio previo a los actuales criterios ecográficos y protocolos de vigilancia fetal, lo que podría explicar las diferencias observadas.

Finalmente, no se halló relación estadística relevante que vincule el parto pretérmino con las malformaciones fetales, resultados concordantes con Goldenberg et al. (2008) (OR = 1,05; IC95%: 0,82–1,34) y Beck et al. (2010) (OR = 1,01; IC95%: 0,97–1,06).

VI. CONCLUSIONES

✓ Se concluye que el nacimiento prematuro en las pacientes del HSR durante el año 2024 se asocia significativamente con diversos factores maternos y fetales, destacando la preeclampsia, la amenaza de parto pretérmino, la anemia materna, y la restricción del crecimiento intrauterino; mientras que la adecuada atención prenatal se comporta como un factor protector.

✓ No se detectó asociación estadística significativa entre las variables sociodemográficas analizadas (grupo etario materno, grado de instrucción, situación conyugal y lugar de residencia) y la ocurrencia de parto pretérmino.

✓ Entre los factores maternos, la preeclampsia, la amenaza de parto pretérmino y la anemia materna incrementaron de manera significativa el riesgo de parto pretérmino, siendo la amenaza de parto pretérmino el factor de mayor magnitud de asociación seguido por la anemia materna. Por otro lado, la asistencia a seis o más controles prenatales redujo significativamente el riesgo de parto pretérmino, evidenciando su efecto protector.

✓ Con respecto a los factores fetales evaluados, la restricción del crecimiento intrauterino se asoció de forma estadística con el parto prematuro, mientras que no se encontró asociación con las malformaciones fetales.

VII. RECOMENDACIONES

✓ Fortalecer el control prenatal oportuno, continuo y de calidad, utilizando los hallazgos del presente estudio como insumo para la toma de decisiones clínicas e institucionales, priorizando la detección temprana, seguimiento y manejo adecuado de la anemia materna, la preeclampsia y la amenaza de parto pretérmino, principales factores asociados identificados, con el objetivo de reducir el riesgo de parto pretérmino y mejorar los desenlaces materno-neonatales.

✓ Promover activamente la asistencia a seis o más controles prenatales, considerando su demostrado efecto protector frente al parto pretérmino y su impacto positivo en la disminución de la morbimortalidad materna y neonatal, mediante estrategias de captación temprana y educación a la gestante.

✓ Reforzar la vigilancia clínica y ecográfica en gestantes con restricción del crecimiento intrauterino, así como optimizar la toma de decisiones obstétricas, a fin de identificar oportunamente situaciones de riesgo y mejorar los desenlaces perinatales.

✓ Utilizar las evidencias obtenidas en esta investigación como insumo en el diseño y optimización de estrategias institucionales y de gestión sanitaria, dirigidas a prevenir el parto pretérmino, así como al fortalecimiento de los procesos decisorios basados en evidencia local.

✓ Estandarizar el uso rutinario del urocultivo y de cultivos cervicovaginales en gestantes con sintomatología sugestiva o exámenes auxiliares alterados, a fin de optimizar la precisión clínica y el manejo oportuno frente a infecciones maternas.

✓ Fomentar la actualización permanente de los profesionales sanitarios para la detección temprana de factores de riesgo del parto pretérmino, así como en el adecuado registro de la información clínica, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención, la vigilancia epidemiológica y la producción de evidencia confiable.

VIII. REFERENCIAS

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). *Gestational hypertension and preeclampsia (Practice Bulletin No. 222)*. <https://www.acog.org>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). *Safe prevention of the primary cesarean delivery*. <https://www.acog.org>
- American Diabetes Association. (2023). *Standards of care in diabetes-2023*. <https://diabetesjournals.org>
- Ananth, C. & Keyes, K. M. (2016). Placental abruption and adverse perinatal outcomes. *JAMA*, 315(8), 786–788. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0608>
- Beck, S., Wojdyla, D., Say, L., Betran, A., Merialdi, M., Requejo, J., Rubens, C., Menon, R., & Van Look, P. (2010). The worldwide incidence of preterm birth: A systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(1), 31–38. <https://doi.org/10.2471/BLT.08.062554>
- Blencowe, H., Cousens, S. y Chou, D. (2019). Born too soon: The global epidemiology of preterm birth. *Reproductive Health*, 16(1), 15-31. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0676-6>
- Calderon-Romero, A. (2023). *Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, El Agustino, Lima-Perú, durante el 2023*. [Tesis de pregrado]. Universidad Peruana Unión.
- Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Dashe, J., Hoffman, B., Casey, B. & Spong, C. (2022). *Williams obstetrics* (27th ed.). McGraw-Hill Education.
- Donoso, E., Vera, C. y Villarroel, L. (2023). Embarazo en edad materna avanzada y resultados maternos y perinatales. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 88(2), 123–130. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000100008>

- Escobar-Padilla, B., Martínez-González, M., Hernández-Cabrera, M. y Pérez-Sánchez, L. (2025). Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 63(1), 45–52. <https://www.redalyc.org/journal/4577/457751260004/html/>
- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. (2018). *Declaraciones y recomendaciones oficiales*. <https://www.figo.org/es/recursos/figo-declaraciones>
- Figueras, F. & Gratacós, E. (2017). Update on the diagnosis and classification of fetal growth restriction and proposal of a stage-based management protocol. *Fetal Diagnosis and Therapy*, 42(2), 86–98. <https://doi.org/10.1159/000460894>
- Flores, J. y Macuyama, Z. (2022). *Factores de riesgo que influyen en la presencia del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/communities/c236ddaa-0df9-4d96-9d4d-bdb85f39bd46/search>
- García, J. y Herrera, D. (2025). *Factores asociados a parto prematuro en gestantes atendidas en un hospital de Lambayeque, 2025*. [Tesis de pregrado, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio Institucional de USS. <https://hdl.handle.net/20.500.12802/14563>
- Goldenberg, R., Culhane, J., Iams, J. y Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *The Lancet*, 371(9606), 75–84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60074-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60074-4)
- Guevara-Ríos, E. (2020). Gestación en época de pandemia por coronavirus. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*, 9(2), 7–9. <https://doi.org/10.33421/inmp.2020196>
- Hernández-Martínez, L., Gómez-Sánchez, P. y Rivera-López, J. (2021). Factores maternos asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en un hospital de segundo nivel. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 86(4), 312–319. <https://www.revistasmedicas.uchile.cl/index.php/RChOG/issue/view/>

- Hospital Clínic Barcelona & Hospital Sant Joan de Déu. (2015). *Protocolo: Amenaza de parto pretérmino*. Universidad de Barcelona.
- Kumar, P., Singh, S. & Singh, U. (2019). Risk factors associated with preterm birth: A hospital-based case-control study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 45(7), 1343–1349. <https://doi.org/10.1111/jog.13976>
- Machado, A. y Cerca, N. (2015). Influence of biofilm formation by *Gardnerella vaginalis* and other anaerobes on bacterial vaginosis. *Journal of Infectious Diseases*, 212(12), 1856–1861. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiv338>
- McPheeters, M., Miller, W., Hartmann, K., Savitz, D., Kaufman, J. y Garrett, J. (2005). The epidemiology of threatened preterm labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192(4), 1325–1329. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.12.006>
- Mestanza, C. (2023). *Anemia materna como factor de riesgo de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2022*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Cajamarca]. Repositorio Institucional UNC. <http://hdl.handle.net/20.500.14074/5667>
- Ministerio de Salud. (2017). *Norma técnica: Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas*. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/322896/Norma_t%C3%A9cnica_Manejo_terap%C3%A9utico_y_preventivo_de_la_anemia_en_ni%C3%B1os_adolescentes_mujeres_gestantes_y_puerperas20190621-17253-1wh8n0k.pdf?v=1561140238&utm_source=chatgpt.com
- Ministerio de Salud. (2022). *Norma técnica de salud para la atención integral de la gestante*. https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/1893862-norma-tecnica-de-salud-para-la-atencion-integral-y-diferenciada-de-la-gestante-adolescente-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio?utm_source=chatgpt.com

- Ministerio de Salud. (10 de noviembre del 2022). *Nacimientos prematuros en el Perú se incrementan a 6.89 % en lo que va del 2022*. <https://www.gob.pe>
- Ministerio de Salud. (14 de noviembre del 2023). *Día Mundial del Niño Prematuro: El 7.5 % de nacimientos son prematuros en el Perú*. <https://www.gob.pe>
- Ministerio de Salud. (18 de noviembre 2025). *Se registra más de 29 000 nacimientos prematuros en lo que va del 2025*. <https://andina.pe>
- Ohuma, E., Moller, A., Bradley, E., Chakwera, S., Hussain-Alkhateeb, L., Lewin, A. y Chou, D. (2023). National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends since 2010: A systematic analysis. *The Lancet*, 402(10409), 1261–1271. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00878-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00878-4)
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Manejo de las complicaciones del embarazo y del parto: Guía para obstetrices y médicos*. https://iris.who.int/handle/10665/68384?utm_source=chatgpt.com
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Social determinants of maternal health*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health?utm_source=chatgpt.com
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Anaemia*. <https://www.who.int>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Preterm birth*. <https://www.who.int>
- Organización Panamericana de la Salud. (15 de junio del 2023). *152 million babies born preterm in the last decade*. <https://www.paho.org>
- Rahmati, S., Azami, M., Badfar, G., Parizad, N. y Sayehmiri, K. (2019). The relationship between maternal anemia during pregnancy with preterm birth. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(15), 2679–2689. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1555811>

- Rahman, M., Abe, S., Kanda, M., Narita, S., Rahman, M., Bilano, V., Ota, E., Gilmour, S. y Shibuya, K. (2016). Maternal anemia and risk of preterm birth and low birth weight. *The Journal of Nutrition*, 146(3), 591–598. <https://doi.org/10.3945/jn.115.223594>
- Shah, P. y Zao, J. (2009). Induced termination of pregnancy and low birthweight and preterm birth: A systematic review and meta-analyses. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(11), 1425–1442. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02278.x>
- Sibai, B., Mercer, B., Schiff, E. y Friedman, S. (2014). Risk factors for preterm birth in preeclampsia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 210(2), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.10.879>
- Vogel, J., Chawanpaiboon, S., Moller, A., Watananirun, K., Bonet, M. y Lumbiganon, P. (2018). The global epidemiology of preterm birth. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 52(1), 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.04.003>
- Zeitlin, J., Ancel, P., Saurel-Cubizolles, M. y Papiernik, E. (2000). The relationship between intrauterine growth restriction and preterm delivery: An empirical approach using data from a European case-control study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 107(6), 750–758. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2000.tb13336.x>
- Zeitlin, J., Mortensen, L., Prunet, C. y Macfarlane, A. (2013). Social inequalities in preterm birth in Europe. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(7), 826–835. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.1214>

IX. ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de variables

Variables	Tipo de variable	Indicadores	Índice	Escala de medición
VARIABLES INDEPENDIENTES				
A. Factores Sociodemográficos				
Edad materna	Cuantitativo, Continua, Intervalo	Números de años cumplidos.	18< 18-35 >35	Ordinal mediana
Procedencia	Cualitativo, Nominal, Dicotómico	Lugar de procedencia	Urbano Rural	Nominal Nº, %
Estado civil	Cualitativo, Nominal, politómico	Estado civil	Soltero Casado Viudo Divorciado	Nominal Nº, %
Grado de instrucción	Cualitativo, nominal, politómico	Grado de instrucción alcanzado	Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior-técnico	Nominal Nº, %

			Superior - universitario	
B.Factores Maternos				
Paridad	Cuantitativo, Discreta	Nulípara Primípara Multípara Gran multípara	0 hijos 1 hijoS 2 a 5 hijos > de 6hijos	Nominal Nº, %
Embarazo múltiple	Cuantitativo, Discreta	Número de fetos intrauterinos	2 feto 3 fetos 4 fetos a +	Nominal Nº, %
Preeclampsia	Cualitativo, Nominal, Politómica	Preeclampsi a presente Preeclampsi a ausente	P.A. Diastólica >140/90mmhg +- 300g proteinuria en 24 horas - +transaminasas (GOT, GPT y ALT>40UI/L+- Plaquetopenia <140/90 mmhg	Ordinal Nº, %
Diabetes gestacional	Cualitativo, Nominal, Dicotómico	DBM Gestacional No DBM Gestacional	TTOG (+) TTOG (-)	Ordinal Nº, %

Amenaza de parto pretérmino	Cualitativo, Nominal, Dicotómico	Amenaza de parto pretérmino Presente Amenaza de parto pretérmino ausente	Sangrado transvaginal antes de las 20 semanas de gestación positivo Sangrado transvaginal antes de las 20 semanas de gestación negativo	Ordinal Nº, %
Anemia	Cualitativo, Ordinal, Politómica	Anemia presente Anemia ausente	Hb <11 Hb >11	Nominal Nº, %
Ruptura de membranas prematura	Cualitativo, Nominal, Dicotómico	R.P.M. presente R.P.M. ausente	Perdida de líquido amniótico presente Perdida de líquido amniótico ausente	Nominal Nº, %

Desprendimiento prematuro de placenta	Cualitativo, Nominal, Dicotómico	Presenta No presenta	Desprendimiento de la placenta positivo Desprendimiento de la placenta negativo	Nominal Nº, %
Controles prenatales	Cuantitativo, Continua, Intervalo	Número de controles prenatales insuficientes Número de controles prenatales insuficientes	<6 controles Más de 6 controles	Nominal Nº, %
C. Factores Fetales				
Retardo del crecimiento intrauterino	Cualitativo, Nominal, Dicotómico	RCIU presente RCIU ausente	Hc con diagnóstico o ecografía de peso fetal estimado < percentil 10 No presenta diagnóstico por	Nominal Nº, %

			Hc o ecografía de peso fetal estimado < percentil 10	
Malformación congénita	Cualitativo, Nominal, Dicotómico	Malformación presente Malformación ausente	Presenta defecto físico No presenta defecto físico	Nominal Nº, %
VARIABLE DEPENDIENTE				
Parto pretérmino	Cualitativo, Nominal, Politómica	Prematuro extremo Prematuro severo Prematuro moderado A término	22-27 semanas 28-32 semanas 32 - 37 semanas > 37 ss	Ordinal Nº, % Tasa de prevalencia

Anexo B. Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Hipotesis	Variables	Metodología	Poblacion y muestra
Problema Principal ¿Cuáles son los factores asociados al parto pretérmino en gestantes en el HSR de enero a diciembre del 2024, Lima-Perú?	Objetivo General Determinar los factores asociados al parto pretérmino en gestantes en el HSR de enero a diciembre del 2024, Lima-Perú.	Hipótesis General Los factores se asocian significativamente a los partos pretérmino en gestantes en el HSR de enero a diciembre del 2024, Lima-Perú.	Variable Independiente -Factores sociodemográficos -Factores maternos -Factores Fetales Variable Dependiente Parto pretérmino	Se trata de un estudio: Según el enfoque o paradigma adoptado: Cuantitativo. Según el grado de abstracción: Investigación aplicada. Según la intervención del investigador: Observacional. Según la planificación	Población : Gestantes que se atendieron en el servicio de ginecología obstetricia del Hospital Santa Rosa, enero - diciembre 2024. Tamaño de muestra : Casos: 85 gestantes con parto
Problemas Específicos ¿Es el factor sociodemográfico un factor asociado a los partos	Objetivos Específicos Determinar si el factor sociodemográfico es un factor asociado a los	Específicas El factor sociodemográfico es un factor asociado a los partos pretérmino en			

<p>pretérmino en gestantes en el HSR de enero a diciembre del 2024, Lima-Perú?</p> <p>¿Es el factor materno un factor asociado a los partos pretérmino en gestantes en el HSR de enero a diciembre del 2024, Lima-Perú?</p> <p>¿Es el factor fetal un factor asociado a los partos pretérmino en gestantes en</p>	<p>partos pretérmino en gestantes en el HSR de enero a diciembre del 2024, Lima-Perú.</p> <p>Determinar si el factor materno es un factor asociado a los partos pretérmino en gestantes en el HSR de enero a diciembre del 2024, Lima-Perú.</p> <p>Determinar si el factor fetal es un factor asociado a los</p>	<p>gestantes en el HSR de enero a diciembre del 2024, Lima-Perú.</p> <p>El factor materno es un factor asociado a los partos pretérmino en gestantes en el HSR de enero a diciembre del 2024, Lima-Perú.</p> <p>El factor fetal es un factor asociado a los partos pretérmino en gestantes en el HSR de</p>		<p>n de la toma de datos: Retrospectivo.</p> <p>Según el número de ocasiones en que se mide la variable del estudio: Transversal.</p> <p>Según el diseño epidemiológico: Estudio de casos y controles.</p> <p>Según el número de variables de interés: Analítico.</p>	<p>pretérmino que se atendieron en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa, enero - diciembre 2024.</p> <p>Controles : 170 gestantes con parto a término y postérmino que se atendieron en el servicio</p>
---	--	---	--	---	---

<p>el HSR de enero a diciembre del 2024, Lima- Perú?</p>	<p>partos pretérmino en gestantes en el HSR de enero a diciembre del 2024, Lima- Perú</p>	<p>enero a diciembre del 2024, Lima- Perú.</p>			<p>de gineco- obstetricia del Hospital Santa Rosa, enero - diciembre 2024.</p> <p>Tipo de muestreo No probabilíst ico</p> <p>Técnica Document al</p> <p>Instrumen to</p>
--	---	--	--	--	--

					Recolecci ón de datos
--	--	--	--	--	-----------------------------

Anexo C. Ficha de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE FACTORES ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES

Indicaciones: Lea atentamente cada una de las preguntas formuladas y marque con un (X) o (+) la respuesta de su elección.

A. FACTORES

SOCIODEMOGRÁFICOS

A.1.Edad

Menor a 18 años

18 a 35 años

Mayor a 35 años

A.2.Procedencia

Urbana Rural

A.3.Estado Civil

Soltera

Casada

Viuda

Divorciada

A.4.Grado De Instrucción

Ninguna

Primaria incompleta

Primaria completa

Secundaria incompleta

Secundaria completa

Superior-técnico

Superior -universitario

B. FACTORES MATERNOS

B.1.Semana de gestación

Extremo pretérmino <28 SS

Severo o muy pretérmino: 28 -32

semanas de gestación

Moderado o tardío pretérmino :32 -36

6/7 semanas

B.2.Paridad

0 Hijos(Nulípara)

1 Hijo (Primípara)

2-5 Hijos(Multípara)

>5 hijos(Gran múltipara)

B.3.Embarazo múltiple

Sí No

B.4.Preclampsia

<140/90 mmhg

>140/90mmhg + Proteinuria \geq 300mg

en orina 24horas y/o transaminasas

elevadas ,plaquetopenia (Registrada en

Hc)

B.5.Test de la Tolerancia Oral a la

Glucosa

Positivo Negativo

B.6..Hemoglobina

>11 mg/Dl <11 mg/Dl

B.8.Perdida de liquido amniótico

Sí No

B.9..Desprendimiento de la placenta

Positivo Negativo

B.10.Controlos prenatales

<6 controles >6controles

C.FACTORES FETALES

C.1.Malformación congénita

Sí No


C.2.Retardo en el crecimiento

intrauterino

Sí

No

Anexo D. Autorización del Comité de ética del HSR

	OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION - HOSPITAL SANTA ROSA	DIRECTIVA DE INVESTIGACION CIENTIFICA		Página 1 de 1
		CODIGO : OAO-CEI-F-01	FECHA DE VERSION : 23/07/2014	Version : 1

HOSPITAL SANTA ROSA

FORMATO DE SOLICITUD DE APROBACION DE PROTOCOLO DE INVESTIGACION

SOLICITUD: APROBACION DE PROTOCOLO DE INVESTIGACION

SEÑOR DIRECTOR DEL HOSPITAL SANTA ROSA

S.D.

Bernuy Pajuelo Mariela Elementina

Con DNI: 72530254 con domicilio en Calle Natalio Sánchez
n°251 depto I alumno/profesional de Medicina de la Universidad Nacional
Federico Villarreal ante usted con el debido respeto me presento y expongo:


Que teniendo el deseo de desarrollar el protocolo de investigación:

"Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes en el Hospital Santa Rosa de Enero a Diciembre del 2021 Lima - Perú"

Solicito la evaluación y aprobación del protocolo de investigación presentado.

Atentamente,

Pueblo Libre, 23 de Octubre, 2025


 Autor del Protocolo

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL "SANTA ROSA"

7 23 OCT. 2025

RECEPCION
TRAMITE DOCUMENTARIO

HORA: 12:00 p

Anexo E. Autorización del Comité de ética del Hospital Santa Rosa



CONSTANCIA 074 - 2025 – CEI – HSR HOSPITAL SANTA ROSA

El Comité de Ética en Investigación del Hospital Santa Rosa (CEI – HSR) oficializado a través de la **Resolución N°28-2024-MINSA-HSR-DG**, certifica que, el proyecto de investigación descrito a continuación, fue **APROBADO** con fecha 12 de noviembre del 2025.

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE ENERO A DICIEMBRE 2024 LIMA - PERÚ “

Con el código N° **CE25/072**, presentado por la investigadora: **MARIELA CLEMENTINA BERNUY PAJUELO**. Esta aprobación tendrá vigencia del **12 de noviembre del 2025 al 11 de noviembre del 2026**.

Los investigadores deben solicitar toda información que requieran para desarrollar su proyecto de investigación a la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación.

Asimismo, deben **reportar el avance del estudio mensualmente y el informe final luego de terminado el mismo**. Los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Pueblo Libre, 13 de noviembre del 2025


 Mg. Flor Milagros Mendoza Barreto
 Jefa de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación
 Hospital Santa Rosa



 MC. Víctor Luis Salazar Toledo
 Presidente del Comité de Ética en Investigación
 Hospital Santa Rosa

“Producción Científica y Calidad en la Gestión de la Investigación”
 Av. Bolívar Cdra. 8 S/N Pueblo Libre, Lima 21 Telefono 6158200 Anexo 500 – 501
 E-mail: oadi.cie@hsr.gob.pe

Anexo F. Juicio de expertos

FICHA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

I. DATOS GENERALES:

Apellidos y nombres del experto:

Leon Abad Mario Fernando

Cargo o institución donde labora:

Jefe Departamento de Ginecología

Nombre del instrumento de Evaluación: "FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE FACTORES ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES"

Autor del Instrumento: Bernuy Pajuelo Mariela Clementina

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE (0-20%)	REGULAR (21%-40%)	BUENO (41%-50%)	MUY BUENO (61%-80%)	EXCELENTE (81%-100%)
1.Redacción	Ortografía adecuada					99/
2.Objetividad	Expresa en términos medibles					99/
3.Organización	Lógica y secuencial					99/
4.Suficiencia	Comprende aspectos que son investigables					100/
5.Intencionalidad	Adecuado para valorar el objeto de la investigación					99/
6.Coherencia	Se manifiesta en las preguntas efectuadas					100/
7 Metodología	Tiene relación con su matriz de consistencia					100/

II. OPINION DE APLICABILIDAD:

Aplicable

III. PROMEDIO DE VALORACION:

99.4/

Dr. MARIO LEON ABAD
C.M.P. 11840 - R.N.E. 8942
JEFE DEL DPTO. DE GINECOLOGÍA GINECOTRACIA

FICHA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

I. DATOS GENERALES:

Apellidos y nombres del experto: *CASTRO TOSCANO HUGO ALEXIS*

Cargo o institución donde labora: *HOSPITAL SANTA ROSA*

Nombre del instrumento de Evaluación: "FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE FACTORES ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES"

Autor del Instrumento: Bernuy Pajuelo Mariela Clementina

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE (0-20%)	REGULAR (21%-40%)	BUENO (41%- 50%)	MUY BUENO (61%- 80%)	EXCELENTE (81%-100%)
1.Redacción	Ortografía adecuada					99/.
2.Objetividad	Expresa en términos medibles					100/.
3.Organización	Lógica y secuencial					98/.
4.Suficiencia	Comprende aspectos que son investigables					99/.
5.Intencionalidad	Adecuado para valorar el objeto de la investigación					100/.
6.Coherencia	Se manifiesta en las preguntas efectuadas					100/.
7.Metodología	Tiene relación con su matriz de consistencia					98/.

II. OPINION DE APLICABILIDAD: *APLICABLE*

III. PROMEDIO DE VALORACION: *99.14/.*


 HUGO ALEXIS CASTRO TOSCANO
 CIP 4655 INE 2073
 MEDICO GINECO OBSTETRA

FICHA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

I. DATOS GENERALES:

Apellidos y nombres del experto: *Jorge Olivas Trujillo*

Cargo o institución donde labora: *HR- Médico ginecologista*

Nombre del instrumento de Evaluación: "FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE FACTORES ASOCIADOS A PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES"

Autor del Instrumento: Bernuy Pajuelo Mariela Clementina

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE (0-20%)	REGULAR (21%-40%)	BUENO (41%- 50%)	MUY BUENO (61%- 80%)	EXCELENTE (81%-100%)
1.Redacción	Ortografía adecuada					96%
2.Objetividad	Expresa en términos medibles					99%
3.Organización	Lógica y secuencial					98%
4.Suficiencia	Comprende aspectos que son investigables					100%
5.Intencionalidad	Adecuado para valorar el objeto de la investigación					100%
6.Coherencia	Se manifiesta en las preguntas efectuadas					95%
7.Metodología	Tiene relación con su matriz de consistencia					95%

II. OPINION DE APLICABILIDAD:

Aplicable

III. PROMEDIO DE VALORACION:

97.8%

Jorge Olivas T.
MÉDICO GINECOLÓGO, PERU
C.M.P. 19754 - R.N.G. 10881