

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.  
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), septiembre-octubre 2025,  
Volumen 9, Número 5.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v9i5](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i5)

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL  
PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE  
KIMBIRI VRAEM - CUSCO, 2023**

**RISK FACTORS ASSOCIATED WITH PRETERM DELIVERY  
IN PREGNANT WOMEN TREATED AT THE SAN JUAN DE  
KIMBIRI VRAEM HOSPITAL - CUSCO, 2023**

**Zumilda Ccorisoncco Cardenas**

Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

**Lina Gómez Alcarraz**

Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

**Karina Yasmin Sulca Carbajo**

Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v9i5.19743](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i5.19743)

## Factores De Riesgo Asociados Al Parto Pretérmino En Gestantes Atendidas En El Hospital San Juan De Kimbiri Vraem - Cusco, 2023

**Zumilda Ccorisoncco Cardenas<sup>1</sup>**

[zumildaccorisoncco26@gmail.com](mailto:zumildaccorisoncco26@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0002-9383-2561>

Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

**Lina Gómez Alcarraz**

[linagomez3117@gmail.com](mailto:linagomez3117@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0001-6612-9251>

Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco, Andahuaylas

**Karina Yasmin Sulca Carbajo**

[ksulca214@gmail.com](mailto:ksulca214@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-8167-2452>

Universidad San Antonio Abad del Cusco, Andahuayla

### RESUMEN

Este estudio de casos y controles retrospectivo en el Hospital San Juan de Kimbiri (VRAEM–Cusco, 2023) evaluó factores asociados al parto pretérmino. Se analizaron 80 gestantes: 40 con parto pretérmino y 40 a término. Mediante chi cuadrado y regresión logística se estimaron odds ratios crudos (OR<sub>c</sub>) con IC95%. Se halló asociación entre edad materna <20 años y parto pretérmino (OR<sub>c</sub>=3,4; IC95%:1,1–9,9). Entre los factores obstétricos destacaron: controles prenatales <6 (OR<sub>c</sub>=9,9; IC95%:2,9–33,1) y ruptura prematura de membranas (OR<sub>c</sub>=5,5; IC95%:1,1–27,4). El embarazo múltiple mostró efecto protector según la codificación (OR<sub>c</sub>=0,4; IC95%:0,3–0,6). El antecedente de parto pretérmino elevó la razón de momios sin alcanzar significación (OR<sub>c</sub>=8,2; IC95%:0,9–70,7). Entre los factores patológicos, las infecciones cervicovaginales se asociaron significativamente (OR<sub>c</sub>=5,1; IC95%:1,9–13,7); la infección urinaria evidenció asociación limítrofe (OR<sub>c</sub>=2,5; IC95%:1,0–6,2) y la diabetes no fue significativa (OR<sub>c</sub>=6,8; IC95%:0,7–60,0). Preeclampsia, anomalías placentarias y desprendimiento de placenta resultaron significativas ( $p < 0,05$ ) con menor magnitud del efecto. La prevalencia institucional de nacimientos pretérminos fue 5,3% en 2023. Los hallazgos resaltan la relevancia de intervenciones focalizadas y potencialmente modificables—en especial control prenatal oportuno, pesquisa y manejo de infecciones, y vigilancia de ruptura de membranas—para reducir la carga de prematuridad en contextos rurales de alta vulnerabilidad.

**Palabras clave:** factores de riesgo, parto pretérmino, gestantes, control prenatal, VRAEM

---

<sup>1</sup> Autor principal

Correspondencia: [zumildaccorisoncco26@gmail.com](mailto:zumildaccorisoncco26@gmail.com)

# Risk Factors Associated with Preterm Delivery in Pregnant Women Treated at The San Juan De Kimbiri Vraem Hospital - Cusco, 2023

## ABSTRACT

This retrospective case–control study at San Juan de Kimbiri Hospital (VRAEM–Cusco, 2023) assessed factors associated with preterm birth. We analyzed 80 pregnant women: 40 preterm births and 40 term births. Pearson’s chi-square and logistic regression yielded crude odds ratios (cOR) with 95% confidence intervals. Maternal age <20 years was associated with preterm birth (cOR=3.4; 95%CI:1.1–9.9). Key obstetric factors included fewer than six antenatal visits (cOR=9.9; 95%CI:2.9–33.1) and premature rupture of membranes (cOR=5.5; 95%CI:1.1–27.4). Multiple pregnancy showed a protective effect given the observed coding (cOR=0.4; 95%CI:0.3–0.6). Prior preterm birth increased odds without statistical significance (cOR=8.2; 95%CI:0.9–70.7). Among pregnancy-related conditions, cervicovaginal infections were significantly associated (cOR=5.1; 95%CI:1.9–13.7); urinary tract infection showed a borderline association (cOR=2.5; 95%CI:1.0–6.2), and diabetes was not significant (cOR=6.8; 95%CI:0.7–60.0). Preeclampsia, placental abnormalities, and placental abruption were significant ( $p<0.05$ ) with smaller effect sizes. Institutional preterm birth prevalence in 2023 was 5.3%. Findings underscore actionable targets—timely antenatal care, screening and treatment of infections, and vigilant management of membrane rupture—to reduce prematurity burden in rural, high-vulnerability settings.

**Keywords:** risk factors, preterm birth, pregnant women, antenatal care, VRAEM

*Artículo recibido 09 agosto 2025*

*Aceptado para publicación: 13 septiembre 2025*



## INTRODUCCIÓN

El parto pretérmino, definido como aquel que ocurre antes de las 37 semanas completas de gestación o menos de 259 días contados desde la fecha de la última menstruación (FUM), constituye uno de los problemas más complejos y persistentes en el campo de la obstetricia moderna (1). Esta condición se asocia directamente con un elevado riesgo de morbilidad neonatal y representa una de las principales causas de complicaciones en la salud materno-fetal a nivel global. La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica al parto pretérmino en tres categorías: extremadamente pretérmino (menos de 28 semanas), muy pretérmino (28 a 32 semanas) y moderadamente pretérmino (32 a 37 semanas) (2). Esta clasificación permite dimensionar la magnitud de los riesgos clínicos a corto y largo plazo que enfrentan tanto la madre como el recién nacido. A pesar de los avances científicos, más del 40% de los partos pretérminos carecen de una etiología claramente establecida, incluso tras aplicar modelos epidemiológicos complejos, lo que refuerza su carácter multifactorial y sindrómico (3).

En el ámbito global, la incidencia de parto pretérmino oscila entre el 10 y el 11% de los nacimientos, aunque estas cifras varían en función de los determinantes sociales, económicos, ambientales y clínicos de cada región (4). Cada año, aproximadamente 15 millones de recién nacidos llegan al mundo de manera prematura, lo que equivale a uno de cada diez nacimientos vivos (1). Esta condición representa la principal causa de mortalidad en menores de cinco años, responsable de alrededor de 900,000 muertes anuales en este grupo etario (3). Mientras que en algunos países europeos las tasas de nacimientos prematuros se mantienen entre el 5 y 7%, en naciones de África subsahariana pueden alcanzar el 18%, reflejando desigualdades estructurales en el acceso a servicios de salud (5).

En Latinoamérica, el parto pretérmino es un desafío de salud pública particularmente grave. El informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros indica que aproximadamente 1,2 millones de nacimientos pretérminos ocurren cada año en la región, con prevalencias que van desde el 5,1% en Ecuador hasta el 13,6% en Costa Rica (3). Investigaciones en países latinoamericanos han identificado a las mujeres menores de 19 años y mayores de 35 como grupos etarios especialmente vulnerables, lo que confirma la influencia de la edad materna como factor de riesgo relevante (6). Estas cifras reflejan que la prematuridad no solo es un fenómeno clínico, sino también social, enraizado en desigualdades educativas, económicas y culturales que limitan la oportunidad de un embarazo saludable.



En el Perú, la situación resulta alarmante. La prematuridad constituye la principal causa de mortalidad neonatal, siendo responsable de hasta el 68% de las muertes en este grupo. Se estima que el 7,5% de los nacimientos son pretérminos, y en el año 2023 se reportaron 30,692 casos, cifra que representa un incremento del 55,3% en comparación con los 19,766 casos registrados en 2014 (7). Esta tendencia ascendente revela no solo la magnitud del problema, sino también la necesidad de profundizar en la identificación de los factores de riesgo que subyacen al fenómeno. Las estadísticas nacionales también evidencian que la prematuridad afecta de manera desigual a los departamentos del país, siendo Lima, La Libertad, Piura, Lambayeque y Cusco los que concentran cerca del 50% de los reportes (8).

En el departamento de Cusco, la magnitud del problema es aún más visible. Según el Boletín Epidemiológico Nacional del año 2023, se estima que el 10% de los nacimientos en la región son prematuros, lo que equivale a alrededor de 2,300 casos anuales (9). Estas cifras adquieren particular gravedad en zonas rurales y de difícil acceso como el Valle de los Ríos Apurímac, Ene y Mantaro (VRAEM), donde se localiza el distrito de Kimbiri. Esta zona se caracteriza por condiciones socioeconómicas adversas, presencia de economías ilegales, altos índices de violencia y carencias estructurales en el acceso a servicios básicos de salud, educación y saneamiento. El Hospital San Juan de Kimbiri, principal centro de referencia en la zona, reportó en 2023 un total de 819 partos atendidos, de los cuales 43 fueron pretérminos (11). Aunque este número pueda parecer bajo en términos absolutos, su proporción refleja una prevalencia preocupante, considerando la vulnerabilidad estructural de la población local y las limitaciones institucionales para garantizar atención prenatal oportuna y de calidad. Los factores asociados al parto pretérmino son múltiples y pueden clasificarse en tres grandes categorías: maternos, obstétricos y patológicos del embarazo. Entre los factores maternos destacan la edad extrema, el bajo nivel educativo, la desnutrición, el consumo de tabaco y alcohol, así como la falta de apoyo social. En el ámbito obstétrico, se incluyen la multiparidad, los antecedentes de partos pretérminos, los periodos intergenésicos cortos, el embarazo múltiple y la ruptura prematura de membranas. Por último, dentro de los factores patológicos se encuentran la preeclampsia, la eclampsia, las infecciones del tracto urinario, la diabetes gestacional, la anemia y las anomalías placentarias, todas ellas condiciones que comprometen la evolución normal de la gestación y aumentan significativamente el riesgo de complicaciones perinatales (12–14).



El impacto del parto pretérmino no se limita a la mortalidad neonatal. Los recién nacidos prematuros presentan mayor vulnerabilidad a complicaciones respiratorias, neurológicas, gastrointestinales, inmunológicas, visuales y auditivas en el corto plazo, así como a retrasos en el desarrollo motor, cognitivo y socioemocional a largo plazo (13,14). Estas secuelas implican costos emocionales y económicos elevados para las familias, además de una carga significativa para los sistemas de salud, educación y protección social (15). En regiones rurales como Kimbiri, estas complicaciones adquieren una mayor gravedad debido a la limitada disponibilidad de unidades de cuidados intensivos neonatales y de programas de seguimiento postnatal especializado.

Desde un enfoque de salud pública, el parto pretérmino constituye una condición obstétrica que requiere estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria debe enfocarse en la reducción de factores de riesgo modificables como la desnutrición, la anemia, las infecciones y los estilos de vida poco saludables. La prevención secundaria implica la detección precoz de signos de riesgo durante la atención prenatal, como el monitoreo de la longitud cervical o la pesquisa de fibronectina fetal cervicovaginal. Finalmente, la prevención terciaria requiere intervenciones clínicas inmediatas en casos de amenaza de parto pretérmino, como el uso de corticosteroides prenatales para acelerar la maduración pulmonar, la administración de antibióticos en casos de ruptura prematura de membranas y la aplicación de tocolíticos para prolongar la gestación en beneficio del neonato (16).

En este contexto, el presente estudio busca determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM – Cusco, 2023, con el propósito de contribuir a la reducción de la prevalencia de nacimientos prematuros en la región. Este objetivo no solo responde a una necesidad clínica, sino también social, ya que permitirá fundamentar políticas de prevención y promoción de la salud materno-infantil contextualizadas a las particularidades culturales y epidemiológicas del VRAEM. Se espera que los resultados de esta investigación sirvan de insumo para la elaboración de protocolos institucionales, estrategias educativas dirigidas a gestantes y sus familias, y planes de intervención comunitaria que fortalezcan la capacidad resolutoria del sistema de salud en áreas rurales de alta vulnerabilidad.

En síntesis, el parto pretérmino representa un problema de salud pública que trasciende los límites biomédicos y se relaciona profundamente con los determinantes sociales de la salud. En el caso del



distrito de Kimbiri, ubicado en una de las zonas más complejas del país, el análisis de los factores de riesgo asociados al parto pretérmino no solo permitirá comprender mejor la magnitud de la problemática, sino también orientar la implementación de estrategias costo-efectivas y culturalmente pertinentes que garanticen el bienestar materno-fetal y contribuyan a reducir las brechas en salud existentes en el Perú.

## **METODOLOGÍA**

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

Se realizó en el distrito de Kimbiri y provincia de La Convención, es una de las 13 provincias del departamento de Cusco, ubicado en el sur del Perú, fue creado el 4 de mayo de 1990, cuenta con una población según INIE 40,000 habitantes, encontrándose a una superficie de 1134.69 km<sup>2</sup>, se halla a una altitud de 739 m s. n. m, conformada por 9 distritos de la provincia de Convención-VRAEM <sup>(65)</sup>.

El hospital San Juan de Kimbiri, está delimitada:

- Por el este: Con el distrito de Echarate
- Por el oeste: Con el distrito de Sivia Ayna y Santa Rosa
- Por el norte: Con el distrito de Pichari
- Por el sur: Con el distrito de Vilcabamba.

Tipo y nivel de investigación:

Tipo de investigación: La investigación fue de tipo cuantitativa observacional

Cuantitativa: El estudio fue cuantitativo porque buscó cuantificar la relación entre los factores de riesgo y el parto pretérmino, utilizando análisis estadístico para identificar asociaciones significativas <sup>(66)</sup>.

Observacional: Fue un estudio observacional porque no se manipularon variables, en su lugar se observaron y compararon los factores de riesgo entre dos grupos <sup>(66)</sup>.

Nivel de investigación: El nivel de estudio fue explicativo.

Explicativo: El nivel explicativo no sólo se limita a describir las variables o las relaciones entre ellas; más bien, busca identificar las causas de los fenómenos, explicar porque ocurren y determinar las condiciones bajo las cuales se manifiestan <sup>(67)</sup>.

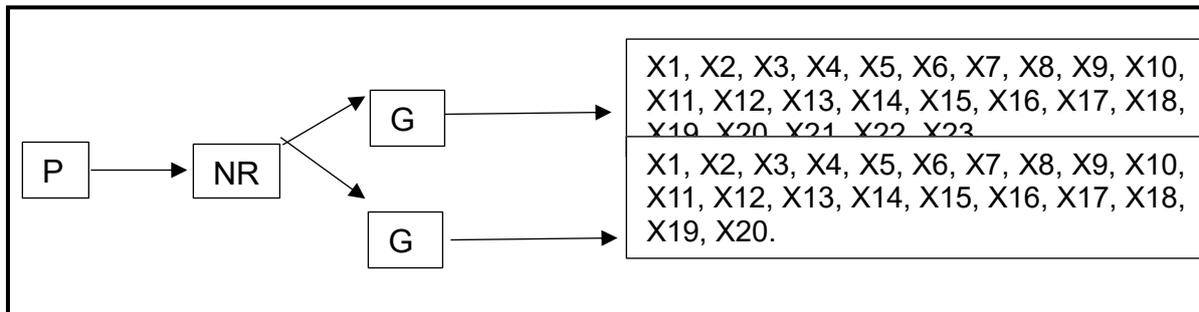
Diseño: Analítico de casos y controles.

Estudio de casos y controles: Este diseño permitió comparar un grupo de gestantes que presentaron parto pretérmino (casos) con un grupo de gestantes que presentaron parto a término (controles) es así que la



recopilación de datos fue retrospectiva, permitiendo analizar características de cada grupo y evaluar si están relacionadas con la ocurrencia del parto pretérmino <sup>(68)</sup>. Utilizando el siguiente diagrama:

**Cuadro N.º 1:** Diagrama de casos y controles



Donde:

P: Población

NR: No randomización.

G1: Parto pretérmino.

G2: Parto a término.

X1: Edad materna.

X2: Ocupación.

X3: Estado civil

X4: Procedencia

X5: Antecedentes personales

X6: Paridad

X7: Antecedentes de partos pretérminos

X8: Periodo intergenésico corto

X9: Atenciones prenatales

X10: Embarazo múltiple

X11: Ruptura prematura de membranas

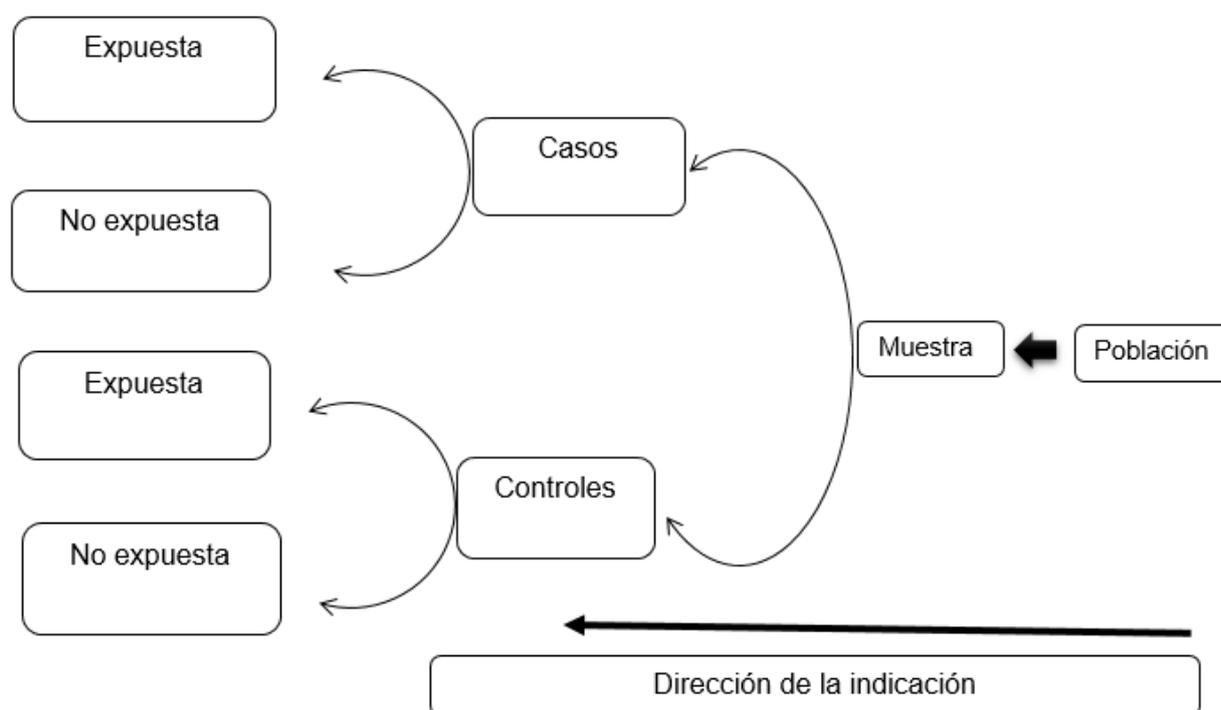
X12: Infección de tracto urinario

X13: Preeclampsia y/o eclampsia

X14: Polihidramnios

X15: Oligohidramnios

- X16: Anomalías placentarias
- X17: Diabetes gestacional
- X18: Desprendimiento prematuro de placenta
- X19: Anemia
- X20: Infección Vaginal
- X21: Prevalencia de parto pretérmino
- X22: Presencia de parto pretérmino
- X23: Clasificación de parto pretérmino



**Unidad de análisis:**

Gestantes con parto pretérmino atendidas en el Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM - Cusco, durante el año 2023.

**Población de estudio:**

En el presente estudio la población estuvo conformada por gestantes que presentaron el diagnóstico de parto pretérmino, atendidas en el Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM - Cusco, 2023.

Criterios de la inclusión para los casos y controles

Población de casos:



- Gestantes con diagnóstico clínico de parto pretérmino.
- Historias clínicas con datos completos.
- Gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Kimbiri-VRAEM, 2023.
- Pacientes referidas de otros establecimientos, cuyo parto termina en el Hospital San Juan de Kimbiri - VRAEM, 2023.

Población de control:

- Gestantes con diagnóstico clínico de parto a término.
- Historia clínica con datos completos.
- Gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Kimbiri - VRAEM, 2023.
- Pacientes referidas de otros establecimientos, cuyo parto termina en el Hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, 2023.

Criterios de exclusión

- Inaccesibilidad a las historias clínicas.
- Historia clínica con datos incompletos.

Tamaño de muestra:

En esta investigación se analizó la asociación entre un factor de riesgo y el parto pretérmino. Para evidenciar esta relación y medir su magnitud, se planteó un estudio de casos y controles utilizando la siguiente fórmula.

$$P = \frac{p1 + p2}{2}$$

Donde:

- ✓ N= tamaño de muestra

- ✓  $z_{1-\alpha/2} = 1,96$

- ✓  $z_{1-\beta} = 0,84$

- ✓ Odds ratio previsto: 4



- ✓ Nivel de seguridad: 95%
- ✓ Poder estadístico: 80%
- ✓ Proporción de exposición entre los casos (p1): 62% <sup>(22)</sup>.
- ✓ Proporción de exposición entre los controles (p2): 34% <sup>(22)</sup>.
- ✓ P: Es la media de dos proporciones p1 y p2
- ✓ En relación a la frecuencia de exposición, proporción (p1) y (p2) de casos y controles expuestos a los diversos factores de riesgo asociados, se basó en estudio de investigación previo <sup>(22)</sup>.

Reemplazando:

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

N = 40

Teniendo en cuenta el resultado se necesita estudiar 40 gestantes por grupo, 40 gestantes que presentaron parto pretérmino (casos) 40 gestantes que presentaron parto a término (control).

Técnicas de selección de muestra:

Para la selección de muestra se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Técnicas de recolección de información:

Técnica:

La técnica empleada fue de análisis documental de las historias clínicas de las gestantes con parto pretérmino y gestantes sin parto pretérmino que fueron atendidas en el Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM – Cusco, 2023

Instrumentos:

El instrumento a aplicarse fue la ficha de recolección de datos que contiene los indicadores de las variables que permitió recolectar la información necesaria para dar respuesta al problema y a los objetivos planteados.

Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación:

El instrumento fue elegido teniendo en cuenta las características del estudio retrospectivo; en historias clínicas de gestantes que presentaron alguna forma de parto pretérmino durante el año 2023.



Validez: En este estudio, la validez se estableció a través del juicio de expertos. Los instrumentos mostraron una concordancia significativa entre los evaluadores en cuanto a suficiencia, claridad, coherencia y relevancia, con una muy buena evaluación ( $p < 0,05$ ).

**Cuadro N.º 2:** Criterios de decisión

Cuadro de validez	Puntuación	Categorización
1	1-15	Regular
2	16-30	Bueno
3	31-45	Muy bueno

**Cuadro N.º 3:** Validez de expertos

Expertos	Calificación cuantitativa	Calificación cualitativa
Mgt. Evelyn Karla Medina Nolasco	45	Muy bueno
Mgt. Silvia Zoila Vega Mamani	43	Muy bueno
Mgt. Alexander Better Salazar	45	Muy bueno
Dra. Karla Chanel Salinas Cordero	41	Muy bueno
Mgt. Elsa Reyna Mendoza Buleje	45	Muy bueno
Mgt. Norma Altamirano Ascue	45	Muy bueno

### Técnicas de análisis e interpretación de la información:

En el presente estudio de casos y controles el análisis se realizó en 2 partes: primero un análisis descriptivo para caracterizar los grupos de estudio (casos y controles) y luego un análisis inferencial para evaluar la asociación entre los factores de riesgo y el parto pretérmino. A continuación, detallo ambos análisis

a). Estadísticas descriptivas: Se describió las características de los casos (gestantes con parto pretérmino) y los controles (gestantes con parto a término).

Procedimiento:

- ✓ Variables numéricas: Se calcularon medidas de tendencia central como la media, moda, desviación estándar, valores mínimo y máximo de la edad materna, paridad, atención prenatal y clasificación de parto pretérmino.

b). Análisis inferencial: El estudio permitió determinar si existe una asociación estadísticamente significativa entre cada factor de riesgo y ocurrencia parto pretérmino.

Procedimiento:



Prueba de asociación: Esta prueba se aplica en las variables categóricas donde se utilizó la prueba no paramétrica de chi cuadrado para evaluar si la distribución de los factores de riesgo es significativamente diferente entre casos y controles.

#### Medidas de asociación:

Razón de momios (Odds ratio): Esta se calculó para cada factor de riesgo permitiendo estimar cuantas veces es más probable que ocurra el parto pretérmino en presencia de un factor de riesgo ( $OR > 1$ ).

Intervalo de confianza (IC): Permitiendo evaluar la precisión de la estimación del OR. Si el IC no incluye el valor 1 la asociación es significativa.

Modelo multivariados: Se realizó el análisis bivariado y multivariado para controlar los factores confusores.

Prueba estadística Z para dos proporciones: Se utilizó con el propósito de determinar si existe una diferencia estadísticamente significativa entre la proporción de casos expuestos y la proporción de controles expuestos.

En términos de odds ratio (OR), la prueba Z puede evaluar si el OR es significativamente diferente de 1 (lo que indicaría una asociación entre el factor de riesgo y la condición estudiada).

#### Aplicaciones específicas:

##### Significancia del Odds Ratio (OR):

Evalúa si el OR calculado está significativamente alejado de 1.

- ✓ Si el valor p asociado a la prueba Z es  $< 0.05$ , se concluye que el OR es significativamente diferente de 1 (lo que sugiere una asociación significativa).
- ✓ Si  $p \geq 0.05$ , no se puede afirmar una asociación estadísticamente significativa.

##### Interpretación:

- ✓ Z alto (positivo o negativo): Mayor evidencia de una diferencia entre las proporciones.
- ✓ Z cercano a 0: No hay evidencia de una diferencia estadística.
- ✓ El valor p asociado se calcula a partir de la distribución normal estándar y determina la significancia ( $OR > 1$ ).

##### Prevalencia de parto pretérmino:



$$PP = \frac{N^{\circ} \text{ de partos preterminos}}{N^{\circ} \text{ de nacimientos totales}} \times 100 \%$$

Donde:

- ✓ PP: Prevalencia de partos pretérminos.
- ✓ C: Número de nacimientos pretérminos.
- ✓ N: Número total de nacimientos en el Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM – Cusco, 2023.

Criterios de interpretación:

- ✓ Prevalencia baja: Menos del 5% en la población evaluada
- ✓ Prevalencia moderada: Entre 5% y 10% en la población evaluada
- ✓ Prevalencia alta: Mayor del 10% en la población evaluada

Estadígrafo propio del estudio:

Dado que el estudio analiza la asociación mediante un diseño de casos y controles, se calculó el odds ratio (OR) para determinar los factores de riesgo asociados con el parto pretérmino, en el Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM - Cusco, 2023 y su intervalo de confianza al 95% correspondiente.

**Cuadro N.º 4:** Estadígrafo propio del estudio

	Casos (Parto pretérmino)	Controles (Parto a término)
Expuestos	A	B
No Expuestos	C	D

ODSS RATIO:  $A \times D / C \times B$

Odds Ratio (OR) =  $(A \times D) / (B \times C)$ ; 95%

Donde:

A = (Gestantes que estuvieron expuestos a parto pretérmino)

B = (Gestantes que estuvieron expuestos y no desarrollaron a parto pretérmino)

C = (Gestantes que estuvieron expuestos que desarrollaron a parto pretérmino)

D = (Gestantes que estuvieron expuestos y que no desarrollaron parto pretérmino)

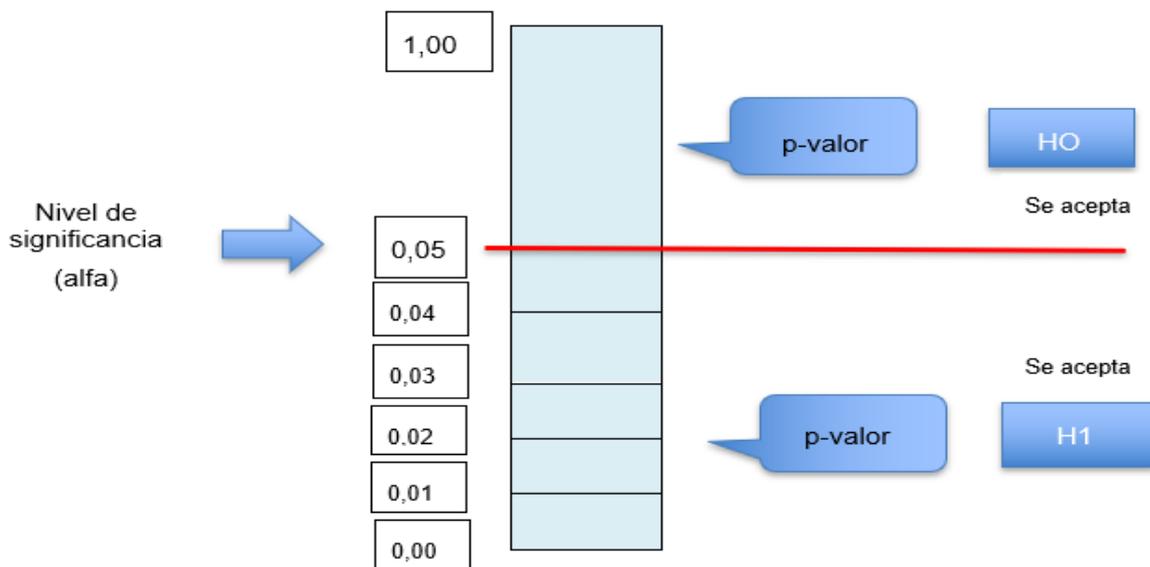
Regla de decisión OR:

- ✓  $OR=1$  (no es un factor de riesgo)
- ✓  $OR < 1$  factor asociado a menor Odds del evento (factor protector).
- ✓  $OR > 1$  factor asociado a mayor Odds del evento (factor de riesgo).



Técnicas para demostrar la verdad o falsedad de las hipótesis planteadas según el nivel de investigación

**Cuadro N.º 5:** Interpretación de la hipótesis



Fuente: Supo, J. 2014

Aspectos éticos:

Este trabajo de investigación cumplió con las normas éticas en cuanto a integridad y originalidad, verificadas mediante el software Turnitin y con la aprobación del comité de ética institucional. Se fundamentó en los principios éticos establecidos en el informe de Belmont, que guían la protección de la información de los seres humanos. Se reconocieron tres principios éticos: primero, el respeto a la persona, garantizando su autonomía y protección; segundo, la beneficencia, donde el objetivo de la investigación fue el bien común, sin causar daño; y tercero, la justicia. Además, este estudio contó con la aprobación del comité institucional de ética de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Escuela Profesional de Obstetricia.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Procesamiento, análisis, interpretación y discusión de resultados

Datos descriptivos

**Tabla 1:** Medidas de tendencia central de la edad gestacional de las gestantes con parto pretérmino.

Edad Gestacional	
Media	34
Mediana	35
Moda	36
Mínimo	27
Máximo	36

Fuente: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

Interpretación: La tabla 1 muestra que la edad gestacional promedio en las gestantes que presentaron parto pretérmino fue de 34 semanas, mientras que la mediana se situó en 35 semanas, lo que indica que el 50% de los casos ocurrieron antes o en esa semana de gestación. El valor modal fue de 36 semanas, siendo esta la edad gestacional más frecuente dentro de la muestra. Además, se reportó una edad gestacional mínima de 27 semanas, correspondiente a un parto pretérmino extremo, y una edad gestacional máxima de 36 semanas, límite superior dentro de la clasificación de parto pretérmino. Estos hallazgos reflejan una distribución centrada en el rango de pretérmino tardío, con algunos casos en los extremos de viabilidad neonatal.

**Tabla 2:** Medidas de tendencia central de la clasificación del parto pretérmino.

Parto Pretérmino	Nº	%
Pretérmino Extremo	1	2,5
Muy Pretérmino	4	10,0
Pretérmino Tardío	35	87,5
Total	40	100,0

Fuente: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

Interpretación: En la tabla 2 muestra la distribución de la clasificación de partos pretérminos. Con respecto al parto pretérmino extremo, que ocurre antes de las 28 semanas de gestación fue poco frecuente, registrándose una sola gestante (2.5%). En cambio, en el parto muy pretérmino que ocurre entre las semanas 28 y 32, se registró que 4 gestantes representando (10%) de las gestantes. De igual manera, el parto pretérmino tardío, que ocurre entre la semana 32 y antes de las 37 semanas de gestación fue la categoría más prevalente, con 35 casos (87.5%) del total de partos pretérmino registrados. Estos datos indican que la mayoría de los eventos ocurrieron en el rango de pretérmino tardío, lo cual tiene implicancias clínicas relevantes, ya que este grupo presenta menor riesgo de complicaciones neonatales en comparación con los nacimientos en etapas más tempranas.



**Tabla 3:** Medidas de tendencia central y de dispersión de las variables numéricas del estudio.

	Edad	Paridad	APN
Media	25	1	6
Mediana	24	1	7
Moda	16	0	8
Desv. Estándar	7,0	1,4	2,9
Mínimo	14	0	0
Máximo	40	5	13

Fuente: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

Interpretación: La tabla 3 se observa que la edad promedio de las gestantes fue de 25 años, con una mediana de 24 años, lo que indica una ligera asimetría hacia edades más jóvenes. La moda, o valor más frecuente, fue de 16 años, lo que evidencia una presencia significativa de gestantes adolescentes en la muestra. La edad mínima registrada fue de 14 años y la edad máxima, 40 años, mostrando un rango amplio de edad reproductiva. Respecto a la paridad, el promedio y mediana de partos fue 1, mientras que gran parte de las gestantes no han tenido partos aún; se observa que el valor máximo de partos ha sido de 5, lo que refleja una menor frecuencia de múltiparas en esta población. Respecto al número de atenciones prenatales (APN), se identificó un promedio de 6 controles, con una mediana de 7 y una moda de 8, lo que sugiere una tendencia general hacia una adherencia moderada a los controles prenatales. La desviación estándar fue de 2,9, indicando una variabilidad moderadamente baja en torno a la mediana. Se identificaron casos extremos, desde 0 controles prenatales hasta un máximo de 13, lo que evidencia desigualdades en el acceso o seguimiento del control gestacional dentro de la población estudiada.

**Tabla 4:** Pruebas de normalidad de las variables numéricas del estudio.

Parto pretérmino		Kolmogórov-Smirnov		
		Estadístico	Gl	Sig.
Edad	Controles	0,095	40	,200*
	Casos	0,157	40	0,014
Paridad	Controles	0,203	40	0,000
	Casos	0,250	40	0,000
APN	Controles	0,157	40	0,014
	Casos	0,142	40	0,041

Fuente: Historia Clínica – Ficha de recolección de datos



Interpretación: En la tabla 4 se observa que, la edad de los controles (Gestantes con parto a término), sigue una distribución normal de sus datos; mientras que las demás variables numéricas tienen una distribución diferente a la normal.

**Tabla 5:** Diferencia de medias de la edad, paridad y atención prenatal de los casos y controles.

	Con	Parto	P
	pretérmino n=40	Sin Parto pretérmino n=40	
Edad*	22 ± 6,6	26 ± 6,9	0,021**
Paridad*	1,1 ± 1,2	1,4 ± 1,5	0,295**
Atención prenatal*	4 ± 2,2	8 ± 2,4	0,000**

\*Media ± desviación estándar

p\*\*= Evaluado mediante prueba U de Mann Whitney

Interpretación: En la tabla 5 se muestra la diferencia de medias, acompañados por la desviación estándar; de la edad, paridad y el número de atenciones prenatales de los casos y controles. Haciendo un análisis de diferencia de medias, mediante el estadígrafo no paramétrico de U de Mann Whitney (aplicado porque los datos tienen una distribución diferente a la normal), se observa una diferencia estadísticamente significativa entre, la edad y el número de atenciones prenatales, entre ambos grupos. Mientras que no existe diferencia de medias de la paridad.

**Tabla 6:** Comparación de proporciones del estado civil materno y el parto pretérmino.

Estado Civil	Grupos		Total
	Casos	Controles	
Soltera	Nº 11 <sub>a</sub>	7 <sub>a</sub>	18
	% 27,5%	17,5%	22,5%
Conviviente	Nº 26 <sub>a</sub>	27 <sub>a</sub>	53
	% 65,0%	67,5%	66,3%
Casada	Nº 3 <sub>a</sub>	6 <sub>a</sub>	9
	% 7,5%	15,0%	11,3%
Total	Nº 40	40	80
	% 100%	100%	100%

Fuente: Historia Clínica – Ficha de recolección de datos

Interpretación: En la tabla 6 muestra la distribución del estado civil de las gestantes según dos grupos: casos (gestantes con parto pretérmino) y controles (gestantes con parto a término). Del total de 80 gestantes, el 27.5% de las gestantes con parto pretérmino eran solteras, frente al 17.5% en el grupo



control, lo que sugiere una mayor proporción de partos pretérmino entre mujeres sin pareja conyugal. En el grupo de convivientes, la distribución fue similar entre casos (65.0%) y controles (67.5%), sin diferencia aparente. Por otro lado, el grupo casado representó solo el 7.5% entre los casos, frente al 15.0% en los controles. Se ha utilizado la prueba estadística Z, para realizar el análisis de la comparación de las proporciones entre las columnas, el subíndice (a) indica que no existen diferencias entre las proporciones de las categorías del estado civil materno con el parto pretérmino.

**Tabla 7:** Comparación de proporciones de la ocupación materna y el parto pretérmino.

Ocupación	Grupos		Total
	Casos	Controles	
Ama de casa	Nº 24 <sub>a</sub>	28 <sub>a</sub>	52
	% 60,0%	70,0%	65,0%
Estudiante	Nº 9 <sub>a</sub>	6 <sub>a</sub>	15
	% 22,5%	15,0%	18,8%
Trabajadora independiente	Nº 7 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	11
	% 17,5%	10,0%	13,8%
Trabajadora dependiente	Nº 0 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	2
	% 0,0%	5,0%	2,5%
Total	Nº 40	40	80
	% 100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Historia Clínica – Ficha de recolección de datos

Interpretación: En la tabla 7 se ha utilizado la prueba Z, para hacer la comparación de las proporciones entre las columnas, el subíndice (a) indica que no existen diferencias entre las proporciones de las categorías de la ocupación materna.

#### Datos Analíticos

**Tabla 8:** Análisis bivariado de los factores maternos asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital san Juan de Kimbiri VRAEM – Cusco, 2023.

Factores maternos	Grupo				p†	ORC	IC 95%	
	Casos		Controles					
	N	%	N	%				
Edad	< 20 años	25	37,5	15	15	0,022	3,5	0,1 – 1,0
	20 – 35 años	23	57,5	23	72,5	0,160	0,5	0,2 – 1,3
	> 35 años	2	5		12,5	0,235	0,3	0,0 – 2,0
Ocupación	Ama de casa	24	60	28	70	0,348	0,6	0,2 – 1,6
	Estudiante	9	22	6	15	0,390	1,6	0,5 – 5,1
	Trabajadora independiente	7	18	4	10	0,330	1,9	0,5 – 7,1
	Trabajadora dependiente	0	0	2	5		Ref.	



Estado civil	Soltera	11	28	7	18	0,284	1,7	0,6 – 5,2
	Conviviente	26	65	27	68	0,813	0,8	0,3 – 2,2
	Casada	3	7	6	14		Ref.	
Procedencia	Rural	25	62,5	19	48	0,178	1,8	0,7 – 4,4
	Urbano	15	37,5	21	53		Ref.	
Antecedentes personales	Si	19	47,5	15	38	0,366	1,5	0,6 – 3,6
	No	21	52,5	25	63		Ref.	

p†= Evaluado mediante Chi cuadrado de Pearson; ORC= Odds ratio crudo

IC 95%= Intervalo de confianza al 95%; \*Factor asociado (p<0.05)

#### Tabla con la técnica estadística Z.

Factores maternos		Grupo				p†	ORC	IC 95%
		Casos		Controles				
		N	%	N	%			
Edad	< 20 años	15 <sub>a</sub>	37,5	6 <sub>b</sub>	15	0,022	3,4	0,1 – 1,0
	20 – 35 años	23 <sub>a</sub>	57,5	29 <sub>b</sub>	72,5	0,160	0,5	0,2 – 1,3
	> 35 años	2 <sub>a</sub>	5	5 <sub>b</sub>	12,5	0,235	0,3	0,0 – 2,0
Ocupación	Ama de casa	24 <sub>a</sub>	60	28 <sub>a</sub>	70	0,348	0,6	0,2 – 1,6
	Estudiante	9 <sub>a</sub>	22	6 <sub>a</sub>	15	0,390	1,6	0,5 – 5,1
	Trabajadora independiente	7 <sub>a</sub>	18	4 <sub>a</sub>	10	0,330	1,9	0,5 – 7,1
	Trabajadora dependiente	0 <sub>a</sub>	0	2 <sub>a</sub>	5		Ref.	
Estado civil	Soltera	11 <sub>a</sub>	28	7 <sub>a</sub>	18	0,284	1,7	0,6 – 5,2
	Conviviente	26 <sub>a</sub>	65	27 <sub>a</sub>	68	0,813	0,8	0,3 – 2,2
	Casada	3 <sub>a</sub>	7	6 <sub>a</sub>	14		Ref.	
Procedencia	Rural	25 <sub>a</sub>	62,5	19 <sub>a</sub>	48	0,178	1,8	0,7 – 4,4
	Urbano	15 <sub>a</sub>	37,5	21 <sub>a</sub>	53		Ref.	
Antecedentes personales	Si	19 <sub>a</sub>	47,5	15 <sub>a</sub>	38	0,366	1,5	0,6 – 3,6
	No	21 <sub>a</sub>	52,5	25 <sub>a</sub>	63		Ref.	

p†= Evaluado mediante Chi cuadrado de Pearson; ORC= Odds ratio crudo

IC 95%= Intervalo de confianza al 95%; \*Factor asociado (p<0.05)

Interpretación: En la tabla 8, al realizar el análisis bivariado se observó que la edad materna < 20 años presenta asociación estadísticamente significativa con el parto pretérmino (p = 0,022), con un ORC de 3,5, lo que indica que las gestantes menores de 20 años tienen un riesgo 3,5 veces mayor de presentar parto pretérmino en comparación con el grupo de referencia (mayores de 35 años). Por otro lado, las edades de 20 – 35 años y > 35 años no se observan asociación significativa (p = 0,160). Sin embargo, las categorías como: ocupacionales, estado civil, procedencia y antecedentes personales no mostró una asociación estadísticamente significativa con el parto pretérmino (p > 0,05). Adicionalmente a este



análisis, se ha aplicado la prueba Z para comparar las proporciones entre columnas, y se observa en los subíndices (b) de las proporciones de los casos y controles, en la cual indica que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambas proporciones evaluadas y por otro lado el subíndice (a), indica que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las proporciones evaluadas.

**Tabla 9:** Análisis bivariado de los factores obstétricos asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital san Juan de Kimbiri VRAEM – Cusco, 2023.

Factores Obstétricos		Grupo				p†	ORC	IC 95%
		Casos		Controles				
		N	%	N	%			
Paridad	≤ 1	26	65	23	58	0,491	0,7	0,2 – 1,7
	> 1	14	35	17	42		Ref.	
Antecedente de parto pretérmino	Si	7	18	1	3	0,025*	8,2	0,9 – 70,7
	No	33	82	39	97			
PIG corto	Si	7	18	3	8	0,176	2,6	0,6 – 10,9
	No	33	82	37	92		Ref.	
APN	< 6	21	52,5	4	10	0,000*	9,9	2,9 – 33,1
	≥ 6	19	48	36	90			
Embarazo múltiple	Si	4	10	0	0	0,040*	0,4	0,3 – 0,6
	No	36	90	40	100		Ref.	
RPM	Si	9	22	2	5	0,023*	5,5	1,1 – 27,4
	No	31	78	38	95		Ref.	

p†= Evaluado mediante Chi cuadrado de Pearson; ORC= Odds ratio crudo

IC 95%= Intervalo de confianza al 95%; \*Factor asociado (p<0.05)

Tabla con la técnica estadística Z.

Factores Obstétricos		Grupo				p†	ORC	IC 95%
		Casos		Controles				
		N	%	N	%			
Paridad	≤ 1	26 <sub>a</sub>	65	23 <sub>a</sub>	58	0,491	0,7	0,2 – 1,7
	> 1	14 <sub>a</sub>	35	17 <sub>a</sub>	42		Ref.	
Antecedente de parto pretérmino	Si	7 <sub>a</sub>	18	1 <sub>b</sub>	3	0,025*	8,2	0,9 – 70,7
	No	33 <sub>a</sub>	82	39 <sub>b</sub>	97			
PIG corto	Si	7 <sub>a</sub>	18	3 <sub>a</sub>	8	0,176	2,6	0,6 – 10,9
	No	33 <sub>a</sub>	82	37 <sub>a</sub>	92		Ref.	
APN	< 6	21 <sub>a</sub>	52,5	4 <sub>b</sub>	10	0,000*	9,9	2,9 – 33,1
	≥ 6	19 <sub>a</sub>	48	36 <sub>b</sub>	90			
Embarazo múltiple	Si	4 <sub>a</sub>	10	0 <sub>b</sub>	0	0,040*	0,4	0,3 – 0,6
	No	36 <sub>a</sub>	90	40 <sub>b</sub>	100		Ref.	
RPM	Si	9 <sub>a</sub>	22	2 <sub>b</sub>	5	0,023*	5,5	1,1 – 27,4
	No	31 <sub>a</sub>	78	38 <sub>b</sub>	95		Ref.	

p†= Evaluado mediante Chi cuadrado de Pearson; ORC= Odds ratio crudo

IC 95%= Intervalo de confianza al 95%; \*Factor asociado (p<0.05)



Interpretación: En la tabla 9 muestra el análisis de los factores obstétricos en relación con la variable dependiente parto pretérmino. Los resultados evidencian que los siguientes factores presentan una asociación estadísticamente significativa con el parto pretérmino ( $p < 0.05$ ): antecedente de parto pretérmino ( $p = 0.025$ ), número de atenciones prenatales (APN)  $\leq 5$  ( $p = 0.000$ ), embarazo múltiple ( $p = 0.040$ ) y ruptura prematura de membranas (RPM) ( $p = 0.023$ ). Estos hallazgos sugieren que dichos factores aumentan significativamente el riesgo de ocurrencia de parto pretérmino. Además, el análisis detallado mediante los subíndices de la prueba Z para comparación de proporciones respalda la existencia de diferencias significativas entre los grupos analizados, confirmando la fuerza de asociación entre estas variables y el desenlace obstétrico adverso. Por otro lado, otros factores obstétricos evaluados, como la paridad y el intervalo intergenésico corto, no mostraron asociación estadísticamente significativa con el parto pretérmino ( $p > 0.05$ ), por lo que no se consideran factores de riesgo relevantes en esta muestra.

**Tabla 10:** Análisis bivariado de los factores patológicos asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital san Juan de Kimbiri VRAEM – Cusco, 2023.

Factores Patológicos		Grupo				p†	ORC	IC 95%
		Casos		Controles				
		N	%	N	%			
Infección urinaria	Si	27	68	18	45	0,043*	2,5	1,0 – 6,2
	No	13	32	22	55			
Preeclampsia	Si	5	13	0	0	0,021*	0,4	0,3 – 0,5
	No	35	87	40	100			
Polihidramnios	Si	0	0	0	0	NC		
	No	40	100	40	100			
Oligohidramnios	Si	5	13	1	3	0,090	5,5	0,6 – 50,0
	No	35	87	39	97			
Anomalías placentarias	Si	4	10	0	0	0,040*	0,4	0,3 – 0,6
	No	36	90	40	100			
Diabetes	Si	6	15	1	3	0,048*	6,8	0,7 – 60,0
	No	34	85	39	97			
DPP	Si	4	10	0	0	0,040*	0,4	0,3 – 0,6
	No	36	90	40	100			
Anemia	Si	17	43	11	28	0,160	1,9	0,7 – 4,9
	No	23	57	29	72			
Infección cervicovaginal	Si	24	60	9	23	0,001*	5,1	1,9 – 13,7
	No	16	40	31	77			

p†= Evaluado mediante Chi cuadrado de Pearson; ORC= Odds ratio crudo

IC 95%= Intervalo de confianza al 95%; \*Factor asociado ( $p < 0.05$ )

NC= No calculable



Tabla con la técnica estadística Z.

Factores Patológicos		Grupo				p†	ORC	IC 95%
		Casos		Controles				
		N	%	N	%			
Infección urinaria	Si	27 <sub>a</sub>	68	18 <sub>b</sub>	45	0,043*	2,5	1,0 – 6,2
	No	13 <sub>a</sub>	32	22 <sub>b</sub>	55			
Preeclampsia	Si	5 <sub>a</sub>	13	0 <sub>b</sub>	0	0,021*	0,4	0,3 – 0,5
	No	35 <sub>a</sub>	87	40 <sub>b</sub>	100			
Polihidramnios	Si	0 <sub>a</sub>	0	0 <sub>a</sub>	0	NC		
	No	40 <sub>a</sub>	100	40 <sub>a</sub>	100			
Oligohidramnios	Si	5 <sub>a</sub>	13	1 <sub>a</sub>	3	0,090	5,5	0,6 – 50,0
	No	35 <sub>a</sub>	87	39 <sub>a</sub>	97			
Anomalías placentarias	Si	4 <sub>a</sub>	10	0 <sub>b</sub>	0	0,040*	0,4	0,3 – 0,6
	No	36 <sub>a</sub>	90	40 <sub>b</sub>	100			
Diabetes	Si	6 <sub>a</sub>	15	1 <sub>b</sub>	3	0,048*	6,8	0,7 – 60,0
	No	34 <sub>a</sub>	85	39 <sub>b</sub>	97			
DPP	Si	4 <sub>a</sub>	10	0 <sub>b</sub>	0	0,040*	0,4	0,3 – 0,6
	No	36 <sub>a</sub>	90	40 <sub>b</sub>	100			
Anemia	Si	17 <sub>a</sub>	43	11 <sub>a</sub>	28	0,160	1,9	0,7 – 4,9
	No	23 <sub>a</sub>	57	29 <sub>a</sub>	72			
Infección cervicovaginal	Si	24 <sub>a</sub>	60	9 <sub>b</sub>	23	0,001*	5,1	1,9 – 13,7
	No	16 <sub>a</sub>	40	31 <sub>b</sub>	77			

p†= Evaluado mediante Chi cuadrado de Pearson; ORC= Odds ratio crudo

IC 95%= Intervalo de confianza al 95%; \*Factor asociado (p<0.05)

NC= No calculable

Interpretación: En la tabla 10 muestra los resultados del análisis bivariado entre los factores patológicos y la ocurrencia de parto pretérmino. Se identificó una asociación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) entre parto pretérmino y los siguientes factores: infección urinaria ( $p = 0.043$ ), preeclampsia ( $p = 0.021$ ), anomalías placentarias ( $p = 0.040$ ), diabetes gestacional ( $p = 0.048$ ), desprendimiento prematuro de placenta – DPP ( $p = 0.040$ ), e infecciones cérvico-vaginales ( $p = 0.001$ ). Estos hallazgos indican que dichas condiciones médicas durante la gestación representan factores de riesgo clínicamente relevantes para el desarrollo de parto pretérmino. El uso de la prueba Z para proporciones evidenció diferencias significativas entre los grupos de casos y controles, respaldadas por subíndices distintos en las columnas correspondientes, lo cual refuerza la robustez de los resultados obtenidos mediante el valor de p. En contraste, otras patologías evaluadas como polihidramnios, oligohidramnios y anemia no mostraron una relación estadísticamente significativa con el parto pretérmino ( $p > 0.05$ ), por lo que no se consideran factores asociados en esta muestra poblacional.

**Tabla 11:** Análisis multivariado de los factores asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital san Juan de Kimbiri VRAEM – Cusco, 2023.

Factores	Modelo crudo			Modelo ajustado		
	p†	ORC	IC 95%	p*	ORA	IC 95%
Edad < 20 años	0,022	3,4	1,1 – 9,9	0,006	8,5	18 – 39,5
Antecedente de parto pretérmino	0,025	8,2	0,9 – 70,7	0,005	39,2	2,9 – 515,6
< 6 APN	0,000	9,9	2,9 – 33,1	0,001	17,2	3,1 – 93,8
Embarazo múltiple	0,040	0,4	0,3 – 0,6	0,999	0,0	–
RPM	0,023	5,5	1,1 – 27,4	–	–	–
Infección urinaria	0,043	2,5	1,0 – 6,2	0,011	8,4	1,6 – 44,0
Preeclampsia	0,021	0,4	0,3 – 0,5	0,999	0	–
Anomalías placentarias	0,040	0,4	0,3 – 0,6	0,999	0	–
Diabetes	0,048	6,8	0,7 – 60,0	0,112	0,9	0,0 – 1,7
DPP	0,040	0,4	0,3 – 0,6	–	–	–
Infección cervicovaginal	0,001	5,1	1,9 – 13,7	0,067	0,2	0,0 – 1,1

p\*= Evaluado mediante regresión logística binaria

ORC= Odds ratio crudo; ORA= Odds ratio ajustado

IC 95%= Intervalo de confianza al 95%; Negrita: Estadísticamente significativo

Interpretación: En la tabla 11 se observa, los factores que mostraron asociación significativa con el parto pretérmino en el análisis bivariado fueron incorporados en un modelo de regresión logística binaria para evaluar su efecto ajustado. En este análisis multivariado, se identificó que la edad materna < 20 años presenta asociación estadísticamente significativa con el parto pretérmino ( $p = 0,006$ ), con un ORA 8.5 (IC 95%: 1.8 – 39.5). Así mismo el antecedente de parto pretérmino se asoció de manera significativa con una mayor probabilidad de recurrencia de este desenlace ( $p = 0.005$ ), con un ORA de 39.2 (IC 95%: 2.9 – 515.6). Esto indica que las gestantes con antecedentes de parto pretérmino tienen 39 veces más probabilidad de presentar un nuevo episodio. Asimismo, se observó una asociación altamente significativa entre el número insuficiente de atenciones prenatales (< 6 controles) y el parto pretérmino ( $p = 0.001$ ), con un ORA de 18.1 (IC 95%: 3.4 – 96.0). Esto indica que las gestantes con atención prenatal insuficiente tienen 18 veces más riesgo de desarrollar el evento. Por otro lado, las gestantes con infección de tracto urinario presento asociación significativa con el parto pretérmino ( $P = 0.001$ , con un ORA de 8,4 (IC 95%: 1.6 – 44.0). Esto indica que las gestantes con ITU tienen hasta 8 veces más riesgo

de desarrollar el evento. Estos hallazgos demostraron ser predictores independientes de parto pretérmino, reforzando su relevancia clínica y epidemiológica dentro del modelo ajustado.

**Tabla 12:** Partos pretérminos y a términos según la edad materna en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM – Cusco, 2023.

Edad		Parto Pretérmino		Total
		Pretérmino	A termino	
< 20 años	Nº	15	6	21
	%	37,5%	15%	26,25 %
20 - 35 años	Nº	23	29	52
	%	57,5%	72,5%	65%
> 35 años	Nº	2	5	7
	%	5%	12,5%	8,75%
Total	Nº	40	40	80
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

Interpretación: En la tabla 12 se observa la distribución de partos pretérminos y a términos según la edad materna, donde se encontró que las gestantes menores a 20 años presentaron 26.2 % del total, con una mayor proporción de partos pretérminos, las gestantes de 20-35 años presentaron una distribución más equilibrada de 57.5 % de partos pretérminos y 72.5 % de partos a términos, gestantes mayores de 35 años fue el grupo más reducido con 8.7 % con un porcentaje bajo tanto para partos pretérminos (5 %) y a términos (12.5%). Este patrón sugiere una mayor prevalencia de parto pretérmino en adolescentes, lo cual es consistente con la literatura, que indica que la edad materna temprana es un factor de riesgo asociado.

Determinar la prevalencia de partos pretérminos en el Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM - Cusco, 2023

$$P = \frac{C}{N} \times 100$$

$$P = \frac{43}{819} \times 100$$

P = 5.3 %

La prevalencia observada en el Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM – Cusco, 2023 fue de 5.3 %. Esto significa que, de cada 100 nacimientos aproximadamente 5 recién nacidos nacen antes de las 37 semanas

de gestación, criterio clínico establecido para definir un parto pretérmino. Este valor se encuentra dentro del rango considerado moderado en comparación con estándares internacionales, aunque puede variar según las condiciones socioeconómicas, el acceso a servicios de salud materna, y la presencia de factores de riesgo obstétrico en la región.

## DISCUSIÓN

En esta investigación se identificaron similitudes y diferencias con otros estudios, lo cual tiene un fundamento científico basado en las variaciones contextuales y metodológicas entre las investigaciones comparadas. En cuanto a los factores maternos, se observó que la edad materna < a 20 años se asoció estadísticamente significativa con el parto pretérmino ( $p = 0,022$ ), con un ORC de 3,5. Por otro lado las variables como: ocupación, estado civil, procedencia o antecedentes personales, se asociaron significativamente al parto pretérmino, por tener un valor de P mayor a 0,05. Estos resultados no guardan relación con el estudio de Rutayisire et al. (2023) en Ruanda donde identificó que la edad materna avanzada (mayores de 35 años) es un factor de riesgo importante para el parto prematuro, con un Odds Ratio (OR) ajustado de 2,00 (IC 95% = 1,13–3,53). Por otro lado, en el estudio de Zhang et al. (2022), tampoco se evidenció asociación significativa entre los factores socioeconómicos y el parto pretérmino. Sin embargo, estos mismos resultados a nivel nacional guardan relación con el estudio de Paredes k, (2022) quien demostró que el parto pretérmino se presenta con mayor proporción en las gestantes menores a 19 años (46.2%) y es un grupo vulnerable para el desarrollo del evento. De la misma forma con el estudio de Franco M, (2020) se encontró que la edad materna < 20 años y > 35 años están significativamente asociados al parto pretérmino. Es así que los hallazgos subrayan la complejidad de los factores maternos asociados al parto pretérmino. Aunque la edad < 20 años fue el único factor de esta categoría con asociación significativa, es crucial resaltar que las demás categorías podrían indicar posibles tendencias que requieren mayor exploración en estudios con mayor tamaño muestral.

En relación a los factores obstétricos, los resultados indican que los antecedentes de parto pretérmino están significativamente asociados con un mayor riesgo de desarrollar parto pretérmino (P:0,025, ORC: 8,2) así también las gestantes con menos de 6 atenciones prenatales estuvieron significativamente asociados con mayor riesgo de desarrollar parto pretérmino (P: 0,000, ORC: 9,9), así mismo los resultados indican que el embarazo múltiple están significativamente asociados con un riesgo de



desarrollar parto pretérmino (P:0,040, ORC: 0,4), por otro lado la Ruptura Prematura de Membranas fue un indicador asociado significativamente a desarrollar parto pretérmino (P: 0,023, ORC: 5,5). Es así que el resultado del antecedente de parto pretérmino coincidió con el estudio de Ayala F, et al. (2022) donde el antecedente de parto pretérmino tuvo (ORC: 5,5). Esto afirma que el historial obstétrico tiene un rol crucial en la predicción de riesgos. El resultado de atención prenatal guardó relación con el estudio de Ayele T, Moyehodie (2023) quienes afirmaron que una atención prenatal inadecuada aumenta significativamente el parto pretérmino (AOR: 2,87). Esto destaca la necesidad de fortalecer el acceso y calidad de controles prenatales. El resultado de embarazo múltiple, aunque fue significativo, pero el OR bajo no guardó relación con el estudio de Zhang Y, et al. (2022) estos investigadores documentaron un (ORA: 10.99) indicando que el embarazo múltiple presenta un factor de riesgo para desarrollar parto pretérmino, lo que indica que estas diferencias pueden deberse a la muestra limitada de la investigación. Finalmente, la ruptura prematura de membranas mostró una fuerte asociación significativa, hallazgo que guarda relación con los estudios de Rutayisire E, et al. (2023) (AOR: 9.30) y Ayala F, et al. (2022) (AOR: 6.46) quienes demostraron que la ruptura prematura de membranas es un factor clave en la etiología del parto pretérmino. Teniendo en cuenta los resultados de esta investigación se refuerza la importancia de factores obstétricos prevenibles y manejables como la atención prenatal adecuada y la identificación temprana de condiciones de riesgo en la prevención de parto pretérmino.

Por otro lado, el análisis realizado sobre los factores patológicos asociados al parto pretérmino mostró asociaciones significativas entre ciertas condiciones y el riesgo de parto pretérmino, destacando la infección urinaria (ORC = 2.5; IC 95%: 1.0 - 6.2), preeclampsia (ORC = 0.4; IC 95%: 0.3 - 0.5), anomalías placentarias (ORC = 0.4; IC 95%: 0.3 - 0.6), infección cervicovaginal (ORC = 5.1; IC 95%: 1.9 - 13.7) y diabetes (ORC = 6.8; IC 95%: 0.7 - 60.0). Estos resultados a nivel internacional coinciden con el estudio de Rutayisire, E, et al. (2023) quien identificó que la hipertensión durante el embarazo presentó (AOR = 4.40; IC 95%: 1.18 - 16.42), lo cual indica que están significativamente asociados al parto pretérmino. Schuster H, et. al (2022) el resultado de la infección de tracto urinario coincide con el hallazgo de esta investigación ya que en su estudio identificó a la infección de tracto urinario como un factor significativo ((ORa = 4.9; IC 95%: 1.7 - 13.9), así también Zhang Y, et al. (2022) resaltaron las anomalías placentarias como uno de los principales factores de riesgo para desarrollar parto pretérmino



(ORa = 4.242; IC 95%: 3.454 - 5.211). En comparación con antecedentes nacionales no hubo hallazgos que coincidan con el resultado. Es importante resaltar que los resultados de la investigación coinciden con múltiples estudios internacionales quienes resaltan la importancia de factores infecciosos y cervicovaginales y patologías gestacionales como la preeclampsia y anomalías placentarias, este análisis reafirma la necesidad de intervenciones temporales en la identificación y tratamiento de infecciones, así como en la prevención y manejo de comisiones como la diabetes y preeclampsia para reducir el riesgo de parto pretérmino.

En relación a la distribución de los partos pretérminos y a términos asociados a la edad materna los resultados obtenidos muestran que la mayoría de los partos pretérminos atendidos en el Hospital San Juan de Kimbiri durante el año 2023 ocurrieron en el grupo de gestantes de 20 a 35 años (23 casos, 57.5%), seguidos por las menores de 20 años (15 casos, 37.5%), mientras que el grupo de mayores de 35 años tuvo una mínima proporción de partos pretérminos (1 caso, 5%). Este patrón también se observó en los partos a término, con mayor frecuencia en el grupo de 20 a 35 años. Sin embargo, la proporción de partos pretérminos en relación al total es mayor en las gestantes menores de 20 años (37.5%), lo que evidencia una asociación potencial entre la edad materna joven y el parto pretérmino. Estos hallazgos coinciden con las investigaciones de Paredes K, (2022); Condori C, Vargas A, (2022) y Franco M, (2020) quienes demostraron que las edades extremas tanto menores de 20 años y mayores de 35 años representaron un factor de riesgo significativo para el parto pretérmino, por otro lado, este resultado no guardó relación con el estudio de García P, (2023) quien no encontró diferencias significativas en la variable edad como factor de riesgo para desarrollar parto pretérmino. Teniendo en cuenta los resultados se subrayan la importancia de las estrategias preventivas dirigidas a las edades extremas particularmente gestantes adolescentes, siendo el grupo as vulnerable para el desarrollo de la ocurrencia del parto pretérmino.

La prevalencia observada de parto pretérmino en el Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM – Cusco en 2023 fue del 5.3 %, Este valor se encuentra dentro del rango considerado moderado en comparación con estándares internacionales, aunque puede variar según las condiciones socioeconómicas, el acceso a servicios de salud materna, y la presencia de factores de riesgo obstétrico en la región. Estos hallazgos discrepan con el estudio de Rutayisire, E, et al. (2023), quienes reportaron una prevalencia de parto



pretérmino de 13.8 %, asimismo y Ayele T. y Moyehodie Y. (2023) identificaron una prevalencia de parto pretérmino de 13.2% en Etiopía, así también Nwankwo H, et al. (2022) y Zhang Y, et al. (2022) reportaron prevalencia de 17.5 y 48.1% de partos pretérminos, cifras altas que reflejan contextos donde las condiciones adversas como la desnutrición materna y trastornos hipertensivos tienen un impacto predominante. El resultado del estudio guardo relación con el estudio de Schuster H, et al. (2022) quien encontró una prevalencia moderada del 7.5%. Teniendo en cuenta el hallazgo de una prevalencia de 5.3 % de partos pretérminos en el hospital de San Juan de Kimbiri - VRAEM, el cual indica un contexto local relativamente más favorable en comparación con otros estudios, pero también plantea interrogantes sobre los factores protectores y el riesgo específico de esta población. La interpretación de esta prevalencia también puede guiar la planificación de intervenciones en salud pública, permitiendo identificar necesidades de mejora en control prenatal, educación materna y prevención de factores de riesgo asociados al **parto pretérmino**.

## CONCLUSIONES

Primero: En cuanto al objetivo general de la investigación se pudo demostrar que existen factores de riesgo asociados al pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM – Cusco, 2023.

Segundo: En relación al primer objetivo específico: se identificó que la edad materna < 20 años presentó una asociación estadísticamente significativa con la condición estudiada con el valor de  $P = 0,022$ . Sin embargo, otros factores como ocupación, estado civil, procedencia y antecedentes personales no mostraron asociaciones significativas, cabe resaltar que presentan un  $ORC > 1$  lo que indica posibles tendencias a mayor riesgo de padecer el evento.

Tercero: En relación al segundo objetivo específico: los resultados de la tabla concluyen que existen varios factores obstétricos significativamente asociados al parto pretérmino, como es el antecedente de parto pretérmino con  $ORC$ : de 8.2, número de atenciones prenatales menor o igual de 6 con  $ORC$ : 9.9, la ruptura prematura de membranas con un  $ORC$ : 5.5.

Cuarto: En relación al tercer objetivo específico: se identificó una asociación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) entre parto pretérmino y los siguientes factores: infección urinaria ( $p = 0.043$ ), preeclampsia ( $p = 0.021$ ), anomalías placentarias ( $p = 0.040$ ), diabetes gestacional ( $p = 0.048$ ),



desprendimiento prematuro de placenta – DPP ( $p = 0.040$ ), e infecciones cérvico-vaginales ( $p = 0.001$ ). Estos hallazgos indican que dichas condiciones médicas durante la gestación representan factores de riesgo clínicamente relevantes para el desarrollo de parto pretérmino.

Quinto: En relación al cuarto objetivo específico: se observó la distribución de partos pretérminos y a términos según la edad materna, donde se encontró que las gestantes menores a 20 años presentaron 36.2 % del total, con una mayor proporción de partos pretérminos (37.5%) frente a partos a términos (15%), por otro lado, las gestantes de 20-35 años presentaron una distribución más equilibrada y gestantes mayores de 35 años fue el grupo más reducido con 8.7 %.

Sexto: En relación al objetivo específico quinto: se demostró que la prevalencia de partos pretérminos en el Hospital San Juan de kimbiri VRAEM – Cusco, 2023 fue de 5.3 %, esto significa que, de cada 100 nacimientos, aproximadamente 5 recién nacidos nacen antes de las 37 semanas de gestación. Este dato se obtuvo considerando un total de 819 partos en el H.S,J,K-V, de las cuales 43 presentaron partos pretérminos.

### **Recomendaciones**

Dado que el parto pretérmino representa una problemática de salud pública en la región de Cusco-VRAEM, se recomienda que la Red de Salud implemente un enfoque integral y multidisciplinario para la prevención de esta condición, que involucre la capacitación continua del personal de salud y la promoción de la educación en salud reproductiva. Además, dado que muchas comunidades rurales tienen barreras lingüísticas, es esencial contar con personal traductor capacitado, que facilite la comunicación con gestantes.

Se recomienda a los profesionales de salud del Hospital, fortalecer charlas y campañas de educación en el embarazo dirigidas a gestantes jóvenes, especialmente a menores de 20 años, ya que presentó una asociación estadísticamente significativa con el parto pretérmino.

Al profesional de Obstetricia (Fortalecimiento de la Atención Prenatal Integral): Implementar políticas públicas que garanticen la atención prenatal temprana y continua, con énfasis en la detección y manejo oportuno de factores de riesgo como infecciones urinarias, antecedentes obstétricos y complicaciones maternas. Esto incluye capacitación constante al personal de salud en el VRAEM para mejorar la calidad del seguimiento gestacional.



La Red de Salud Cusco – VRAEM debe implementar programas educativos dirigidos a todas las gestantes y mujeres en edad fértil, con énfasis en la prevención de estilos de vida saludable e higiene preventiva. Además, la prevención de infección de tracto urinario e infecciones cervicovaginales debe incluir la promoción de una alimentación saludable, la actividad física, y el manejo del estrés, factores clave que influyen en la salud reproductiva y pueden reducir el riesgo de parto pretérmino.

Se recomienda la implementación de un sistema de vigilancia epidemiológica en el Hospital San Juan de Kimbiri que registre y monitoree los casos de parto pretérmino. Este sistema debe permitir un análisis continuo de la incidencia de partos pretérminos, la identificación de factores de riesgo y la evaluación de la efectividad de las intervenciones implementadas, proporcionando datos para la mejora de estrategias preventivas.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vogel J, Chawanpaiboon S, Moller A, Watananirun K, Bonet M, Lumbiganon P. La epidemiología global del parto prematuro. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, [Internet]. 2018 [citado el 10 de Mayo]; 52, 3–12. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.04.003>
2. Organización mundial de la salud. [Internet]. Nacimiento prematuro. OMS. 2023 [citado el 10 de Mayo 2024]; Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
3. Día Mundial del Niño Prematuro: El 7.5 % de nacimientos son prematuros en el Perú. Gob.pe. 2023. [citado el 6 de Mayo 2025]; Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/866060-dia-mundial-del-nino-prematuro-el-7-5-de-nacimientos-son-prematuros-en-el-peru>
4. Patel S, Ludmir J. Medicamentos para el tratamiento y la prevención del parto prematuro. *Clin Perinatol* [Internet]. 2019 [citado el 10 de mayo 2024];46(2):159–72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clp.2019.02.001>
5. Ferrer L, Laguna G, González P, García C. Caracterización de los partos pretérminos en el Hospital “Vladimir Ilich Lenin” de Holguín / Caracterización de los partos pretérmino en el



- Hospital “Vladimir Ilich Lenin” de Holguín. Archivos del Hospital Universitario “General Calixto García” [Internet]. 2023 [citado el 6 de febrero de 2025];11(3). Disponible en:  
<https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/1168>
6. Zerna C, Fonseca R, Viteri A, Zerna-Gavilanes C. Identificación de factores de riesgo de parto pretérmino. Caso Hospital Enrique C. Sotomayor. Rev Cienc UNEMI [Internet]. 2018 [citado el 15 de Mayo 2024]; 11(26):134–42. Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/journal/5826/582661257012/>
  7. Guevara E. La prematuridad: Un problema de salud pública. Rev Peru Investig Matern Perinat 2022 [citado el 15 de Mayo 2024]; 12(1): 7-8. Disponible en:  
<https://doi.org/10.33421/inmp.2022334>
  8. Ministerio de Salud. Nacimientos prematuros en el Perú, 2022 [Internet]. Lima Perú; 2022. [citado el 15 de Mayo 2024]; Disponible en:  
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/668468-nacimientos-prematuros-en-el-peru-se-incrementan-a-6-89-en-lo-que-va-del-2022>
  9. Ministerio de Salud. Centro nacional de epidemiología, prevención y control de enfermedades. [Internet]. 2022 [citado el 15 Mayo 2024]. Disponible en:  
<https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2022-11-16/ppt-cdc-minsa-jeannette-avila-15112022.pdf>
  10. Ministerio de Salud. Día Mundial del Niño Prematuro. 2023 [Internet]. Gob.pe. [citado el 15 de mayo 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/regioncusco-geresa/noticias/866765-dia-mundial-del-nino-prematuro-el-10-de-nacimientos-son-prematuros-en-el-cusco>
  11. Red de Salud Cusco VRAEM [Internet]. Gob.pe. 2023 [citado el 30 de Octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/munikimbiri>
  12. Goldenberg R, Culhane J, Iams J, Romero R. Epidemiología y causas del parto prematuro. Lancet [Internet]. 2008 [citado el 15 de mayo 2024];371(9606):75–84. Disponible en:  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60074-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60074-4)



13. Lorain P, Sibiude J, Kayem G. Parto prematuro: epidemiología, factores de riesgo y evaluación del riesgo en pacientes asintomáticas. EMC - Ginecol-Obstet [Internet]. 2023 [citado el 15 de mayo 2024];59(4):1–11. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1283-081x\(23\)48488-3](http://dx.doi.org/10.1016/s1283-081x(23)48488-3)
14. Griggs K, Hrelc D, Williams N, McEwen-Campbell M, Cypher R. Trabajo de parto y nacimiento prematuros: una revisión clínica: A clinical review. MCN Am J Matern Child Nurs [Internet]. 2020; [citado el 15 de Mayo 2024]; 45(6):328–37. Disponible en: <https://journals.lww.com/10.1097/NMC.0000000000000656>
15. Behrman RE, Butler AS, Instituto de Medicina (EE. UU.) Comité para la comprensión del nacimiento prematuro y la garantía de resultados saludables. Nacimiento prematuro: causas, consecuencias y prevención. Washington, DC: National Academies Press; 2007.
16. Humberg A, et al. Nacimiento prematuro e inflamación sostenida: consecuencias para el neonato. Semin Immunopathol. [Internet]. 2020 [citado el 15 de Mayo 2024];42(4):451–68. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00281-020-00803-2>
17. Rutayisire E, Mochama M, Ntihabose CK, Utumatwishima JN, Habtu M. Factores maternos, obstétricos y ginecológicos asociados con el parto prematuro en Ruanda: hallazgos de un estudio longitudinal nacional. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2023 [citado el 15 de Mayo 2024];23(1):365. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-023-05653-y>
18. Ayele T, Moyehodie Y. Prevalencia de partos prematuros y factores asociados entre madres que dieron a luz en hospitales públicos de la zona oriental de Gojjam, Etiopía. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2023 [citado el 16 de Mayo 2024];23(1):204. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-023-05517-5>
19. Schuster J, Peelen M, Hajenius P, Van Beukering M, van Eekelen R, Schonewille M, et al. Factores de riesgo de parto prematuro espontáneo entre mujeres embarazadas nulíparas sanas en los Países Bajos, un estudio de cohorte prospectivo. Representante de ciencias de la salud. [Internet]. 2022 [citado el 16 de Mayo 2024];5(3):585. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/hsr2.585>



20. Nwankwo H, Habtu M, Rutayisire E, Kalisa R. Prevalencia y factores asociados con el parto prematuro en un hospital de distrito rural, Ruanda. *Pan Afr Med J*. [Internet]. 2022 [citado el 16 de Mayo 2024];43:173. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11604/pamj.2022.43.173.34113>
21. Zhang Y, Shen J, Lin S, Lu C, Jiang H, Sun Y, et al. Factores de riesgo del parto prematuro: una encuesta multicéntrica de casos y controles en China en 2018. *J Paediatr Child Health* [Internet]. 2022 [citado el 16 de Mayo 2024];58(8):1396–406. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jpc.16002>
22. Garcia, P. Volumen plaquetario medio disminuido como factor de riesgo de parto pretérmino en gestantes con amenaza de parto pretérmino del Hospital Belén de Trujillo. [Tesis para optar el título profesional en internet]. Perú: Universidad privada Atenor Orrego, 2023. [citado el 13 de junio de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/10614>
23. Monier M. Grado de instrucción materna como factor de riesgo para parto pretérmino. Trujillo - Perú; 2022. [Tesis para optar el título profesional en internet]. Perú: 2022 [citado el 13 de Junio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/108438>
24. Ayala Peralta FD, Gonzales-Medina C, Minaya León P, Mejico Caja M, Morales Alvarado S, Valdivieso Oliva V, et al. Factores de riesgo para parto pretérmino idiopático según prematuridad. *Investigación Materno Perinatal* [Internet]. 2022 [citado el 14 de Junio de 2024];11(1):18–25. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/277>
25. Paredes, k. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes atendidas en un hospital de la Libertad en el periodo 2020-2022. [Tesis para optar el título profesional en internet]. Perú: Universidad Cesar Vallejo, 2022. [citado el 14 de Junio de 2024]. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/108646/Paredes\\_DKP-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/108646/Paredes_DKP-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
26. Franco, M. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Sergio E. Bernales en el periodo de julio a diciembre del 2019 [Tesis para optar el título profesional en Internet]. Perú: Universidad Privada San Juan Bautista, 2020. [citado el 14 de Junio de 2023]. Disponible en:



<http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/2583>

27. Carpio M, Siwin Y. Ansiedad y depresión asociados a partos prematuros en mujeres atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2018. [Tesis para optar el título profesional en Internet]. Perú: Universidad Andina del Cusco, 2019. [citado el 14 de Junio de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.uandina.edu.pe:443/handle/20.500.12557/2757>
28. Serrano J. Factores predisponentes del parto prematuro en Hospital de Apoyo Chepen [Tesis para optar el título profesional en Internet]. Lima – Perú: Grupo Educativo Universidad Privada de Ica, 2018. [citado el 13 de Junio de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.upica.edu.pe/handle/123456789/182>
29. Condori C, Vargas E. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el contexto de la pandemia por COVID-19. Hospital Antonio Lorena Cusco, 2021. [Tesis para optar el título profesional en Internet]. Perú: Universidad Andina del Cusco, 2022. [citado el 20 de Junio de 2024]. Disponible: <https://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/5312>
30. Organización mundial de la salud. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. [internet]. 2018. [citado el 06 de Mayo de 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
31. Cardona A, Cortés M, Velázquez N, Díaz M, Varela Y, Figueroa R. Proyecto de atención preventiva de mujeres con alto riesgo reproductivo. Perinatología y reproducción humana, 2017. [citado el 06 de Mayo de 2025]; 31(2), 96–104. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rprh.2017.11.001>
32. Determinantes sociales de la salud. El Honorable Marc Lalonde. Paho.org. [internet]. 2018. [citado el 06 de Mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/heroes-salud-publica/honorable-marc-lalonDe>
33. Mendoza L, Claros D, Mendoza L, Arias M, Peñaranda C. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. [Internet]. 2016, [citado el 06 de Mayo de 2025];81(4), 330–342. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/s0717-75262016000400012>



34. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. Boletín de Prácticas del ACOG N.º 142: Cerclaje para el tratamiento de la insuficiencia cervical. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2014 [citado el 20 de Junio de 2024];123(2 Pt 1):372–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000443276.68274.cc>
35. Ortiz R, Castillo A. Relación entre estrés durante el embarazo y nacimiento pretérmino espontáneo. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2016 [citado el 20 de Junio de 2024];45(2):75–83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.07.006>
36. Petraglia F, Imperatore A, Challis J. Mecanismos neuroendocrinos en el embarazo y el parto. *Endocr Rev* [Internet]. 2010 [citado el 20 de Junio de 2024];31(6):783–816. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1210/er.2009-0019>
37. Węgorzewska M, Nijagal A, Wong C, Le T, Lescano N, Tang Q, et al. La intervención fetal aumenta la conciencia de las células T maternas sobre el concepto extraño y puede provocar la muerte fetal inmunomediada. *J Immunol* [Internet]. 2014 [citado el 25 de Junio de 2024];192(4):1938–45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4049/jimmunol.1302403>
38. Rodríguez W. Infección urinaria gestacional como fuente de complicaciones perinatales y puerperales. *Biociencias* [Internet]. 2019 [citado el 25 de Junio de 2024];14(1):141–53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18041/2390-0512/biociencias.1.5341>
39. Leguizamón G, Smith J, Younis H, Nelson D, Sadovsky Y. Aumento de la actividad de la ciclooxigenasa amniótica tipo 2 en mujeres con parto prematuro asociado a gemelos o polihidramnios. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2001 [citado el 25 de Junio de 2024];184(2):117–22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1067/mob.2001.108076>
40. Tedesco R, Galvão R, Guida J, Passini-Júnior R, Lajos G, Nomura M, et al. El papel de la infección materna en el parto prematuro: evidencia del Estudio Multicéntrico Brasileño sobre Parto Prematuro (EMIP). *Clinics (Sao Paulo)* [Internet]. 2020 [citado el 25 de Junio de 2024];75(e1508):1508. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2020/e1508>
41. Muglia L, Benhalima K, Tong S, Ozanne S. Factores maternos durante el embarazo que influyen en los resultados maternos, fetales e infantiles. *BMC Med* [Internet]. 2022 [citado el 25 de Junio de 2024];20(1):418. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12916-022-02632-6>



42. Huertas E. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. Rev Perú Ginecol Obstet [Internet]. 2018 [citado el 25 de Junio de 2024];64(3):399–404. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v64i2104>
43. Diccionario de cáncer del NCI [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2011 [citado el 23 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/antecedentes-personales>
44. Jorge C, Constanza T. Manual de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2019 [citado el 25 de Junio de 2024]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>
45. Zavala-García A, Ortiz-Reyes H, Salomon-Kuri J, Padilla-Amigo C, Preciado Ruiz R. Periodo intergenésico: Revisión de la literature. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2018 [citado el 28 de Junio de 2024];83(1):52–61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000100052>
46. Narea V, Rodríguez K, Bohórquez M, Jiménez Valle G. Complicaciones maternas en pacientes con periodo intergenésico corto, Hospital Matilde Hidago de Procel. Pro ciencia [Internet]. 2021 [citado el 28 de Junio de 2024];4(33):62–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol4iss33.2020pp62-68>
47. Chavarría F. Risk factors related to childbirth in El Salvador. ALERTA Revista Científica del Instituto Nacional de Salud [Internet]. 2019 [citado el 28 de Junio de 2024];2(2):144–52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5377/alerta.v2i2.7922>
48. Gutiérrez M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. 2018 [citado el 28 de Junio de 2024];64(3):405–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v64i2105>
49. Tinuco R, Lissbeth J. Conducta obstétrica ante parto prematuro de 30,4 semanas de gestación con polihidramnios [Internet]. Babahoyo: UTB-FCS, 2022; 2022 [citado el 23 de junio de 2023]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/11581>



50. Petrozella L, Dashe J, McIntire D, Leveno K. Importancia clínica del índice de líquido amniótico limítrofe y el oligohidramnios en el embarazo prematuro. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2011 [citado el 23 de Julio de 2023];117(2 Pt 1):338–42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182056766>
51. Cáncer en español [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 1980 [citado el 23 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol>
52. Luna S, Martinovic T. Hipertensión y embarazo: revisión de la literatura. *Rev médica Clín Las Condes* [Internet]. 2023 [citado el 23 de Julio de 2023];34(1):33–43. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864023000081>
53. Loverro M, Damiani G, Di Naro E, Schonauer L, Laforgia N, Loverro M, et al. Análisis de la relación entre lesiones placentarias y resultado perinatal según criterios de Amsterdam: un estudio comparativo. *Acta Biomed* [Internet]. 2020 [citado el 23 de Julio de 2023];91(3):e2020061. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23750/abm.v91i3.8274>
54. Diabetes gestacional y embarazo [Internet]. Cdc.gov. 2020 [citado el 23 de Julio de 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/pregnancy/spanish/diabetes-gestational.html>
55. Contreras R, Enríquez R. Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. *Revista CONAMED* [Internet]. 2022 [citado el 29 de noviembre de 2024];27(S1): 27-31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35366/108520>
56. Paredes G, Emmanuel C. Anemia como factor de riesgo para parto pretérmino en el Hospital Regional de Loreto, durante el 2017 al 2019 [Tesis para optar título profesional en Internet]. Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2021 [citado el 23 de Julio de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/7604>
57. Espinoza J. Fisiopatología del síndrome de parto pretérmino. *Rev Peru Ginecol Obstet* [Internet]. 2018 [citado el 23 de Julio de 2023];54(1):15–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v54i1064>
58. Mendoza L, Claros D, Mendoza L, Arias M, Peñaranda C. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2016



- [citado el 25 de julio de 2023];81(4):330–42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000400012>
59. Green E, Arck P. Patogénesis del parto prematuro: inflamación bidireccional en la madre y el feto. *Semin Immunopathol* [Internet]. 2020 [citado el 23 de Julio de 2023];42(4):413–29. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00281-020-00807-y>
  60. Shenassa E, Widemann L, Hunt C. Depresión anteparto y parto prematuro: fisiopatología, epidemiología y disparidades debidas al racismo estructural. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2021 [citado el 23 de Julio de 2023];23(3):14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-021-01223-1>
  61. Ruoti M. Tocolíticas en el parto prematuro. *An Univ Nac Asunción* [Internet]. 2020 [citado el 23 de Julio de 2023];53(3):115–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18004/anales/2020.053.03.115>
  62. Organización mundial de la Salud. Nacimientos prematuros [Internet]. *Quien.int*: 2023 [citado el 13 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/preterm-birth>
  63. Organización mundial de la Salud. Recomendaciones para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva [Internet]. *Who.int*: 2028 [citado el 25 de Julio de 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
  64. Cunningham F, Leveno k, Bloom S, Dashe J, et al. *Williams Obstetricia*. Vigésimo quinta ed. Mexico: McGraw Hill Education; 412p.
  65. Hospital San Juan de Kimbiri de La Convención será recategorizado con nivel ii-1 [Internet]. *Gob.pe*. 2023 [citado el 29 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/regioncusco-geresa/noticias/919329-hospital-san-juan-de-kimbiri-de-la-convencion-sera-recategorizado-con-nivel-ii-1>
  66. Castro J, Gómez L, Camargo E. La investigación aplicada y el desarrollo experimental en el fortalecimiento de las competencias de la sociedad del siglo XXI. *Tecnura* [Internet]. 2023 [citado el 29 de noviembre de 2024];27(75):140–74. Disponible en:



<http://dx.doi.org/10.14483/22487638.19171>

67. Rodríguez A, Pérez A. Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. Rev Esc Adm Neg [Internet]. 2017 [citado el 29 de noviembre de 2024];(82):175–95. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21158/01208160.n82.2017.1647>
68. Soto A, Cvetkovic-Vega A. Estudios de casos y controles. Rev Fac Med Humana [Internet]. 2020 [citado el 29 de noviembre de 2024];20(1):138–43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i1.2555>
69. Supo, J. Seminario de investigación científica. [Internet]. Wordpress.com. 2014 [citado el 29 de noviembre de 2024]. Disponible en <https://ecobiouvm.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/08/sipro-sinopsis-del-libro.pdf>

