

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y OBSTÉTRICOS DE LA MADRE
ASOCIADOS AL RECIÉN NACIDO PREMATURO DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021-2025**

TESIS

Presentada por:

Bach. Fernando Alfredo Calizaya Peralta

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

TACNA – PERÚ

2026

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y OBSTÉTRICOS
DE LA MADRE ASOCIADOS AL RECIÉN NACIDO
PREMATURO DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, 2021-2025**

TESIS

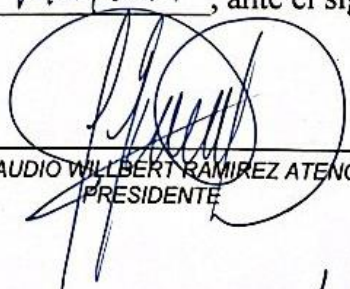
Presentada por:

Bach. Fernando Alfredo Calizaya Peralta

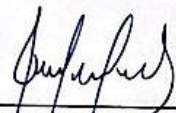
Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

Aprobada por Mayoría, ante el siguiente jurado


DR. CLAUDIO WILBERT RAMIREZ ATENCIO
PRESIDENTE


DR. JULIO AGUILAR VILCA
MIEMBRO


MGR. ALBERTO SAUL FLOR CHAVEZ
MIEMBRO


MGR. JAIME EDGAR VARGAS ZEBALLOS
ASESOR

CERTIFICADO DE PORCENTAJE DE SIMILITUD DEL INFORME FINAL DE TESIS

Yo, JAIME EDGAR VARGAS ZEBALLOS en condición de asesor acreditado por la Resolución de Facultad N° 14823-2026 - FACS-UNJBG del 08 de Abril del 2026, del trabajo de tesis titulada: "FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y OBSTÉTRICOS DE LA MADRE ASOCIADOS AL RECIÉN NACIDO PREMATURO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021-2025", presentado por el bachiller FERNANDO ALFREDO CALIZAYA PERALTA, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y similitud de trabajos de investigación y producción intelectual de la UNJBG; considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud TURNITIN, cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 4....%.

Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD de la tesis anunciado líneas arriba, la cual está expedita para continuar con los trámites para optar el título profesional de Médico Cirujano, según corresponda para su publicación en el Repositorio Institucional.

Tacna, 23 de Junio del 2026



FIRMA DEL ASESOR

Mgr. Jaime Edgar Vargas Zeballos



FIRMA DEL AUTOR

Bach. Fernando Alfredo Calizaya Peralta



DEDICATORIA

A Dios, luz y fortaleza en cada paso; por darme el valor necesario para sortear las dificultades y no rendirme jamás.

Con todo mi cariño y gratitud, a mis padres, Víctor y Rocío, cuyo ejemplo de entrega y perseverancia trazó el camino de mi vida y mis sueños.

A mi hermano mayor, pilar constante de apoyo y compañía, cuyo respaldo incondicional ha sido clave para alcanzar esta meta.

A los maestros que, con vocación y pasión, compartieron su conocimiento y contribuyeron a formar al profesional que hoy soy.

A todos ellos, mi más sincero reconocimiento, porque su influencia ha sido fundamental en mi crecimiento personal y académico.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer de manera especial a la Escuela de Medicina Humana y, muy especialmente, a su director, el Dr. Claudio Ramírez, cuyo liderazgo y visión transformadora marcaron un antes y después en mi formación dentro de esta hermosa profesión.

También deseo destacar la invaluable guía de mi asesor, Edgar Vargas Zeballos. Su conocimiento, dedicación y acertadas observaciones durante el desarrollo de esta tesis resultaron determinantes para alcanzar los objetivos planteados. Sin su acompañamiento, este logro no habría sido posible.

Por último, un agradecimiento profundo a mis amigos y compañeros. Sus palabras de aliento y su respaldo constante fueron mi mayor fortaleza en los momentos más desafiantes.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE.....	vi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	2
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.4. OBJETIVOS	4
1.5. HIPÓTESIS	5
CAPÍTULO II	5
MARCO TEÓRICO	5
2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	5
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	5
2.1.2 Antecedentes nacionales	14
2.1.3 Antecedentes locales	24
2.2. BASES TEÓRICAS	28
2.2.1. Nacimiento Prematuro.....	28
2.2.2. Vías Fisiopatológicas del Parto Prematuro	29
2.2.3. Edad Materna.....	30
2.2.4. Nivel Educativo Materno.....	31
2.2.5. Estado Civil	32
2.2.6. Ocupación	33
2.2.7. Área de residencia y altitud	34
2.2.8. Paridad.....	35
2.2.9. Controles prenatales	36
2.2.10. Estado nutricional materno	37
2.2.11. Anemia materna	38
2.2.12. Infección del tracto urinario	39
2.2.13. Vaginosi bacteriana	41

2.2.14. Preeclampsia	42
2.2.15. Antecedente de aborto	44
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	45
CAPÍTULO III	47
MARCO METODOLÓGICO	47
3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	47
3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO	47
3.3. VARIABLES.....	47
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	51
3.5. ACCIONES Y ACTIVIDADES	51
3.6. TRATAMIENTO DE DATOS.....	51
3.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	52
CAPÍTULO IV.....	53
DE LOS RESULTADOS.....	53
4.1. RESULTADOS	53
4.2. DISCUSIÓN.....	104
CONCLUSIONES	135
RECOMENDACIONES	136
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	137
ANEXOS.....	147
ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA	147
ANEXO 2: APROBACIÓN POR COMITÉ DE ÉTICA.....	148

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 01	Incidencia del recién nacido prematuro en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2021-2025.	53
Tabla N° 02	Grado de prematuridad del recién nacido prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2021-2025	55
Tabla N° 03	Edad de la madre como factor sociodemográfico asociado al recién nacido prematuro del hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2021-2025.	57
Tabla N° 04	Grado de instrucción de la madre como factor sociodemográfico asociado al recién nacido prematuro del hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2021-2025.	59
Tabla N° 05	Estado civil de la madre como factor sociodemográfico asociado al recién nacido prematuro del hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2021-2025.	61
Tabla N° 06	Ocupación de la madre como factor sociodemográfico asociado al recién nacido prematuro del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2021-2025.	63
Tabla N° 07	Gestas de la madre como factor obstétrico asociado al recién nacido prematuro del hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2021-2025.	65
Tabla N° 08	Paridad de la madre como factor obstétrico asociado al recién nacido prematuro del hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2021-2025.	67
Tabla N° 09	Controles prenatales de la madre como factor obstétrico asociado al recién nacido prematuro del hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2021-2025.	69
Tabla N° 10	Talla de la madre como factor obstétrico asociado al recién nacido prematuro del hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2021-2025.	71
Tabla N° 11	Índice de masa corporal de la madre como factor obstétrico asociado al recién nacido prematuro del hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2021-2025.	73
Tabla N° 12	Anemia de la madre como factor obstétrico asociado al recién nacido prematuro del hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2021-2025.	75
Tabla N° 13	Situación del producto como factor obstétrico asociado al recién nacido prematuro del hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2021-2025.	77

Tabla N° 14	Presentación del producto como factor obstétrico asociado al recién nacido prematuro del hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2021-2025.	79
Tabla N° 15	Infección del tracto urinario como factor obstétrico asociado al recién nacido prematuro del hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2021-2025.	81
Tabla N° 16	Vaginosis bacteriana de la madre como factor obstétrico asociado al recién nacido prematuro del hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2021-2025.	83
Tabla N° 17	Antecedente de aborto como factor obstétrico asociado al recién nacido prematuro del hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2021-2025.	85
Tabla N° 18	Antecedente de cesárea como factor obstétrico asociado al recién nacido prematuro del hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2021-2025.	87
Tabla N° 19	Antecedente de prematuridad como factor obstétrico asociado al recién nacido prematuro del hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2021-2025.	89
Tabla N° 20	Preeclampsia como factor obstétrico asociado al recién nacido prematuro del hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2021-2025.	91
Tabla N° 21	Antecedente de hipertensión de la madre como factor obstétrico asociado al recién nacido prematuro del hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2021-2025.	93
Tabla N° 22	Sexo como característica neonatal del recién nacido prematuro y a término en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2021-2025.	95
Tabla N° 23	APGAR al minuto 5 como característica neonatal del recién nacido prematuro y a término en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2021-2025.	98
Tabla N° 24	Peso para la edad gestacional como característica neonatal del recién nacido prematuro y a término en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2021-2025.	101

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 01	Incidencia del recién nacido prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2021-2025.	54
Gráfico N° 02	Distribución porcentual del grado de prematuridad del recién nacido prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2021-2025	56
Gráfico N° 03	Distribución porcentual de la edad de la madre según la edad gestacional del recién nacido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025.	58
Gráfico N° 04	Distribución porcentual del grado de instrucción de la madre según la edad gestacional del recién nacido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025.	60
Gráfico N° 05	Distribución porcentual del estado civil de la madre según la edad gestacional del recién nacido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025.	62
Gráfico N° 06	Distribución porcentual de la ocupación de la madre según la edad gestacional del recién nacido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025.	64
Gráfico N° 07	Distribución porcentual de las gestas de la madre según la edad gestacional del recién nacido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025.	66
Gráfico N° 08	Distribución porcentual de la paridad de la madre según la edad gestacional del recién nacido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025.	68
Gráfico N° 09	Distribución porcentual de los controles prenatales de la madre según la edad gestacional del recién nacido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025.	70
Gráfico N° 10	Distribución porcentual de la talla de la madre según la edad gestacional del recién nacido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025.	72
Gráfico N° 11	Distribución porcentual del Índice de Masa Corporal de la madre según la edad gestacional del recién nacido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025.	74
Gráfico N° 12	Distribución porcentual de la anemia de la madre según la edad gestacional del recién nacido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025.	76
Gráfico N° 13	Distribución porcentual de la situación del producto según la edad gestacional del recién nacido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025.	78
Gráfico N° 14	Distribución porcentual de la presentación del producto según la edad gestacional del recién nacido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025.	80

Gráfico N° 15	Distribución porcentual de la infección del tracto urinario de la madre según la edad gestacional del recién nacido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025.	82
Gráfico N° 16	Distribución porcentual de la vaginosis bacteriana de la madre según la edad gestacional del recién nacido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025.	84
Gráfico N° 17	Distribución porcentual del antecedente de aborto de la madre según la edad gestacional del recién nacido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025.	86
Gráfico N° 18	Distribución porcentual del antecedente de cesárea de la madre según la edad gestacional del recién nacido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025.	88
Gráfico N° 19	Distribución porcentual del antecedente de prematuridad según la edad gestacional del recién nacido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025.	90
Gráfico N° 20	Distribución porcentual de la preeclampsia de la madre según la edad gestacional del recién nacido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025.	92
Gráfico N° 21	Distribución porcentual del antecedente de hipertensión de la madre según la edad gestacional del recién nacido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025.	94
Gráfico N°22-A	Distribución porcentual del sexo como característica neonatal del recién nacido prematuro y a término en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025.	97
Gráfico N°22-B	Distribución porcentual anual del sexo como característica neonatal del recién nacido prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025.	97
Gráfico N°23-A	Distribución porcentual del APGAR al minuto 5 como característica neonatal del recién nacido prematuro y a término en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025.	100
Gráfico N°23-B	Distribución porcentual anual del APGAR al minuto 5 como característica neonatal del recién nacido prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025.	100
Gráfico N°24-A	Distribución porcentual del peso para la edad gestacional como característica neonatal del recién nacido prematuro y a término en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025.	103
Gráfico N°24-B	Distribución porcentual anual del peso para la edad gestacional como característica neonatal del recién nacido prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025.	103

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores sociodemográficos y obstétricos de la madre asociados al recién nacido prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2021-2025. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo y asociativo, basado en el análisis documental de los registros del Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. La población estuvo conformada por todas las pacientes cuya gestación culminó en parto de recién nacido vivo durante el periodo 2021-2025, considerando los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Para el análisis de los datos se utilizaron frecuencias absolutas y relativas; asimismo, se emplearon intervalos de confianza al 95 % y valor de p, considerando asociación estadísticamente significativa cuando p fue menor de 0,05. **Resultados:** Durante el periodo de estudio se registraron 10 803 nacimientos, de los cuales 697 correspondieron a recién nacidos prematuros, lo que representó una proporción global de 6,45 %. Según el grado de prematuridad, predominó el recién nacido prematuro tardío, con 70,16 %. Los factores sociodemográficos maternos evaluados no se asociaron al recién nacido prematuro. En cambio, dentro de los factores obstétricos, se identificó asociación con anemia materna, condición de multigesta y controles prenatales inadecuados. Respecto a las características neonatales, fueron más frecuentes el sexo masculino, el APGAR vigoroso al quinto minuto y el peso adecuado para la edad gestacional. **Conclusiones:** El porcentaje de recién nacidos prematuros en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2021-2025 fue de 6,45 %. Los factores sociodemográficos maternos no se asociaron con la prematuridad. Los factores obstétricos asociados fueron la anemia, la condición de multigesta y los controles prenatales inadecuados. Las características neonatales más frecuentes en los recién nacidos prematuros fueron el sexo masculino, el APGAR vigoroso y el peso adecuado para la edad gestacional.

Palabras clave: Recién nacido prematuro; prematuridad; factores obstétricos; anemia materna; control prenatal.

ABSTRACT

Objective: To determine the sociodemographic and obstetric maternal factors associated with preterm newborns at Hospital Hipólito Unanue of Tacna during the period 2021–2025. **Methodology:** A descriptive and associative study was conducted based on documentary analysis of records from the Perinatal Information System of Hospital Hipólito Unanue of Tacna. The study population consisted of all patients whose pregnancies ended in live births during the period 2021–2025, according to the established inclusion and exclusion criteria. Absolute and relative frequencies were used for data analysis. In addition, 95% confidence intervals and p-values were calculated, considering statistical significance when p was less than 0.05. **Results:** During the study period, 10,803 births were recorded, of which 697 corresponded to preterm newborns, representing an overall frequency of 6.45%. According to the degree of prematurity, late preterm newborns predominated, accounting for 70.16% of cases. Maternal sociodemographic factors were not associated with preterm newborns. However, among obstetric factors, maternal anemia, multigravidity, and inadequate prenatal care were associated with prematurity. Regarding neonatal characteristics, male sex, vigorous Apgar score at five minutes, and adequate weight for gestational age were the most frequent findings among preterm newborns. **Conclusions:** The frequency of preterm newborns at Hospital Hipólito Unanue of Tacna during the period 2021–2025 was 6.45%. Maternal sociodemographic factors were not associated with prematurity. The obstetric factors associated with preterm newborns were anemia, multigravidity, and inadequate prenatal care. The most frequent neonatal characteristics among preterm newborns were male sex, vigorous Apgar score, and adequate weight for gestational age.

Keywords: Preterm newborn; prematurity; sociodemographic factors; obstetric factors; maternal anemia; prenatal care.

INTRODUCCIÓN

La prematuridad constituye, en la actualidad, uno de los desafíos más apremiantes para la salud pública global, siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad en el periodo neonatal a nivel mundial (1). Se define clínicamente como el nacimiento que ocurre antes de completar las 37 semanas de gestación, interrumpiendo procesos críticos de maduración biológica (2). Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 15 millones de bebés nacen prematuramente cada año, lo que equivale a uno de cada diez nacimientos en el mundo (3). Esta condición no solo compromete la supervivencia inmediata, sino que impacta el potencial de desarrollo a largo plazo, aumentando el riesgo de discapacidades sensoriales, cognitivas y motoras (4).

En la región de las Américas, se registran anualmente 1,2 millones de nacimientos pretérmino, cuya atención demanda cuidados de alta complejidad para asegurar una calidad de vida libre de secuelas (5). En el contexto peruano, aunque históricamente la prevalencia se situaba en el 7,5%, datos actualizados al año 2024 revelan un incremento sostenido, alcanzando una prevalencia nacional del 7,7 % de los nacidos vivos (6). Este fenómeno es crítico para el sistema sanitario, pues las complicaciones de la prematuridad representan la principal causa de muerte neonatal en el país, responsables del 30,3 % de los fallecimientos en el año 2024 (7).

El Hospital Hipólito Unanue de Tacna (HHUT), como establecimiento de referencia de nivel III-1, atiende una alta proporción de gestantes con perfiles de riesgo elevado (8). La clasificación de la prematuridad en el nosocomio sigue los estándares internacionales: prematuros extremos (<28 semanas), muy prematuros (28 a <32 semanas) y prematuros moderados a tardíos (32 a <37 semanas) (9). Es relevante destacar que incluso en la prematuridad tardía, el cerebro fetal posee solo dos tercios del peso que tendría al término, lo que subraya la vulnerabilidad de estos neonatos (10).

Si bien la atención clínica se rige por normativas que priorizan la estabilidad térmica y nutricional, la reducción efectiva de estas tasas depende de la identificación precisa de los determinantes maternos (11). En consecuencia, la presente investigación busca analizar los factores sociodemográficos y obstétricos asociados, permitiendo al Hospital Hipólito Unanue fortalecer sus estrategias de prevención y mejorar los resultados perinatales en la región sur del Perú (12).

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

A pesar de los avances en medicina perinatal, la persistencia de tasas elevadas de prematuridad vinculadas a factores maternos no detectados oportunamente sigue siendo un problema grave en Tacna. Se ha reportado que la incidencia acumulada del recién nacido pretérmino fue de 7.1% durante los años 2017 y 2018. Según el Análisis de Situación de Salud regional, la mortalidad neonatal evitable está asociada en un 17,7 % a complicaciones de la gestación corta, cifra que se entrelaza con la calidad del control prenatal y el perfil de riesgo de la madre (13).

Los factores sociodemográficos configuran una base de vulnerabilidad crítica en la población del hospital. La edad materna en extremos reproductivos es un determinante clave; se ha identificado que las gestantes mayores de 35 años presentan una asociación significativa con el parto prematuro en comparación con madres jóvenes (14). Asimismo, el embarazo adolescente persiste como un factor asociado debido a la inmadurez biológica (15). A esto se suma el impacto de la dinámica migratoria en Tacna, donde se ha reportado que un 87,5 % de las gestantes extranjeras enfrentan inseguridad alimentaria y síntomas depresivos, factores que alteran el curso normal del embarazo (16).

Desde la perspectiva obstétrica, las complicaciones clínicas actúan como detonantes directos del parto pretérmino. En el Hospital Hipólito Unanue, la anemia gestacional afecta al 52,2 % de las gestantes con complicaciones perinatales, comprometiendo la oxigenación fetal. Otros factores clínicos con fuerte asociación estadística identificados en el entorno local incluyen la preeclampsia, la ruptura prematura de membranas y el embarazo múltiple, los cuales fuerzan frecuentemente la interrupción iatrogénica del embarazo. (17)

La efectividad del control prenatal (CPN) reenocado presenta brechas importantes. La norma peruana señala que la atención prenatal reenocada debe iniciarse idealmente antes de las 14 semanas y que la gestante debe recibir como mínimo seis atenciones durante la gestación (18,19). La ausencia o insuficiencia de control prenatal se ha asociado con mayor riesgo de parto pretérmino; sin embargo, esta deficiencia en el seguimiento, sumada al bajo nivel educativo materno y la falta de apoyo familiar, puede favorecer la progresión de infecciones

urinarias y vaginales, las cuales se asocian con inflamación, liberación de mediadores y mayor riesgo de parto pretérmino (20,21).

Finalmente, el impacto económico de este problema es sustancial. En el Perú, los recién nacidos pretérmino generan costos de hospitalización que superan los S/. 10 000 (22). Por tanto, es imperativo determinar con precisión cuáles son los factores asociados que están impulsando la prematuridad en el Hospital Hipólito Unanue durante el periodo 2021-2025 para orientar políticas de salud más eficientes.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Problema general

- ¿Cuáles son los factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos de la madre asociados al recién nacido prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2021-2025?

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Existe la necesidad de contar con datos locales actualizados que permitan optimizar la atención materna y neonatal en la región sur del Perú.

Desde el punto de vista social, la prematuridad impone una carga emocional y física considerable a las familias tacneñas debido a la incertidumbre sobre la salud del neonato (23). Los sobrevivientes tienen un riesgo mayor de enfrentar dificultades de aprendizaje y problemas de conducta durante la niñez (18). Clínicamente, este estudio es fundamental para fortalecer los protocolos de atención inmediata. Conocer el perfil de la madre permite al personal médico "anticiparse" a las necesidades de reanimación y estabilización del prematuro, reduciendo así el riesgo de secuelas neurológicas permanentes (24).

Científicamente, el estudio aporta evidencia sobre las variables como las características obstétricas de la madre en un hospital de tercer nivel (12). Estos datos son útiles para las guías de práctica clínica locales basadas en la realidad epidemiológica de la región (20). En cuanto a la gestión, la identificación de los factores de riesgo sociodemográficos permite a las autoridades de salud dirigir mejor los esfuerzos hacia la captación temprana de gestantes en las zonas de mayor vulnerabilidad (18).

El costo de atención de un recién nacido prematuro es significativamente más elevado que el de un bebé a término. En el Perú, se estima que la hospitalización de un prematuro de menos de 30 semanas puede generar un costo directo superior a los S/. 10,000. Al identificar y prevenir los factores que conducen a la prematuridad, se contribuye a la sostenibilidad del sistema de salud y se reduce la estancia hospitalaria prolongada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (22).

1.4. OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo general

- Determinar los principales factores sociodemográficos y obstétricos de la madre asociados al recién nacido prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2021-2025.

1.4.2 Objetivo específico

- Identificar el porcentaje del recién nacido prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el periodo 2021-2025.
- Determinar la asociación entre los factores sociodemográficos de la madre y el recién nacido prematuro y a término en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2021-2025.
- Determinar la asociación entre los factores obstétricos de la madre y el recién nacido prematuro y a término en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2021-2025.
- Describir las características neonatales de los recién nacidos prematuros y a término en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2021-2025.

1.5. HIPÓTESIS

- Los factores sociodemográficos de la madre asociados al recién nacido prematuro son la edad >34 años y el grado de instrucción primaria.
- Los factores obstétricos asociados al recién nacido prematuro son la anemia y la infección del tracto urinario.
- Las características neonatales más frecuentes en el recién nacido prematuro son la depresión neonatal y el bajo peso para la edad gestacional.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1 Antecedentes internacionales

Chavarría (25) realizó un estudio transversal analítico durante el año 2017 en El Salvador, a partir de los registros del Sistema Informativo Perinatal del sistema público de salud. La población estuvo conformada por 44 891 mujeres que recibieron atención del parto a nivel nacional. El objetivo fue caracterizar los factores de riesgo relacionados con el parto prematuro. En los resultados, 4252 mujeres presentaron parto prematuro, lo que representó 9,5 % del total de partos atendidos. Entre las mujeres con parto prematuro, el rango de edad fue de 17 a 49 años y la edad gestacional promedio fue de 34 semanas. Además, 3021 mujeres se encontraban en su primer embarazo, equivalente a 71 %; 4096 correspondieron a embarazos únicos, equivalente a 96,3 %; y 156 fueron embarazos múltiples, equivalente a 3,7 %. Respecto a las morbilidades, 124 mujeres con parto prematuro presentaron algún antecedente de morbilidad, equivalente a 2,9 %; 68 tuvieron antecedente de hipertensión arterial, equivalente a 1,6 %; 69 presentaron preeclampsia, equivalente a 1,6 %; 7 presentaron

eclampsia, equivalente a 0,2 %; y 67 tuvieron diabetes, equivalente a 1,6 %. Asimismo, la infección de vías urinarias al momento del parto se presentó en 298 mujeres con parto prematuro, equivalente a 7 %, mientras que la violencia se registró solo en 2 casos. En el análisis de asociación, las mujeres menores de 19 años y mayores de 35 años tuvieron mayor probabilidad de parto prematuro; el embarazo múltiple mostró una asociación importante, pues 59 % de las mujeres con embarazo múltiple presentó parto prematuro; además, el antecedente de diabetes incrementó más de cuatro veces el riesgo, la hipertensión arterial duplicó la probabilidad y la obesidad detectada en el primer control prenatal también se asoció con mayor frecuencia de prematuridad. La autora concluyó que el parto prematuro en El Salvador se relacionó principalmente con embarazo múltiple, enfermedades crónicas, antecedente obstétrico de preeclampsia, obesidad y edad materna inadecuada, especialmente en mujeres mayores de 35 años.

Rodríguez-Márquez et al. (26) realizaron un estudio descriptivo, correlacional y transversal de dos series de casos durante el periodo de enero a diciembre de 2012, en el Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, de Cienfuegos, Cuba. La población estuvo conformada por 678 gestantes, distribuidas en 226 mujeres con parto pretérmino entre 28 y 36,6 semanas y 452 mujeres con parto a término después de las 37 semanas. El objetivo fue identificar factores de riesgo asociados al parto pretérmino. En los resultados, las mujeres de 20 a 34 años predominaron tanto en el grupo pretérmino, con 63,3 %, como en el grupo a término, con 77,9 %; sin embargo, los extremos de edad mostraron diferencias significativas a favor del parto pretérmino. Respecto a escolaridad, el nivel secundario se presentó en 35 gestantes pretérmino, equivalente a 15,5 %, frente a 43 gestantes a término, equivalente a 9,5 %, con $\chi^2 = 4,71$ y $p = 0,030$. En hábitos tóxicos, el tabaquismo se observó en 41 gestantes pretérmino, equivalente a 18,1 %, y en 30 gestantes a término, equivalente a 6,6 %, con $\chi^2 = 20,06$ y $p = 0,000075$; mientras que el consumo de bebidas alcohólicas se presentó en 39 gestantes pretérmino, equivalente a 17,3 %, y en 32 gestantes a término, equivalente a 7,1 %, con $\chi^2 = 15,57$ y $p = 0,000079$. En antecedentes obstétricos, el parto pretérmino previo se identificó en 69 gestantes pretérmino, equivalente a 30,5 %, frente a 39 gestantes a término, equivalente a 8,6 %, con $\chi^2 = 52,34$ y $p = 0,0000$. Entre las enfermedades propias de la gestación, la preeclampsia se presentó en 70 gestantes pretérmino, equivalente a 31,0 %, y en 30 gestantes a término,

equivalente a 6,6 %, con $\chi^2 = 69,04$ y $p = 0,0000$; asimismo, el crecimiento intrauterino retardado se observó en 70 gestantes pretérmino, equivalente a 31,0 %, y en 48 gestantes a término, equivalente a 10,6 %, con $\chi^2 = 42,01$ y $p = 0,0000$. En las complicaciones durante el embarazo, la infección vaginal se registró en 139 gestantes pretérmino, equivalente a 61,5 %, frente a 174 gestantes a término, equivalente a 38,5 %, con $\chi^2 = 31,17$ y $p = 0,0000$; la infección urinaria se presentó en 139 gestantes pretérmino, equivalente a 61,5 %, y en 144 gestantes a término, equivalente a 31,9 %, con $\chi^2 = 53,24$ y $p = 0,0000$; y la ruptura prematura de membranas se encontró en 108 gestantes pretérmino, equivalente a 47,8 %, frente a 139 gestantes a término, equivalente a 30,8 %, con $\chi^2 = 18,15$ y $p = 0,0000$. Los autores concluyeron que la preeclampsia, el crecimiento intrauterino retardado, las infecciones urinarias, las infecciones vaginales, la ruptura prematura de membranas y los antecedentes de parto pretérmino mostraron asociación significativa con el parto pretérmino.

De Medeiros et al. (27) realizaron un estudio de casos y controles de base poblacional durante el año 2017 en la Escuela de Maternidad Januário Cicco, ubicada en Natal, Brasil. La población inicial estuvo conformada por 3915 nacidos vivos registrados en el Sistema de Información sobre Nacidos Vivos, de los cuales 1156 fueron prematuros y 2759 a término; luego de excluir registros incompletos, la muestra final quedó constituida por 3353 recién nacidos, distribuidos en 976 prematuros y 2377 a término. El objetivo fue verificar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en un hospital materno-infantil brasileño. En los resultados, las variables sociodemográficas maternas no mostraron asociación significativa con prematuridad: edad materna con $p = 0,142$, convivencia con pareja con $p = 0,964$, educación materna con $p = 0,285$ y raza/color con $p = 0,567$. En la historia reproductiva, el antecedente de uno a dos partos vaginales previos fue más frecuente en el grupo prematuro, con 301 casos, equivalente a 30,8 %, frente a 605 nacidos a término, equivalente a 25,5 %, con $p = 0,006$; asimismo, la ausencia de cesárea previa se observó en 784 prematuros, equivalente a 80,3 %, y en 1750 nacidos a término, equivalente a 73,6 %, con $p < 0,001$. En los factores gestacionales, el embarazo múltiple se presentó en 114 prematuros, equivalente a 11,7 %, frente a 50 nacidos a término, equivalente a 2,1 %, con $p < 0,001$; el control prenatal inadecuado se registró en 149 prematuros, equivalente a 15,3 %, y en 185 nacidos a término, equivalente a 7,8 %, con $p < 0,001$; la presentación anómala, podálica u hombro, se observó en 135 prematuros, equivalente a 13,8 %, frente a 105 nacidos a término,

equivalente a 4,4 %, con $p < 0,001$; y el parto vaginal se presentó en 408 prematuros, equivalente a 41,8 %, frente a 870 nacidos a término, equivalente a 36,6 %, con $p = 0,005$. En el análisis complementario, el modelo de historia reproductiva mostró asociación significativa con prematuridad, con $X^2 = 24,450$ y $p < 0,001$, mientras que el modelo de factores gestacionales también fue significativo, con $X^2 = 232,8$ y $p < 0,001$. Los autores concluyeron que el embarazo múltiple, el control prenatal inadecuado, las presentaciones anómalas y el antecedente de uno a dos partos vaginales previos fueron factores asociados al parto pretérmino.

Adugna (12) realizó un estudio transversal hospitalario entre febrero y abril de 2020 en tres hospitales de referencia seleccionados aleatoriamente en la región de Amhara, Etiopía. La población estuvo conformada por binomios madre–recién nacido atendidos en hospitales de referencia, y la muestra incluyó 482 pares madre–recién nacido seleccionados mediante muestreo sistemático. El objetivo fue determinar la prevalencia y los factores asociados al nacimiento pretérmino en recién nacidos de hospitales de referencia de la región de Amhara. En los resultados, la prevalencia de nacimiento pretérmino fue de 55 casos, equivalente a 11,4 %, mientras que 417 nacimientos fueron a término, equivalente a 86,5 %, y 10 fueron posttérmino, equivalente a 2,1 %. Respecto a las características maternas, 19 madres tenían menos de 20 años, equivalente a 3,9 %; 304 tenían entre 20 y 30 años, equivalente a 63,7 %; y 156 tenían 31 años o más, equivalente a 32,4 %. Además, 365 procedían de zona urbana, equivalente a 75,7 %, y 117 de zona rural, equivalente a 24,3 %. En las características obstétricas y médicas, 451 madres tuvieron control prenatal, equivalente a 93,4 %; 99 tuvieron menos de cuatro controles prenatales, equivalente a 21,9 %; 48 presentaron ruptura prematura de membranas, equivalente a 10 %; 55 presentaron preeclampsia, equivalente a 11,4 %; 65 tuvieron enfermedad médica crónica, equivalente a 13,5 %; 36 tuvieron antecedente de parto pretérmino, equivalente a 7,5 %; y 48 antecedente de óbito fetal, equivalente a 10 %. En el análisis de asociación, el estudio no reportó valores de chi cuadrado en la tabla final, pero sí consideró significancia estadística con $p < 0,05$. Los factores asociados significativamente al nacimiento pretérmino fueron edad materna menor de 20 años, preeclampsia, ruptura prematura de membranas, enfermedad médica crónica durante la gestación y antecedente de óbito fetal. El autor concluyó que el nacimiento pretérmino constituye un problema relevante de salud pública en los hospitales de referencia

de Amhara y que las intervenciones deben priorizar la detección y manejo oportuno de preeclampsia, ruptura prematura de membranas y enfermedades médicas crónicas durante el embarazo.

Van den Broek, Jean-Baptiste y Neilson (28) realizaron un estudio transversal secundario en Malawi durante el año 2013, utilizando datos de 2149 mujeres participantes en un ensayo controlado aleatorizado comunitario para la prevención de parto prematuro (APPLE trial, ISRCTN84023116), con edad gestacional determinada por ultrasonido en las primeras semanas de gestación. La población estuvo constituida por todas las mujeres que completaron el seguimiento y dieron a luz, y el objetivo del estudio fue identificar factores asociados al parto prematuro, incluyendo prematuros tempranos y tardíos. En los resultados, el antecedente de parto prematuro previo se observó en 13,2 % de los casos, el 6,1 % en controles; el intervalo entre embarazos menor de dos años ocurrió en 19,3 % de los casos y 7 % de los controles; la hipertensión inducida por el embarazo se presentó en 28,9 % de los casos y 8,5 % de los controles; la anemia se registró en 15,6 % de los casos y 12,6 % de los controles. Otros factores como la edad materna menor de 20 años estuvo presente en 11,3 % de los prematuros tempranos, y la malaria persistente en el 1,99 % de los casos tardíos. El estudio reportó chi cuadrado y p valor para estas variables y utilizó regresión logística multivariable como complemento para ajustar confusores, pero la significancia estadística principal se centró en los valores de $p < 0,05$ y frecuencias observadas. Los autores concluyeron que la prematuridad temprana estuvo asociada a anemia, edad materna menor de 20 años y antecedentes de parto prematuro previo, mientras que la prematuridad tardía se relacionó con malaria persistente y otros factores maternos.

Fajolu et al. (29) realizaron un análisis secundario de datos entre el 1 de septiembre de 2019 y el 31 de agosto de 2020 en 54 hospitales terciarios de referencia de Nigeria. La población procedió del programa Maternal Perinatal Database for Quality, Equity and Dignity y estuvo conformada por 69 698 mujeres admitidas para parto, aunque para el análisis secundario se incluyeron 65 649 neonatos con información disponible, de los cuales 11 244 fueron pretérmino y 54 405 fueron a término. El objetivo fue describir la incidencia y los factores sociodemográficos y clínicos asociados al parto pretérmino y a la mortalidad perinatal en neonatos pretérmino. En los resultados, de 62 383 nacidos vivos, 9547 fueron pretérmino, con una tasa de 153 por cada 1000 nacidos vivos. Además, 1697 nacidos pretérmino fueron mortinatos y representaron 52 % del

total de mortinatos, mientras que la mortalidad neonatal temprana en pretérminos fue de 451 casos de 9547 nacidos vivos pretérmino, equivalente a 47,2 por cada 1000 nacidos vivos pretérmino. En las características sociodemográficas, la edad materna menor de 20 años se presentó en 569 madres de recién nacidos pretérmino, equivalente a 5,5 %, frente a 1441 madres de recién nacidos a término, equivalente a 2,7 %, con $p < 0,001$; la edad materna de 35 años o más se observó en 1783 madres de pretérminos, equivalente a 17,1 %, frente a 8040 madres de nacidos a término, equivalente a 15,0 %. Asimismo, la ausencia de educación formal se registró en 1450 madres de pretérminos, equivalente a 13,9 %, frente a 4193 madres de nacidos a término, equivalente a 7,8 %, con $p < 0,001$. En las características obstétricas, los trastornos hipertensivos del embarazo se presentaron en 1871 madres de recién nacidos pretérmino, equivalente a 17,9 %, frente a 2873 madres de nacidos a término, equivalente a 5,3 %, con $p < 0,001$; la ausencia de control prenatal se identificó en 1747 madres de pretérminos, equivalente a 16,7 %, frente a 3874 madres de nacidos a término, equivalente a 7,2 %, con $p < 0,001$; y la referencia desde otro hospital público o privado se observó en 2816 madres de pretérminos, equivalente a 27,0 %, frente a 4696 madres de nacidos a término, equivalente a 8,7 %, con $p < 0,001$. Los autores concluyeron que el parto pretérmino y la mortalidad perinatal en Nigeria fueron elevados, y que los factores asociados incluyeron extremos de edad materna, ausencia de educación formal, falta de control prenatal, trastornos hipertensivos del embarazo y referencia desde otros establecimientos de salud.

Fetene et al. (17) realizaron un estudio de casos y controles no pareado entre el 1 de junio y el 1 de septiembre de 2020, en hospitales públicos del estado regional de Sidama, al sureste de Etiopía. La población fuente estuvo conformada por todas las madres que dieron a luz en hospitales públicos de la región, y la muestra incluyó 405 participantes, distribuidas en 135 casos de parto pretérmino y 270 controles de parto a término. El objetivo fue evaluar los factores asociados al parto pretérmino en madres atendidas en hospitales públicos de Sidama. En los resultados sociodemográficos, la residencia rural se presentó en 65 casos, equivalente a 48,2 %, frente a 75 controles, equivalente a 27,8 %, con $p = 0,005$; además, la ausencia de educación formal se observó en 55 casos, equivalente a 40,7 %, y en 60 controles, equivalente a 22,2 %, con $p = 0,001$. En las características obstétricas y sociales, el intervalo intergenésico menor de dos años se registró en 26 casos, equivalente a 19,3 %, frente a 19 controles, equivalente a 7 %, con $p = 0,001$; la ausencia de control prenatal se identificó en

41 casos, equivalente a 30,4 %, y en 35 controles, equivalente a 13 %, con $p = 0,001$; la hipertensión inducida por el embarazo se presentó en 39 casos, equivalente a 28,9 %, frente a 23 controles, equivalente a 8,5 %, con $p = 0,001$; la ruptura prematura de membranas se registró en 29 casos, equivalente a 21,5 %, frente a 18 controles, equivalente a 6,7 %, con $p = 0,001$; y la violencia física de pareja durante el embarazo se observó en 41 casos, equivalente a 30,4 %, frente a 23 controles, equivalente a 8,5 %, con $p = 0,001$. En las características médicas, los problemas médicos crónicos se diagnosticaron en 39 casos, equivalente a 28,9 %, y en 26 controles, equivalente a 9,6 %, con $p = 0,001$; asimismo, las infecciones urinarias se presentaron en 44 casos, equivalente a 32,6 %, frente a 30 controles, equivalente a 11,1 %, con $p = 0,001$. El estudio reportó comparación de perfiles mediante chi cuadrado, aunque las tablas presentan principalmente los valores de p y no los valores numéricos de χ^2 . Los autores concluyeron que el parto pretérmino fue más probable en mujeres residentes en zona rural, sin control prenatal, con infección urinaria, hipertensión inducida por el embarazo, problemas médicos crónicos, intervalo intergenésico menor de dos años y violencia física durante la gestación

Díaz-Granda y colaboradores (30) realizaron un estudio de casos y controles, con contrastación doble, en el Hospital Vicente Corral de Cuenca, Ecuador, durante el periodo 2016-2017. La población estuvo conformada por neonatos menores de una semana de vida nacidos en dicho hospital, y la muestra incluyó 160 casos de recién nacidos prematuros y 320 controles nacidos a término, seleccionados con dos controles de igual edad posnatal y sexo por cada caso. El objetivo fue identificar los factores fetales asociados a la prematuridad. En los resultados, 75,0 % de los casos correspondió a prematuros tardíos, mientras que en el grupo control 62,5 % fueron nacidos a término completos. Según la tabla basal, el sexo masculino se presentó en 78 casos, equivalente a 48,8 %, y en 156 controles, equivalente a 48,8 %, sin asociación significativa, con $\chi^2 = 0,100$ y $p = 0,752$. El peso de nacimiento menor de 2500 g se observó en 112 casos, equivalente a 70,0 %, frente a 14 controles, equivalente a 4,4 %, con $p = 0,000$. El peso pequeño para la edad gestacional se registró en 44 casos, equivalente a 27,5 %, y en 47 controles, equivalente a 14,7 %, con $p = 0,001$. La talla pequeña para la edad gestacional se presentó en 47 casos, equivalente a 29,4 %, y en 73 controles, equivalente a 22,8 %, sin asociación significativa, con $p = 0,235$. El perímetro cefálico pequeño para la edad gestacional se observó en 18 casos, equivalente a 11,3 %, y en 18 controles,

equivalente a 5,6 %, con $p = 0,003$. El índice ponderal pequeño para la edad gestacional se presentó en 32 casos, equivalente a 20,0 %, y en 45 controles, equivalente a 14,1 %, sin asociación significativa, con $p = 0,131$. En el análisis de factores asociados, la gemelaridad se encontró en 19 casos, equivalente a 11,9 %, y en 5 controles, equivalente a 1,6 %, con $p = 0,000$; el antecedente de hermano prematuro se registró en 27 casos, equivalente a 16,9 %, frente a 22 controles, equivalente a 6,9 %, con $p = 0,001$; y las malformaciones congénitas mayores se observaron en 3 casos, equivalente a 1,9 %, y en 3 controles, equivalente a 0,9 %, sin asociación significativa, con $p = 0,405$. Las autoras concluyeron que los factores fetales verdaderamente asociados a la prematuridad fueron la gemelaridad, el antecedente de hermano nacido pretérmino y el peso de nacimiento menor al percentil 10; mientras que el sexo del neonato y las malformaciones congénitas mayores no se asociaron con la prematuridad.

Zewde (31) realizó un estudio cuantitativo, institucional y transversal entre el 11 de abril y el 17 de mayo de 2019, en los hospitales públicos Jugel y Hiwot Fana Specialized University Hospital, ubicados en Harar, al este de Etiopía. La población fuente estuvo conformada por madres que dieron a luz en hospitales públicos de Harar, y la muestra incluyó 325 mujeres seleccionadas mediante muestreo sistemático. El objetivo fue evaluar la magnitud del parto pretérmino y los factores asociados en madres atendidas en dichos hospitales. En los resultados, el parto pretérmino se presentó en 81 mujeres, equivalente a 24,9 %, mientras que 244 correspondieron a nacimientos no pretérmino, equivalente a 75,1 %. En las características sociodemográficas, 19 madres tenían menos de 20 años, equivalente a 5,8 %; 200 tenían entre 21 y 30 años, equivalente a 61,5 %; y 106 tenían entre 31 y 40 años, equivalente a 32,7 %. Respecto a procedencia, 146 fueron urbanas, equivalente a 44,9 %, y 179 rurales, equivalente a 55,1 %. En las características obstétricas, 164 madres tuvieron intervalo intergenésico menor o igual a dos años, equivalente a 72,2 %; 82 presentaron embarazo múltiple, equivalente a 25,2 %; 85 tuvieron antecedente de parto pretérmino, equivalente a 26,8 %; 99 antecedente de aborto, equivalente a 30,5 %; 75 ruptura o drenaje de líquido antes del trabajo de parto, equivalente a 23,1 %; 75 antecedente de hipertensión inducida por el embarazo, equivalente a 23,1 %; y 84 antecedente de hemorragia anteparto, equivalente a 25,4 %. En los factores asociados, el antecedente de parto pretérmino se presentó en 36 mujeres con parto pretérmino, equivalente a 42,4 %, frente a 49 mujeres sin parto

pretérmino, equivalente a 57,6 %; la ausencia de control prenatal se observó en 21 pretérminos, equivalente a 24,7 %, frente a 64 no pretérminos, equivalente a 75,3 %; el intervalo intergenésico menor de 24 meses se registró en 55 pretérminos, equivalente a 24,3 %, frente a 171 no pretérminos, equivalente a 75,7 %; la hemorragia anteparto se presentó en 56 pretérminos, equivalente a 66,7 %, frente a 28 no pretérminos, equivalente a 33,3 %; la hemoglobina menor de 11 g/dl se observó en 26 pretérminos, equivalente a 26,5 %, frente a 72 no pretérminos, equivalente a 73,5 %; y el antecedente de enfermedad crónica se presentó en 27 pretérminos, equivalente a 25,7 %, frente a 78 no pretérminos, equivalente a 74,3 %. El estudio empleó análisis de chi cuadrado para establecer asociación, aunque la tabla no reporta valores exactos de χ^2 ni valores p individuales, sino que señala significancia estadística con $p \leq 0,05$. El autor concluyó que la prevalencia de parto pretérmino en los hospitales públicos de Harar fue elevada y que los factores significativamente asociados fueron ausencia de control prenatal, intervalo intergenésico menor de 24 meses, antecedente de hemorragia anteparto, enfermedad médica crónica y hemoglobina menor de 11 g/dl.

Mawolle y Moshi (32) realizaron un estudio transversal analítico entre abril y mayo de 2022 en hospitales públicos de la región de Mbeya, Tanzania. La población estuvo conformada por madres posparto con recién nacidos vivos dentro de las primeras 24 horas posteriores al nacimiento, atendidas en establecimientos de Mbeya urbano, Mbeya rural, Chunya, Kyela, Mbarali, Rungwe, Busokelo y Tukuyu. El objetivo fue identificar la prevalencia y los factores asociados al parto prematuro en dicha región. En los resultados, la prevalencia de prematuridad fue de 39,1 %, cifra superior a la proporción nacional considerada por los autores para el cálculo muestral. Según el establecimiento de salud, la prematuridad fue de 52 % en el Hospital Regional de Mbeya, 50 % en el Hospital Zonal de Mbeya, 47 % en Ifisi, 39 % en Kyela, 38 % en Mbarali, 31 % en Tukuyu, 29 % en Chunya y 13 % en Itete. En el análisis de asociación, se identificaron diferencias estadísticamente significativas para el intervalo intergenésico menor de 24 meses, con $p = 0,045$; el uso no efectivo de profilaxis contra malaria durante el embarazo, con $p = 0,008$; el embarazo gemelar, con $p < 0,001$; la violencia durante la gestación, con $p = 0,048$; la falta de apoyo social, con $p = 0,022$; y el consumo de pica durante el embarazo, con $p = 0,029$. Los autores concluyeron que la prematuridad fue elevada en la región estudiada y

que su ocurrencia se relacionó con factores obstétricos, infecciosos y psicosociales potencialmente modificables.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Obregón Manzur y Rodríguez Machuca (33) realizaron un estudio de casos y controles en el Hospital Regional de Loreto “Felipe Santiago Arriola Iglesias”, durante el periodo de enero a diciembre de 2022. La población estuvo conformada por gestantes que finalizaron en parto en dicho hospital, donde se registraron 3001 nacidos vivos; de ellos, 2472 fueron partos a término, equivalente a 82,4 %, 502 fueron partos pretérminos, equivalente a 16,7 %, y 27 fueron postérmino, equivalente a 0,9 %. La muestra incluyó 200 gestantes, distribuidas en 100 casos de parto pretérmino y 100 controles de parto a término, seleccionados mediante muestreo aleatorio simple. El objetivo fue determinar los factores asociados al parto pretérmino en madres atendidas en el hospital. En los resultados sociodemográficos, la edad adolescente se presentó en 37 casos, equivalente a 37 %, frente a 17 controles, equivalente a 17 %, con $p < 0,0001$; la edad materna avanzada se observó en 18 casos, equivalente a 18 %, y en 5 controles, equivalente a 5 %, con $p < 0,0001$; y la residencia rural se presentó en 52 casos, equivalente a 52 %, frente a 20 controles, equivalente a 20 %, con $p < 0,0001$. En los antecedentes obstétricos, el antecedente de aborto se registró en 39 casos, equivalente a 39 %, y en 14 controles, equivalente a 14 %, con $p < 0,0001$; mientras que tener menos de seis controles prenatales se observó en 69 casos, equivalente a 69 %, frente a 19 controles, equivalente a 19 %, con $p < 0,0001$. En las patologías maternas y complicaciones del embarazo, la hipertensión arterial se presentó en 17 casos, equivalente a 17 %, y en 2 controles, equivalente a 2 %, con $p < 0,0001$; la anemia se registró en 65 casos, equivalente a 65 %, frente a 26 controles, equivalente a 26 %, con $p < 0,0001$; la preeclampsia se presentó en 28 casos, equivalente a 28 %, y en 3 controles, equivalente a 3 %, con $p < 0,0001$; la ruptura prematura de membranas se observó en 30 casos, equivalente a 30 %, frente a 5 controles, equivalente a 5 %, con $p < 0,0001$; y la infección urinaria se presentó en 37 casos, equivalente a 37 %, y en 13 controles, equivalente a 13 %, con $p < 0,0001$. El estudio aplicó chi cuadrado para el análisis bivariado, aunque la tabla principal reporta frecuencias, porcentajes, OR, IC 95 % y valor de p , sin consignar el valor numérico de χ^2 . Los autores concluyeron que la edad materna, la residencia rural, el antecedente de abortos previos, la hipertensión arterial, los controles prenatales menores de seis, la preeclampsia, la anemia, la infección urinaria, el

bajo peso materno, el sobrepeso, la obesidad y la ruptura prematura de membranas fueron factores asociados al parto pretérmino.

Cerda Zuazo y López Martinelli (34) realizaron un estudio cuantitativo, observacional, analítico, retrospectivo y de casos y controles en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel A. Mariscal Llerena”, Perú, durante el año 2020. La población hospitalaria estuvo conformada por 2408 madres atendidas en dicho periodo, de las cuales 391 presentaron parto pretérmino, equivalente a 16,2%. La muestra estuvo integrada por 600 madres, distribuidas en 300 casos con parto pretérmino y 300 controles con parto a término, seleccionadas a partir de la base de datos del Servicio de Gineco-Obstetricia. El objetivo fue determinar los factores asociados al parto pretérmino en dicho hospital. En los resultados, la mediana de edad materna fue de 27 años; la edad adolescente menor de 19 años se presentó en 43 casos, equivalente a 14,3 %, y en 36 controles, equivalente a 12,0 %, sin asociación significativa, con $p = 0,398$. La procedencia de lugares diferentes a Huamanga se observó en 99 casos, equivalente a 33,0 %, frente a 73 controles, equivalente a 24,3 %, con $p = 0,012$. Respecto a los factores obstétricos, el control prenatal menor de seis atenciones se registró en 189 casos, equivalente a 63,0 %, y en 130 controles, equivalente a 43,3 %, con $p < 0,001$; asimismo, el parto por cesárea se presentó en 233 casos, equivalente a 77,7 %, frente a 92 controles, equivalente a 30,7 %, con $p < 0,001$. En las patologías maternas, la presencia de alguna patología se identificó en 225 casos, equivalente a 75,0 %, y en 170 controles, equivalente a 56,7 %, con $p < 0,001$. Entre las patologías específicas, la infección por SARS-CoV-2 se presentó en 32 casos, equivalente a 10,7 %, frente a 69 controles, equivalente a 23,0 %, con $p < 0,001$; la preeclampsia se observó en 61 casos, equivalente a 20,3 %, y en 20 controles, equivalente a 6,3 %, con $p < 0,001$; la ruptura prematura de membranas se registró en 52 casos, equivalente a 17,3 %, frente a 18 controles, equivalente a 6,0 %, con $p < 0,001$; y el oligohidramnios se presentó en 42 casos, equivalente a 14,0 %, y en 21 controles, equivalente a 7,0 %, con $p = 0,005$. El estudio utilizó chi cuadrado o prueba exacta de Fisher para comparar proporciones, aunque en las tablas principales se reportaron frecuencias, porcentajes, OR, IC 95 % y valor de p , sin consignar el valor numérico de χ^2 . Los autores concluyeron que los factores asociados al parto pretérmino fueron el control prenatal inadecuado, la preeclampsia y la ruptura prematura de membranas; mientras que la infección por SARS-CoV-2 se comportó como factor protector en el modelo multivariado.

Pariona Bautista (35) realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo, de casos y controles, en el Hospital Regional de Cañete, Perú, durante el año 2023. La población estuvo conformada por pacientes atendidas en el área de ginecología y obstetricia, y la muestra calculada mediante OpenEpi incluyó 172 historias clínicas, distribuidas en 86 casos con parto pretérmino y 86 controles con parto a término. El objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en pacientes atendidas en dicho hospital. En los resultados sociodemográficos, la edad menor de 18 años se presentó en 5 casos, equivalente a 2,9 %, y en 8 controles, equivalente a 4,7 %, con $p = 0,109$; mientras que la edad mayor de 35 años se observó en 19 casos, equivalente a 11,0 %, y en 13 controles, equivalente a 7,6 %, con $p = 0,442$. El IMC mayor de 30 se registró en 22 casos, equivalente a 12,8 %, frente a 7 controles, equivalente a 4,1 %, con $p = 0,005$; y la talla materna menor de 150 cm se presentó en 66 casos, equivalente a 38,4 %, frente a 85 controles, equivalente a 49,4 %, con $p = 0,001$. En los factores maternos, la atención prenatal de 1 a 6 veces se observó en 73 casos, equivalente a 42,4 %, frente a 13 controles, equivalente a 7,6 %, con $p < 0,001$; además, el texto del estudio señala que la paridad mayor a cinco partos se asoció significativamente con el parto pretérmino, con $p = 0,015$. En los factores patológicos, la infección urinaria se presentó en 6 casos, equivalente a 3,5 %, y en 5 controles, equivalente a 2,9 %, con $p = 0,755$; la enfermedad hipertensiva del embarazo se observó en 31 casos, equivalente a 18,0 %, y en 18 controles, equivalente a 10,5 %, con $p = 0,028$; la diabetes gestacional se registró en 2 casos, equivalente a 1,2 %, y en 4 controles, equivalente a 2,3 %, con $p = 0,406$; la amenaza de parto pretérmino se presentó en 20 casos, equivalente a 11,6 %, frente a 1 control, equivalente a 0,6 %, con $p < 0,001$; el desprendimiento prematuro de placenta se observó en 9 casos, equivalente a 5,2 %, y en 1 control, equivalente a 0,6 %, con $p = 0,009$; y la anemia se registró en 3 casos, equivalente a 1,7 %, frente a 27 controles, equivalente a 15,7 %, con $p < 0,001$. El estudio empleó chi cuadrado para evaluar la asociación, aunque las tablas reportan principalmente frecuencias, porcentajes, OR, IC 95 % y valor p , sin presentar el valor numérico de χ^2 . La autora concluyó que el IMC, la talla materna, la paridad mayor de cinco partos, la atención prenatal, la enfermedad hipertensiva del embarazo, la amenaza de parto pretérmino, el desprendimiento prematuro de placenta y la anemia mostraron asociación estadísticamente significativa con el parto pretérmino.

Bernuy Pajuelo (36) realizó un estudio analítico, observacional, retrospectivo, transversal y de casos y controles en el Hospital Santa Rosa de Lima, Perú, durante el periodo de enero a diciembre de 2024. La población estuvo conformada por gestantes atendidas en dicho hospital, y la muestra incluyó 255 historias clínicas, distribuidas en 85 gestantes con parto pretérmino y 170 gestantes con parto a término, con una relación casos–controles de 1:2. El objetivo fue determinar los factores asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa. En los resultados sociodemográficos, la edad de 18 a 35 años se presentó en 129 controles, equivalente a 75,9 %, y en 73 casos, equivalente a 85,9 %, con $p = 0,177$; la edad menor de 18 años se observó en 4 controles, equivalente a 2,3 %, y en 1 caso, equivalente a 1,2 %; mientras que la edad mayor de 35 años se registró en 37 controles, equivalente a 21,8 %, y en 11 casos, equivalente a 12,9 %. Respecto a procedencia, el área urbana se observó en 170 controles, equivalente a 100 %, y en 82 casos, equivalente a 96,5 %, mientras que la procedencia rural se presentó solo en 3 casos, equivalente a 3,5 %, con $p = 0,014$ y OR no calculable. En estado civil, la convivencia se registró en 104 controles, equivalente a 61,2 %, y en 53 casos, equivalente a 62,3 %, con $p = 0,107$; la condición de soltera se presentó en 41 controles, equivalente a 24,1 %, y en 23 casos, equivalente a 27,1 %; y la condición de casada en 25 controles, equivalente a 14,7 %, y en 7 casos, equivalente a 8,2 %. En grado de instrucción, la secundaria completa fue la categoría más frecuente, con 105 controles, equivalente a 61,8 %, y 59 casos, equivalente a 69,4 %, sin asociación significativa, con $p = 0,101$. En los factores maternos, la preeclampsia se presentó en 9 controles, equivalente a 5,3 %, y en 21 casos, equivalente a 24,7 %, con $p < 0,001$; el embarazo múltiple no se presentó en controles, pero sí en 16 casos, equivalente a 18,8 %, con $p < 0,001$ y OR no calculable; la amenaza de parto pretérmino se observó en 2 controles, equivalente a 1,2 %, y en 42 casos, equivalente a 49,4 %, con $p < 0,001$; la anemia se registró en 33 controles, equivalente a 19,4 %, y en 64 casos, equivalente a 75,3 %, con $p < 0,001$; la ruptura prematura de membranas se presentó en 25 controles, equivalente a 14,7 %, y en 20 casos, equivalente a 23,5 %, sin significancia estadística, con $p = 0,081$; y los controles prenatales menores de seis se observaron en 36 controles, equivalente a 21,2 %, y en 39 casos, equivalente a 45,9 %, con $p < 0,001$. En los factores fetales, la restricción del crecimiento intrauterino se registró en 6 controles, equivalente a 3,5 %, y en 21 casos, equivalente a 24,7 %, con $p < 0,001$; mientras que las malformaciones fetales se presentaron en 3 controles, equivalente a 1,76 %, y en 2 casos,

equivalente a 2,35 %, sin asociación significativa, con $p = 0,749$. La autora concluyó que el parto pretérmino se asoció principalmente con factores maternos y fetales, destacando preeclampsia, amenaza de parto pretérmino, anemia, embarazo múltiple, controles prenatales insuficientes y restricción del crecimiento intrauterino; en cambio, no se evidenció asociación relevante con los factores sociodemográficos principales.

Alvarez Ramos y Rojas Cerrón (37) realizaron un estudio observacional, cuantitativo, retrospectivo, analítico, de casos y controles, en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, ubicado en Huancayo, Junín, durante el periodo 2022-2023. La muestra estuvo conformada por 768 gestantes, distribuidas en 384 casos con parto pretérmino y 384 controles con parto a término, seleccionadas mediante muestreo aleatorio simple a partir de historias clínicas. El objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en mujeres gestantes atendidas en dicho hospital. En los resultados sociodemográficos, la edad materna menor de 20 años se presentó en 87 casos, equivalente a 22,51 %, y en 59 controles, equivalente a 15,44 %, con $p = 0,013$; en cambio, la edad de 20 a 34 años y la edad mayor o igual a 35 años no mostraron asociación significativa, con $p = 0,250$ y $p = 0,218$, respectivamente. En los factores gineco-obstétricos, el IMC pregestacional menor de 18,5 se registró en 42 casos, equivalente a 10,73 %, frente a 22 controles, equivalente a 5,49 %, con $p = 0,008$; el IMC pregestacional de 25,0 a 29,9 se observó en 114 casos, equivalente a 29,84 %, y en 70 controles, equivalente a 18,32 %, con $p = 0,001$; el embarazo múltiple se presentó en 39 casos, equivalente a 10,20 %, frente a 1 control, equivalente a 0,26 %, con $p = 0,000$; la multiparidad se registró en 141 casos, equivalente a 36,91 %, y en 114 controles, equivalente a 29,84 %, con $p = 0,038$; y las atenciones prenatales menores de seis se observaron en 261 casos, equivalente a 68,06 %, frente a 86 controles, equivalente a 22,25 %, con $p = 0,000$. En los factores patológicos, la placenta previa se presentó en 16 casos, equivalente a 3,95 %, y en 4 controles, equivalente a 0,78 %, con $p = 0,004$; la rotura prematura de membranas se registró en 73 casos, equivalente a 18,84 %, frente a 14 controles, equivalente a 3,40 %, con $p = 0,000$; y la preeclampsia se observó en 82 casos, equivalente a 21,20 %, y en 26 controles, equivalente a 6,54 %, con $p = 0,000$. El estudio no reportó valores numéricos de chi cuadrado en las tablas principales, pero presentó frecuencias, porcentajes, OR, IC 95 % y valores p para cada factor evaluado. Las autoras concluyeron que la edad materna menor de 20 años, el IMC pregestacional menor de 18,5, el IMC

pregestacional de 25,0 a 29,9, el embarazo múltiple, la multiparidad, las atenciones prenatales menores de seis, la placenta previa, la rotura prematura de membranas y la preeclampsia fueron factores asociados al parto pretérmino.

Cueva Velarde (38) realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo, de casos y controles, en la Clínica Adventista Good Hope, Lima, durante el periodo 2023-2024. La población estuvo conformada por gestantes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia de dicha institución, y la muestra incluyó 174 historias clínicas, distribuidas en 87 casos de parto prematuro y 87 controles de parto a término, seleccionadas aleatoriamente. El objetivo fue determinar los factores de riesgo maternos asociados al parto prematuro en gestantes atendidas en la clínica. En los resultados, la edad materna avanzada se presentó en 48 gestantes con parto prematuro, equivalente a 62,3 %, y en 29 gestantes sin parto prematuro, equivalente a 37,7 %, con $\chi^2 = 8,410$ y $p = 0,004$. El número inadecuado de controles prenatales se observó en 29 gestantes con parto prematuro, equivalente a 61,7 %, y en 18 gestantes sin parto prematuro, equivalente a 38,3 %, sin asociación estadísticamente significativa, con $\chi^2 = 3,527$ y $p = 0,060$. La ruptura prematura de membranas se registró en 33 gestantes con parto prematuro, equivalente a 84,6 %, frente a 6 gestantes sin parto prematuro, equivalente a 15,4 %, con $\chi^2 = 24,092$ y $p < 0,001$. La diabetes gestacional se presentó en 13 gestantes con parto prematuro, equivalente a 65,0 %, y en 7 gestantes sin parto prematuro, equivalente a 35,0 %, sin asociación significativa, con $\chi^2 = 2,034$ y $p = 0,154$. La preeclampsia se observó en 23 gestantes con parto prematuro, equivalente a 82,1 %, y en 5 gestantes sin parto prematuro, equivalente a 17,9 %, con $\chi^2 = 13,791$ y $p < 0,001$. La infección del tracto urinario se presentó en 42 gestantes con parto prematuro, equivalente a 51,9 %, y en 39 gestantes sin parto prematuro, equivalente a 48,1 %, sin asociación significativa, con $\chi^2 = 0,208$ y $p = 0,648$. La infección vaginal se registró en 33 gestantes con parto prematuro, equivalente a 40,7 %, frente a 48 gestantes sin parto prematuro, equivalente a 59,3 %, con $\chi^2 = 5,197$ y $p = 0,023$, aunque en el análisis multivariado perdió significancia estadística. La anemia materna se presentó en 36 gestantes con parto prematuro, equivalente a 73,5 %, y en 13 gestantes sin parto prematuro, equivalente a 26,5 %, con $\chi^2 = 15,028$ y $p < 0,001$. El autor concluyó que la ruptura prematura de membranas y la preeclampsia fueron los principales factores de riesgo maternos asociados al parto prematuro, seguidos de la edad materna avanzada y la anemia materna;

mientras que no se encontró asociación significativa con el número de controles prenatales, infección urinaria ni diabetes gestacional.

Reyes Aguirre (39) realizó un estudio cuantitativo, observacional, retrospectivo, analítico, de casos y controles, en un hospital de III nivel de la ciudad de Iquitos, Perú, durante el periodo 2020-2021. La población estuvo conformada por madres con recién nacidos pretérmino que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, y la muestra incluyó 312 historias clínicas, distribuidas en 104 madres con recién nacido prematuro y 208 madres con recién nacido a término. El objetivo fue determinar los factores maternos atribuibles a prematuridad en dicho hospital. En los resultados sociodemográficos, la edad menor de 19 años se presentó en 19 madres con recién nacido prematuro, equivalente a 54,3 %, y en 16 madres con recién nacido a término, equivalente a 45,7 %, con $p = 0,003$; mientras que la edad mayor de 34 años se observó en 13 prematuros, equivalente a 39,4 %, y en 20 nacidos a término, equivalente a 60,6 %, sin significancia estadística, con $p = 0,248$. La instrucción primaria se registró en 22 madres con recién nacido prematuro, equivalente a 57,9 %, y en 16 madres con recién nacido a término, equivalente a 42,1 %, con $p = 0,000$. El estado civil soltera se presentó en 4 madres con recién nacido prematuro, equivalente a 40,0 %, frente a 6 madres con recién nacido a término, equivalente a 60,0 %, con $p = 0,000$. En los antecedentes obstétricos, el antecedente de prematuridad se observó en 6 madres con recién nacido prematuro, equivalente a 75,0 %, y en 2 madres con recién nacido a término, equivalente a 25,0 %, con $p = 0,011$. El periodo intergenésico menor de dos años se presentó en 24 madres con recién nacido prematuro, equivalente a 45,3 %, y en 29 madres con recién nacido a término, equivalente a 54,7 %, con $p = 0,042$. El bajo peso pregestacional se registró en 24 madres con recién nacido prematuro, equivalente a 45,3 %, y en 29 madres con recién nacido a término, equivalente a 54,7 %, con $p = 0,042$. La ganancia de peso no adecuada en madres con bajo peso se presentó en 16 prematuros, equivalente a 59,3 %, y en 11 nacidos a término, equivalente a 40,7 %, con $p = 0,037$; mientras que la ganancia de peso no adecuada en madres con peso normal se observó en 19 prematuros, equivalente a 43,2 %, y en 25 nacidos a término, equivalente a 56,8 %, con $p = 0,034$. En cuanto a paridad, las nulíparas presentaron 23 recién nacidos prematuros, equivalente a 46,0 %, y 27 nacidos a término, equivalente a 54,0 %, con $p = 0,038$; las primíparas registraron 31 prematuros, equivalente a 43,1 %, y 41 nacidos a término, equivalente a 56,9 %, con $p = 0,046$. Las madres con

menos de seis atenciones prenatales presentaron 29 recién nacidos prematuros, equivalente a 43,9 %, y 37 nacidos a término, equivalente a 56,1 %, con $p = 0,039$. En la morbilidad materna, la anemia se presentó en 31 prematuros, equivalente a 51,7 %, y 29 nacidos a término, equivalente a 48,3 %, con $p = 0,041$; la infección del tracto urinario se registró en 26 prematuros, equivalente a 52,0 %, y 24 nacidos a término, equivalente a 48,0 %, con $p = 0,047$; y la preeclampsia se observó en 8 prematuros, equivalente a 44,4 %, y 10 nacidos a término, equivalente a 55,6 %, con $p = 0,022$. El estudio empleó la prueba de chi cuadrado para determinar significancia estadística, aunque las tablas reportan OR, riesgo atribuible y valor p , sin consignar el valor numérico de χ^2 . La autora concluyó que existen factores maternos y obstétricos que influyen en la prevalencia de prematuridad, destacando la edad adolescente, instrucción primaria, estado civil soltera, antecedente de prematuridad, periodo intergenésico menor de dos años, bajo peso pregestacional, ganancia de peso no adecuada, nuliparidad, primiparidad, menos de seis atenciones prenatales, anemia, infección urinaria y preeclampsia.

Ccorisoncco Cardenas, Gómez Alcarraz y Sulca Carbajo (40) realizaron un estudio cuantitativo, observacional, retrospectivo, analítico, de casos y controles, en el Hospital San Juan de Kimbiri, VRAEM-Cusco, durante el año 2023. La población estuvo conformada por gestantes atendidas en dicho hospital, donde se registraron 819 partos, de los cuales 43 fueron pretérminos, con una prevalencia institucional de 5,3 %. La muestra estuvo integrada por 80 gestantes, distribuidas en 40 casos con parto pretérmino y 40 controles con parto a término, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. El objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Kimbiri. En los resultados maternos, la edad menor de 20 años se presentó en 15 casos, equivalente a 37,5 %, y en 6 controles, equivalente a 15 %, con $p = 0,022$; mientras que la edad de 20 a 35 años se observó en 23 casos, equivalente a 57,5 %, y en 29 controles, equivalente a 72,5 %, sin asociación significativa, con $p = 0,160$. La procedencia rural se registró en 25 casos, equivalente a 62,5 %, frente a 19 controles, equivalente a 48 %, con $p = 0,178$; y el estado civil soltera se presentó en 11 casos, equivalente a 28 %, y en 7 controles, equivalente a 18 %, con $p = 0,284$. En los factores obstétricos, el antecedente de parto pretérmino se observó en 7 casos, equivalente a 18 %, y en 1 control, equivalente a 3 %, con $p = 0,025$; las atenciones prenatales menores de seis se presentaron en 21 casos, equivalente

a 52,5 %, frente a 4 controles, equivalente a 10 %, con $p = 0,000$; el embarazo múltiple se registró en 4 casos, equivalente a 10 %, y en ningún control, con $p = 0,040$; y la ruptura prematura de membranas se presentó en 9 casos, equivalente a 22 %, frente a 2 controles, equivalente a 5 %, con $p = 0,023$. En los factores patológicos, la infección urinaria se observó en 27 casos, equivalente a 68 %, y en 18 controles, equivalente a 45 %, con $p = 0,043$; la preeclampsia se presentó en 5 casos, equivalente a 13 %, y en ningún control, con $p = 0,021$; las anomalías placentarias se registraron en 4 casos, equivalente a 10 %, y en ningún control, con $p = 0,040$; la diabetes gestacional se observó en 6 casos, equivalente a 15 %, y en 1 control, equivalente a 3 %, con $p = 0,048$; el desprendimiento prematuro de placenta se presentó en 4 casos, equivalente a 10 %, y en ningún control, con $p = 0,040$; y la infección cervicovaginal se registró en 24 casos, equivalente a 60 %, frente a 9 controles, equivalente a 23 %, con $p = 0,001$. El estudio empleó chi cuadrado de Pearson para el análisis bivariado y regresión logística binaria para el análisis multivariado, aunque las tablas reportaron frecuencias, porcentajes, OR, IC 95 % y valores p , sin consignar el valor numérico de χ^2 . Las autoras concluyeron que la edad materna menor de 20 años, el antecedente de parto pretérmino, las atenciones prenatales menores de seis, el embarazo múltiple, la ruptura prematura de membranas, la infección urinaria, la preeclampsia, las anomalías placentarias, la diabetes gestacional, el desprendimiento prematuro de placenta y la infección cervicovaginal se asociaron significativamente con el parto pretérmino.

Murguía-Ricalde, Indacochea-Cacéda, Roque Quezada y De La Cruz-Vargas (41) realizaron un estudio analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles, en el Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú, durante el periodo 2018-2019. La población estuvo conformada por gestantes adolescentes atendidas en dicho hospital, y la muestra incluyó 180 gestantes de 10 a 19 años, distribuidas en 60 casos con parto prematuro y 120 controles con parto a término. El objetivo fue determinar los factores de riesgo maternos que predisponen al parto prematuro en gestantes adolescentes. En los resultados, la edad materna promedio fue de 17,49 años; además, 129 gestantes se encontraron en adolescencia tardía de 17 a 19 años, equivalente a 71,7 %, y 51 gestantes en adolescencia media de 14 a 16 años, equivalente a 28,3 %. En el grupo con parto prematuro, 45 gestantes tuvieron entre 17 y 19 años, equivalente a 75,0 %, y 15 tuvieron entre 14 y 16 años, equivalente a 25,0 %. Respecto a la anemia, 35 casos presentaron anemia, equivalente a 58,3 %, frente a 46 controles,

equivalente a 38,3 %, con $\chi^2 = 6,465$ y $p = 0,011$. La ruptura prematura de membranas se presentó en 15 casos, equivalente a 25,0 %, y en 25 controles, equivalente a 20,8 %, sin asociación significativa, con $\chi^2 = 0,402$ y $p = 0,526$. La infección vaginal se observó en 6 casos, equivalente a 10,0 %, y en 6 controles, equivalente a 5,0 %, sin asociación significativa, con $\chi^2 = 1,607$ y $p = 0,205$. La infección del tracto urinario se registró en 13 casos, equivalente a 21,7 %, frente a 9 controles, equivalente a 7,5 %, con $\chi^2 = 7,483$ y $p = 0,006$. La preeclampsia se presentó en 8 casos, equivalente a 13,3 %, y en 5 controles, equivalente a 4,2%, con $\chi^2 = 5,016$ y $p = 0,025$. En el análisis multivariado, la anemia mantuvo asociación significativa con $p = 0,030$, la infección del tracto urinario con $p = 0,005$ y la preeclampsia con $p = 0,032$. Los autores concluyeron que los factores maternos asociados con mayor riesgo de parto prematuro en gestantes adolescentes fueron la anemia, la infección del tracto urinario y la preeclampsia; mientras que no se encontró asociación estadísticamente significativa con la infección vaginal ni con la ruptura prematura de membranas.

Toro-Huamanchumo et al. (42) realizaron un estudio de casos y controles retrospectivo en un hospital público de Trujillo, Perú, durante el periodo comprendido entre enero de 2015 y enero de 2019. La población estuvo conformada por recién nacidos vivos atendidos en dicho hospital, cuyas madres recibieron atención prenatal en el mismo establecimiento o en centros de salud asociados a la red microrregional. Según el reporte estadístico institucional, se registraron 8582 nacimientos durante el periodo de estudio; de estos, se seleccionaron aleatoriamente 1000 recién nacidos pretérmino para el grupo de casos y 1000 recién nacidos a término para el grupo control. El objetivo fue identificar los factores maternos asociados a prematuridad. En los resultados bivariados, la edad materna no presentó asociación significativa con prematuridad, con $p = 0,231$; las madres adolescentes correspondieron a 150 casos, equivalente a 7,5 %, y 160 controles, equivalente a 8,0 %; las adultas jóvenes fueron 811 casos, equivalente a 40,6 %, y 814 controles, equivalente a 40,7 %; y las adultas maduras fueron 39 casos, equivalente a 2,0 %, y 26 controles, equivalente a 1,3 %. La paridad sí mostró asociación estadísticamente significativa, con $p = 0,033$; las primíparas fueron 353 casos, equivalente a 17,7%, y 344 controles, equivalente a 17,2 %; las multíparas fueron 524 casos, equivalente a 26,2 %, y 566 controles, equivalente a 28,3 %; y las gran multíparas fueron 123 casos, equivalente a 6,2 %, y 90 controles, equivalente a 4,5 %. El nivel educativo no presentó asociación significativa, con $p = 0,140$; mientras que

el número de controles prenatales sí se asoció significativamente con prematuridad, con $p < 0,001$. En esta variable, tener de cero a cuatro controles prenatales se observó en 628 casos, equivalente a 31,4 %, y en 387 controles, equivalente a 19,4 %; tener de cinco a nueve controles se presentó en 356 casos, equivalente a 17,8 %, y en 508 controles, equivalente a 25,4 %; y tener nueve controles a más se registró en 16 casos, equivalente a 0,8 %, frente a 105 controles, equivalente a 5,3 %. El índice de masa corporal pregestacional no mostró asociación significativa, con $p = 0,654$. La infección del tracto urinario se asoció significativamente con prematuridad, con $p = 0,013$; se reportó ausencia de infección en 844 casos, equivalente a 42,2 %, y en 882 controles, equivalente a 44,1 %, mientras que la presencia de infección se registró en 156 casos, equivalente a 7,8 %, y en 118 controles, equivalente a 5,9 %. El estudio empleó chi cuadrado para variables categóricas, aunque la tabla no consignó el valor numérico de χ^2 y reportó principalmente frecuencias, porcentajes y valor p . En el análisis multivariado, el número de controles prenatales menor de cuatro se mantuvo asociado a prematuridad, con $p < 0,001$; asimismo, la ausencia de infección del tracto urinario se asoció con menor riesgo de prematuridad, con $p = 0,021$. Los autores concluyeron que el número de controles prenatales constituye un factor asociado importante para parto prematuro, mientras que la ausencia de infección urinaria puede relacionarse con una menor tasa de prematuridad en gestantes de riesgo.

2.1.3 Antecedentes locales

Parra Velarde (43) realizó un estudio retrospectivo de casos y controles en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el periodo enero de 2010 a diciembre de 2012. La población estuvo conformada por los partos de recién nacidos vivos atendidos en dicho hospital, registrándose 11 522 nacimientos, de los cuales 642 fueron pretérminos y 10 880 a término, con una incidencia de 56 recién nacidos prematuros por cada 1000 nacidos vivos. La muestra incluyó 600 gestantes, distribuidas en 200 casos con parto pretérmino y 400 controles con parto a término. El objetivo fue determinar los factores de riesgo maternos, fetales y sociodemográficos asociados al parto pretérmino. En los resultados maternos, la edad menor de 18 años se presentó en 75 casos, equivalente a 37,5 %, y en 64 controles, equivalente a 16,0 %, mostrando asociación estadística con el parto pretérmino. El antecedente de parto pretérmino se registró en 24 casos, equivalente a 12,0 %, frente a 12 controles, equivalente a 3,0 %. El periodo intergenésico menor de dos años se observó en 92 casos, equivalente a 46,0 %,

y en 110 controles, equivalente a 27,5 %. La ganancia de peso menor de 8 kg se presentó en 32 casos, equivalente a 16,0 %, frente a 31 controles, equivalente a 7,8 %. La preeclampsia se registró en 14 casos, equivalente a 7,0 %, y en 12 controles, equivalente a 3,0 %; mientras que la ruptura prematura de membranas se presentó en 15 casos, equivalente a 7,5 %, frente a 2 controles, equivalente a 0,5 %. En los factores fetales, el embarazo gemelar se observó en 10 casos, equivalente a 5,0 %, y en 2 controles, equivalente a 0,5 %. En los factores sociodemográficos, el estado civil soltera se presentó en 158 casos, equivalente a 79,0 %, y en 256 controles, equivalente a 64,0 %. El nivel de instrucción secundaria fue el más frecuente en ambos grupos, con 152 casos, equivalente a 76,0 %, y 293 controles, equivalente a 73,3 %, sin asociación significativa. Respecto a la ocupación, la condición de agricultora se registró en 18 casos, equivalente a 9,0 %, y en 11 controles, equivalente a 2,8 %, mostrando asociación estadística. El estudio no consignó valores numéricos de chi cuadrado ni p valor en las tablas principales, sino frecuencias, porcentajes, OR e IC 95 %. El autor concluyó que los factores asociados al parto pretérmino fueron edad materna menor de 18 años, antecedente de parto prematuro, periodo intergenésico menor de dos años, ganancia de peso menor de 8 kg, preeclampsia, ruptura prematura de membranas, embarazo gemelar, estado civil soltera y ocupación agricultora.

Chávez Pacoricona (44) realizó un estudio retrospectivo, transversal, observacional, de casos y controles, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna-MINSA, durante el periodo 2011-2015. La población estuvo conformada por 17 296 gestantes atendidas en dicho hospital, identificándose 1120 recién nacidos pretérmino, con una incidencia de 65 por cada 1000 recién nacidos vivos. La muestra incluyó 123 casos con parto pretérmino y 246 controles con parto a término, con una relación de dos controles por cada caso. El objetivo fue determinar los principales factores maternos asociados al parto pretérmino. En los resultados, la prematuridad leve de 32 a 36 semanas fue la más frecuente, con 103 casos, equivalente a 83,7 %; mientras que la prematuridad extrema de 22 a 27 semanas y la prematuridad moderada de 28 a 31 semanas registraron 10 casos cada una, equivalente a 8,1 % respectivamente. En los factores sociodemográficos, la edad de 20 a 34 años se presentó en 83 casos, equivalente a 67,5 %, y en 112 controles, equivalente a 45,5 %, con $p = 0,000$; en cambio, la edad de 35 años a más se observó en 34 casos, equivalente a 27,6 %, y en 111 controles, equivalente a 45,1 %, con $p = 0,001$. Respecto a la

procedencia, la residencia urbana predominó en ambos grupos, con 117 casos, equivalente a 95,1 %, y 238 controles, equivalente a 96,7 %, sin asociación significativa, con $p = 0,441$. En el estado civil, la convivencia fue la categoría más frecuente, con 96 casos, equivalente a 78,0 %, y 178 controles, equivalente a 72,4 %, sin significancia estadística, con $p = 0,239$. En los factores culturales, el nivel de instrucción secundaria se presentó en 78 casos, equivalente a 63,4 %, y en 156 controles, equivalente a 63,4 %, con $p = 1,000$. La ocupación ama de casa se registró en 54 casos, equivalente a 43,9 %, frente a 59 controles, equivalente a 24,0 %, con $p = 0,000$; mientras que la ocupación comerciante se observó en 9 casos, equivalente a 7,3 %, y en 64 controles, equivalente a 26,0 %, con $p = 0,000$. El antecedente de parto pretérmino se presentó en 13 casos, equivalente a 10,6 %, y en 6 controles, equivalente a 2,4 %, con $p = 0,001$. En los factores gineco-obstétricos, las gestantes con infección del tracto urinario representaron 35 % de los casos y 15 % de los controles; el control prenatal inadecuado menor o igual a seis controles se observó en 81,3 % de los casos y 63 % de los controles; y la anemia moderada se presentó en 30,1 % de los casos, mientras que la anemia severa alcanzó 12,2 %. Asimismo, el embarazo múltiple se registró en 4 casos, equivalente a 3,3 %, y en 2 controles, equivalente a 0,8 %, con $p = 0,081$; la preeclampsia severa se presentó en 3 casos, equivalente a 2,4 %, y en 1 control, equivalente a 0,4 %, con $p = 0,025$; y la ruptura prematura de membranas se observó en 2 casos, equivalente a 1,6 %, y en 1 control, equivalente a 0,4 %, sin asociación significativa, con $p = 0,219$. El estudio no reportó valores numéricos de chi cuadrado en las tablas principales, sino frecuencias, porcentajes, OR, IC 95 % y valor p. El autor concluyó que los factores asociados al parto pretérmino fueron la edad de 20 a 34 años, los hábitos nocivos como tabaco y café, la ocupación ama de casa, el antecedente de parto prematuro, los trastornos hipertensivos del embarazo, el bajo IMC al inicio de la gestación, el embarazo múltiple, la anemia materna, la infección urinaria y los controles prenatales inadecuados.

Florez Condori (45) realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal, de casos y controles, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna-MINSA, durante el periodo 2017-2018. La población estuvo conformada por 6825 partos registrados en el Sistema Informático Perinatal, de los cuales 482 fueron partos pretérmino, con una incidencia de 7,1 %. Luego de aplicar los criterios de selección, la muestra quedó constituida por 476 casos con parto pretérmino y 952 controles con parto a término, con una relación de un caso por dos controles.

El objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en dicho hospital. En los resultados, la prematuridad moderada a tardía fue la más frecuente, con 394 casos, equivalente a 81,7 %; seguida por los muy prematuros, con 50 casos, equivalente a 10,4 %; y la prematuridad extrema, con 38 casos, equivalente a 7,9 %. En los factores sociodemográficos, la edad materna mayor de 35 años se presentó en 108 casos, equivalente a 22,7 %, y en 149 controles, equivalente a 15,7 %, con $\chi^2 = 10,936$ y $p = 0,004$; mientras que el nivel de instrucción secundaria fue el más frecuente en ambos grupos, con 289 casos, equivalente a 60,7 %, y 618 controles, equivalente a 64,9 %, sin asociación significativa, con $\chi^2 = 5,051$ y $p = 0,168$. El estado civil conviviente también predominó en ambos grupos, con 354 casos, equivalente a 74,4 %, y 744 controles, equivalente a 78,2 %, sin asociación significativa, con $\chi^2 = 2,555$ y $p = 0,279$. En las medidas antropométricas, la talla materna de 1,50 a 1,60 metros se observó en 264 casos, equivalente a 55,5 %, y en 601 controles, equivalente a 63,1 %, con $\chi^2 = 7,822$ y $p = 0,020$; mientras que el IMC pregestacional mayor de 25 se presentó en 284 casos, equivalente a 59,7 %, y en 555 controles, equivalente a 58,3 %, sin asociación significativa, con $\chi^2 = 2,775$ y $p = 0,250$. En los antecedentes maternos, el antecedente de preeclampsia se registró en 13 casos, equivalente a 2,7 %, frente a 5 controles, equivalente a 0,5 %, con $\chi^2 = 12,406$ y $p = 0,000$. En las condiciones obstétricas, la preeclampsia se presentó en 104 casos, equivalente a 21,8 %, y en 32 controles, equivalente a 3,4 %, con $\chi^2 = 125,870$ y $p = 0,000$; la ruptura prematura de membranas se registró en 79 casos, equivalente a 16,6 %, frente a 40 controles, equivalente a 4,2 %, con $\chi^2 = 63,823$ y $p = 0,000$; y el embarazo múltiple se observó en 35 casos, equivalente a 7,4 %, y en 4 controles, equivalente a 0,4 %, con $\chi^2 = 57,414$ y $p = 0,000$. En los factores útero-placentarios, la placenta previa se presentó en 11 casos, equivalente a 2,3 %, y en 2 controles, equivalente a 0,2 %, con $\chi^2 = 13,284$ y $p = 0,000$; el oligohidramnios se registró en 45 casos, equivalente a 9,5 %, y en 48 controles, equivalente a 5,0 %, con $\chi^2 = 10,145$ y $p = 0,001$; y el polihidramnios se observó en 19 casos, equivalente a 4,0 %, frente a 3 controles, equivalente a 0,3 %, con $\chi^2 = 28,277$ y $p = 0,000$. En el factor fetal, el óbito fetal se presentó en 28 casos, equivalente a 5,9 %, y en 3 controles, equivalente a 0,3 %, con $\chi^2 = 46,312$ y $p = 0,000$. El autor concluyó que los factores asociados al parto pretérmino fueron la edad materna mayor de 35 años, el antecedente de preeclampsia, la preeclampsia, la ruptura prematura de membranas, el embarazo múltiple, la placenta previa, el oligohidramnios, el polihidramnios y el óbito fetal.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Nacimiento Prematuro

El nacimiento prematuro, también denominado nacimiento pretérmino, se define como aquel nacimiento vivo que ocurre antes de completarse las 37 semanas de edad gestacional. Esta definición constituye un criterio clínico y epidemiológico ampliamente aceptado, debido a que permite diferenciar al recién nacido que culminó el proceso normal de maduración intrauterina de aquel que nace antes del término esperado de la gestación (23). En el contexto peruano, la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal también considera como recién nacido pretérmino a aquel nacido antes de las 37 semanas de edad gestacional, lo que permite uniformizar el registro clínico, la vigilancia neonatal y la toma de decisiones en los establecimientos de salud (24).

La prematuridad no constituye una condición homogénea, ya que el riesgo neonatal varía según la edad gestacional al momento del nacimiento. Por ello, se clasifica en prematuro extremo cuando el nacimiento ocurre antes de las 28 semanas; muy prematuro cuando ocurre desde las 28 semanas hasta antes de las 32 semanas; y prematuro moderado a tardío cuando ocurre desde las 32 semanas hasta antes de las 37 semanas de gestación (23). Esta clasificación es relevante porque, a menor edad gestacional, mayor es la inmadurez de órganos y sistemas, especialmente del aparato respiratorio, sistema nervioso central, sistema inmunológico y aparato gastrointestinal, lo cual incrementa la probabilidad de complicaciones inmediatas y secuelas posteriores.

Desde el punto de vista clínico, el nacimiento prematuro puede producirse por dos grandes mecanismos: el parto prematuro espontáneo y el parto prematuro indicado por causa médica. El primero se relaciona con el inicio espontáneo del trabajo de parto antes de las 37 semanas, con membranas íntegras o asociado a ruptura prematura de membranas. El segundo ocurre cuando el equipo de salud decide finalizar la gestación antes del término debido a una condición materna, fetal o placentaria que pone en riesgo la vida o la salud de la madre o del feto, como ocurre en casos de preeclampsia severa, restricción del crecimiento fetal, hemorragia obstétrica u otras complicaciones graves (46,47).

En consecuencia, el nacimiento prematuro debe entenderse como un desenlace perinatal complejo, influido por factores biológicos, obstétricos, sociales y asistenciales. Su importancia radica en que interrumpe procesos

esenciales de crecimiento y maduración fetal, generando una mayor vulnerabilidad neonatal. Por ello, su estudio no debe limitarse a la edad gestacional, sino que requiere analizar los factores maternos, obstétricos y contextuales que pueden favorecer la activación prematura del parto o la necesidad médica de interrumpir la gestación antes del término (46,48).

2.2.2. Vías Fisiopatológicas del Parto Prematuro

La fisiopatología del nacimiento prematuro es multifactorial. Actualmente, se reconoce que el parto prematuro no responde a una sola causa, sino que representa un síndrome obstétrico en el que diferentes procesos patológicos pueden activar de manera anticipada las vías biológicas normales del trabajo de parto. Dichas vías incluyen la activación del miometrio, la maduración cervical, la deciduización inflamatoria, la producción de prostaglandinas y la ruptura de las membranas fetales (47).

Uno de los mecanismos más importantes es la inflamación intrauterina, que puede ser de origen infeccioso o no infeccioso. En las infecciones ascendentes del tracto genital inferior, los microorganismos o sus componentes pueden activar receptores inmunológicos en la decidua, el cuello uterino y las membranas fetales. Esta activación promueve la liberación de citocinas proinflamatorias, prostaglandinas y metaloproteinasas de matriz, sustancias que favorecen la contractilidad uterina, el borramiento y dilatación cervical, así como el debilitamiento de las membranas corioamnióticas. De esta manera, la infección o inflamación puede desencadenar trabajo de parto prematuro o ruptura prematura de membranas antes de las 37 semanas (47,48).

Otro mecanismo relevante es la sobredistensión uterina, observada principalmente en embarazos múltiples o polihidramnios. El aumento excesivo del volumen uterino genera tensión mecánica sobre el miometrio y las membranas fetales, lo que puede estimular la expresión de proteínas asociadas a la contracción uterina, como los receptores de oxitocina y las conexinas. Esta respuesta favorece la aparición de contracciones antes del término y explica por qué las gestaciones múltiples presentan mayor riesgo de nacimiento prematuro (47).

La hemorragia decidual también participa en la fisiopatología del parto prematuro. En situaciones como el desprendimiento prematuro de placenta o los sangrados anteparto, la activación de la coagulación genera liberación de trombina. Esta sustancia no solo participa en la formación del coágulo, sino que

también estimula la contracción uterina, la inflamación local y la degradación de la matriz extracelular de las membranas fetales, favoreciendo el inicio prematuro del trabajo de parto (47,48).

Asimismo, los trastornos vasculares placentarios pueden originar nacimiento prematuro, especialmente cuando comprometen la perfusión útero-placentaria. En condiciones como preeclampsia, restricción del crecimiento fetal o insuficiencia placentaria, se produce una alteración del intercambio materno-fetal que puede poner en riesgo la salud fetal y materna. En estos casos, el nacimiento prematuro suele ser indicado por decisión médica, con el propósito de evitar complicaciones graves como sufrimiento fetal, eclampsia, daño orgánico materno o muerte perinatal (46,47).

También se ha descrito la participación del estrés materno-fetal y de la activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal. Situaciones de estrés biológico, inflamatorio, metabólico o psicosocial pueden aumentar la liberación de mediadores hormonales, como cortisol y hormona liberadora de corticotropina placentaria, los cuales contribuyen a la producción de prostaglandinas y a la activación funcional del miometrio. Aunque este mecanismo no actúa de forma aislada, puede potenciar otras vías fisiopatológicas asociadas al parto prematuro (48).

Finalmente, la insuficiencia cervical constituye una vía mecánica de nacimiento prematuro. En este caso, el cuello uterino no logra mantener su función de contención durante la gestación, produciéndose acortamiento, borramiento o dilatación cervical prematura, en ocasiones sin contracciones evidentes. Esta condición puede relacionarse con antecedentes obstétricos, procedimientos cervicales previos, alteraciones estructurales o debilidad del tejido conectivo. Por ello, la fisiopatología del nacimiento prematuro debe comprenderse como la interacción de múltiples mecanismos que pueden actuar de manera independiente o simultánea, según el perfil clínico y obstétrico de cada gestante (47,48).

2.2.3. Edad Materna

La edad materna constituye un factor sociodemográfico importante en el análisis del nacimiento prematuro, debido a que los extremos de la vida reproductiva se asocian con mayor vulnerabilidad biológica, obstétrica y social. En las gestantes adolescentes, el riesgo puede relacionarse con inmadurez anatómica y funcional del sistema reproductivo, menor reserva nutricional, mayor

probabilidad de anemia, inicio tardío del control prenatal y condiciones sociales que dificultan el seguimiento adecuado del embarazo (49). Por ello, la edad materna menor de 20 años debe analizarse no solo como una característica cronológica, sino como una condición que puede expresar desigualdad en salud, menor autonomía y barreras para acceder oportunamente a los servicios maternos.

En el otro extremo, la edad materna avanzada, habitualmente considerada desde los 35 años, se ha relacionado con mayor frecuencia de complicaciones obstétricas como hipertensión gestacional, preeclampsia, diabetes gestacional, placenta previa, cesárea y restricción del crecimiento fetal, condiciones que pueden incrementar la probabilidad de nacimiento prematuro espontáneo o indicado por causa médica (50). Sin embargo, este punto de corte no debe interpretarse de forma rígida, ya que el riesgo aumenta progresivamente con la edad y depende también de comorbilidades, antecedentes obstétricos, estado nutricional y calidad del control prenatal.

Desde una perspectiva fisiopatológica, la edad materna avanzada puede asociarse con alteraciones vasculares, menor capacidad de adaptación endotelial, mayor frecuencia de enfermedades crónicas y placentación anómala. Estos procesos pueden comprometer la perfusión útero-placentaria y favorecer desenlaces como preeclampsia, crecimiento fetal restringido o parto pretérmino indicado. En cambio, en madres adolescentes, el nacimiento prematuro puede vincularse con infecciones genitourinarias, anemia, bajo peso materno, estrés psicosocial y controles prenatales insuficientes. En consecuencia, la edad materna debe comprenderse como un marcador clínico y social que interactúa con otros factores de riesgo, antes que como una causa aislada de prematuridad (49,51).

2.2.4. Nivel Educativo Materno

El nivel educativo materno es un determinante social de la salud que puede influir en el riesgo de nacimiento prematuro mediante diferentes vías. Una menor escolaridad puede limitar la comprensión de signos de alarma, la búsqueda oportuna de atención, la adherencia al control prenatal y la adopción de conductas protectoras durante la gestación. Asimismo, suele relacionarse con condiciones socioeconómicas más desfavorables, mayor exposición a trabajos precarios, inseguridad alimentaria, estrés crónico y menor acceso a información sanitaria confiable (52).

La evidencia epidemiológica ha mostrado que la baja educación materna se asocia con mayor riesgo de parto prematuro y recién nacido pequeño para la edad gestacional. En un metaanálisis de cohortes europeas, la menor educación materna se vinculó con mayor riesgo relativo de nacimiento prematuro, lo que sugiere que la educación opera como un indicador relevante de desigualdad social en salud perinatal (52). De manera similar, un estudio de cohorte hospitalaria encontró que las mujeres con menor nivel educativo presentaron mayor riesgo de parto prematuro, y que parte de esta asociación podía estar mediada por factores como índice de masa corporal, tabaquismo, consumo de sustancias, preeclampsia e infecciones genitourinarias (53).

Por tanto, el nivel educativo materno no debe interpretarse únicamente como una variable académica, sino como una condición que refleja oportunidades de acceso, capacidades de autocuidado y posibilidades reales de interacción con el sistema sanitario. En ese sentido, una gestante con menor escolaridad puede presentar mayor riesgo no por la escolaridad en sí misma, sino por la acumulación de factores desfavorables que acompañan a la desigualdad educativa. Esta mirada evita una interpretación culpabilizante y permite comprender que la prevención de la prematuridad requiere intervenciones clínicas, educativas y sociales integradas (52,54).

2.2.5. Estado Civil

El estado civil materno se utiliza con frecuencia en estudios perinatales como una variable sociodemográfica asociada al apoyo familiar, estabilidad económica, acompañamiento durante la gestación y redes de soporte emocional. No obstante, debe analizarse con cautela, ya que estar casada, conviviente o soltera no determina por sí mismo el riesgo obstétrico. Su valor epidemiológico radica en que puede aproximarse a condiciones de apoyo social, corresponsabilidad familiar, acceso a recursos y bienestar psicosocial durante el embarazo.

Una revisión sistemática y metaanálisis sobre estado civil materno y resultados al nacimiento encontró que las mujeres no casadas presentaban mayor riesgo de desenlaces adversos, incluido parto prematuro, bajo peso al nacer y recién nacido pequeño para la edad gestacional, en comparación con mujeres casadas (55). Sin embargo, esta asociación puede estar influida por factores de confusión como edad materna, nivel educativo, ingresos, violencia de pareja, salud mental, consumo de sustancias y acceso a control prenatal. Por

ello, el estado civil debe ser entendido como una variable social compleja y no como una causa directa de prematuridad.

Desde el punto de vista clínico y psicosocial, la ausencia de pareja o de una red de apoyo estable puede incrementar la exposición a estrés, ansiedad, inseguridad económica y dificultades para asistir regularmente a los controles prenatales. Estudios poblacionales también han descrito que las gestantes sin pareja presentan mayor probabilidad de problemas de salud mental prenatal, lo que puede afectar la calidad del autocuidado y la continuidad de la atención materna (56). En consecuencia, el estado civil adquiere relevancia cuando se interpreta junto con el apoyo social efectivo, las condiciones de vida y el acceso oportuno a servicios de salud.

2.2.6. Ocupación

La ocupación materna representa una variable sociodemográfica relevante porque puede reflejar condiciones laborales, carga física, estabilidad económica, exposición ambiental y nivel de protección social durante el embarazo. Sin embargo, su análisis requiere diferenciar entre el tipo de ocupación y las condiciones reales en que se realiza. No toda mujer trabajadora presenta mayor riesgo obstétrico, ni toda mujer ama de casa está libre de carga física o estrés; por ello, la ocupación debe interpretarse considerando esfuerzo físico, jornada laboral, turnos, descanso, exposición a sustancias, apoyo familiar y acceso a derechos laborales.

La evidencia reciente señala que algunos riesgos ocupacionales físicos pueden asociarse con mayor probabilidad de parto prematuro. Una revisión sistemática y metaanálisis encontró evidencia de asociación entre nacimiento prematuro y factores como alta carga física, jornadas laborales prolongadas, trabajo por turnos y exposición a vibración de cuerpo entero durante el embarazo (57). Estos factores podrían favorecer fatiga materna, estrés fisiológico, liberación de mediadores inflamatorios, aumento de la contractilidad uterina o menor capacidad de reposo ante síntomas obstétricos iniciales.

En el contexto de investigaciones hospitalarias, categorías como comerciante, agricultora, trabajadora, estudiante o ama de casa deben analizarse con prudencia. Por ejemplo, una gestante agricultora puede estar expuesta a esfuerzo físico, posturas prolongadas, calor, agroquímicos o largas caminatas; una comerciante puede enfrentar jornadas extensas y bipedestación prolongada; una estudiante puede presentar estrés académico o menor

autonomía económica; y una ama de casa puede tener sobrecarga doméstica no remunerada. Por ello, más que la ocupación nominal, lo clínicamente relevante es identificar si dicha ocupación implica exposición a condiciones que afecten la salud materno-fetal o dificulten el control prenatal adecuado (54,57).

2.2.7. Área de residencia y altitud

El área de residencia materna puede influir en el riesgo de nacimiento prematuro mediante factores geográficos, sociales y sanitarios. La residencia rural suele asociarse con mayor distancia a los establecimientos de salud, menor disponibilidad de servicios especializados, dificultades de transporte, menor oportunidad diagnóstica y barreras para recibir atención prenatal continua. Una revisión sistemática sobre área residencial y resultados perinatales encontró que las mujeres residentes en zonas rurales o remotas presentaban mayores tasas de parto prematuro y bajo peso al nacer en comparación con mujeres de áreas urbanas, lo que evidencia la importancia del territorio como determinante de la salud materna (58).

En zonas rurales, el riesgo no depende únicamente de la ubicación geográfica, sino también de las condiciones estructurales que acompañan a dicha residencia. La demora en reconocer signos de alarma, la dificultad para acceder a ecografías, laboratorio, tratamiento oportuno de infecciones, manejo de trastornos hipertensivos o referencia a establecimientos de mayor complejidad puede favorecer la progresión de complicaciones obstétricas. Por ello, el área de residencia debe analizarse como una variable que expresa acceso diferencial a recursos sanitarios, continuidad del cuidado y oportunidad de intervención.

La altitud constituye otro elemento importante en regiones andinas. La exposición crónica a hipoxia hipobárica puede modificar la adaptación materna y placentaria durante la gestación, afectando principalmente el crecimiento fetal y la oxigenación útero-placentaria. Estudios realizados en Perú han mostrado que la gran altitud no necesariamente se asocia de forma independiente con mayor riesgo global de parto prematuro, aunque sí se ha relacionado con mayor frecuencia de recién nacidos pequeños para la edad gestacional (59). Esta diferencia es importante, porque indica que la altitud puede afectar el crecimiento fetal sin comportarse siempre como un predictor directo de prematuridad.

No obstante, una revisión sistemática y metaanálisis sobre embarazo en altura encontró que la probabilidad de desenlaces perinatales adversos, incluido

bajo peso al nacer, pequeño para la edad gestacional y parto prematuro espontáneo, puede aumentar en poblaciones que viven a gran altitud, especialmente por encima de los 2500 metros sobre el nivel del mar (60). Esta aparente diferencia entre estudios sugiere que el efecto de la altitud depende del contexto, la adaptación genética y fisiológica de la población, la calidad del control prenatal, el estado nutricional materno y la presencia de comorbilidades como preeclampsia o anemia. En consecuencia, el área de residencia y la altitud deben interpretarse como factores contextuales que interactúan con condiciones clínicas y sociales, más que como determinantes aislados del nacimiento prematuro.

2.2.8. Paridad

La paridad se define como el número de partos previos que ha tenido una mujer, independientemente de si el nacimiento fue a término o pretérmino. De acuerdo con esta condición, la gestante puede clasificarse como nulípara, cuando no ha tenido partos previos; primípara, cuando ha tenido un parto; multípara, cuando ha tenido dos o más partos; y gran multípara, cuando presenta un número elevado de partos previos, generalmente cinco o más, según el criterio utilizado por cada estudio o institución. En el contexto del recién nacido prematuro, la paridad permite valorar la historia reproductiva materna y reconocer si existen antecedentes obstétricos que puedan modificar el curso normal de la gestación (61).

Desde el punto de vista fisiopatológico, la paridad se relaciona con la prematuridad porque expresa diferentes condiciones maternas y uterinas. En la nuliparidad, el organismo materno se enfrenta por primera vez a los cambios inmunológicos, vasculares y placentarios propios del embarazo. Esta primera adaptación puede asociarse con mayor frecuencia de trastornos hipertensivos, alteraciones de la placentación o complicaciones obstétricas que incrementan la posibilidad de parto prematuro espontáneo o indicado (61).

En la multiparidad y gran multiparidad, el riesgo puede explicarse por mecanismos diferentes. Los embarazos repetidos pueden asociarse con menor intervalo intergenésico, agotamiento de reservas nutricionales, anemia materna, cambios cervicales previos, antecedentes de parto prematuro o mayor frecuencia de complicaciones placentarias. Cuando el intervalo entre embarazos es corto, el organismo materno puede no haber recuperado completamente sus reservas

de hierro, folatos y otros micronutrientes, lo que favorece un ambiente biológico menos favorable para sostener la gestación hasta el término (61).

Por ello, la paridad no debe entenderse como una causa directa y aislada de prematuridad, sino como un indicador de la historia obstétrica materna. Su importancia radica en que puede revelar condiciones previas que predisponen al nacimiento prematuro, como antecedente de parto pretérmino, anemia, trastornos hipertensivos, alteraciones cervicales o control prenatal insuficiente. En consecuencia, toda gestante debe ser evaluada considerando no solo el número de partos previos, sino también la calidad de sus antecedentes reproductivos.

2.2.9. Controles prenatales

El control prenatal es el conjunto de atenciones periódicas, integrales y sistemáticas que recibe la gestante durante el embarazo, con el propósito de vigilar la salud materna y fetal, detectar tempranamente factores de riesgo, prevenir complicaciones y orientar a la madre sobre signos de alarma, nutrición, suplementación, inmunización y preparación para el parto. La Organización Mundial de la Salud plantea que la atención prenatal debe buscar no solo la supervivencia materna y neonatal, sino también una experiencia positiva del embarazo, mediante contactos oportunos, continuos y de calidad (62,63).

En relación con el recién nacido prematuro, el control prenatal cumple una función preventiva porque permite identificar condiciones que pueden activar prematuramente el trabajo de parto o hacer necesaria la interrupción anticipada del embarazo. Entre estas condiciones se encuentran la anemia, infección urinaria, infecciones vaginales, hipertensión gestacional, preeclampsia, diabetes gestacional, bajo peso materno, obesidad, restricción del crecimiento fetal y amenaza de parto pretérmino. Si estas alteraciones no se diagnostican ni se tratan oportunamente, pueden progresar y desencadenar mecanismos inflamatorios, vasculares, metabólicos o infecciosos vinculados con la prematuridad (63).

Desde el punto de vista fisiopatológico, el control prenatal actúa interrumpiendo varias vías que conducen al nacimiento prematuro. Por ejemplo, el diagnóstico y tratamiento de infecciones urinarias o vaginales reduce la activación inflamatoria materno-fetal; la suplementación con hierro y ácido fólico disminuye el riesgo de anemia e hipoxia placentaria; el control de la presión arterial permite detectar preeclampsia antes de que evolucione a formas severas;

y la vigilancia del crecimiento fetal permite reconocer signos de insuficiencia placentaria. De esta manera, el control prenatal no evita todos los partos prematuros, pero sí reduce la probabilidad de que una condición prevenible avance sin intervención.

Es importante precisar que la fisiopatología de la prematuridad no se modifica solo por el número de controles, sino por la oportunidad y calidad de estos. Un control prenatal tardío, incompleto o sin capacidad resolutive puede no detectar a tiempo las alteraciones maternas o fetales. Por ello, para estudiar su relación con el recién nacido prematuro, debe considerarse si los controles fueron suficientes, oportunos, integrales y orientados a resolver los riesgos identificados.

2.2.10. Estado nutricional materno

El estado nutricional materno se define como la condición corporal y metabólica de la gestante en relación con sus reservas energéticas, composición corporal, disponibilidad de micronutrientes y ganancia de peso durante el embarazo. Se evalúa principalmente mediante el índice de masa corporal pregestacional, la ganancia de peso gestacional y la presencia de deficiencias nutricionales específicas. En la prematuridad, esta variable es relevante porque el embarazo exige una adecuada disponibilidad de energía, proteínas, hierro, folatos, zinc, ácidos grasos esenciales y otros nutrientes necesarios para la placentación, el crecimiento fetal y la adaptación materna (64).

El bajo peso materno pregestacional puede favorecer el nacimiento prematuro por una menor reserva energética y nutricional. Cuando la gestante inicia el embarazo con déficit nutricional, puede presentar menor capacidad para sostener el crecimiento fetal y mantener una función placentaria adecuada. Además, las deficiencias de micronutrientes pueden alterar la respuesta inmunológica, incrementar la susceptibilidad a infecciones y favorecer procesos inflamatorios que participan en el inicio prematuro del trabajo de parto. La evidencia de revisiones sistemáticas ha mostrado que las mujeres con bajo peso presentan mayor riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer en comparación con mujeres con peso normal (65).

El sobrepeso y la obesidad materna también pueden relacionarse con prematuridad, aunque mediante mecanismos distintos. El exceso de tejido adiposo favorece un estado de inflamación crónica de bajo grado, resistencia a la insulina, estrés oxidativo y disfunción endotelial. Estos procesos aumentan el

riesgo de hipertensión gestacional, preeclampsia, diabetes gestacional y complicaciones placentarias. En estos casos, el nacimiento prematuro puede ser espontáneo, pero con mayor frecuencia puede ser indicado por necesidad médica cuando la salud materna o fetal se encuentra comprometida (66).

La ganancia de peso gestacional también influye en el riesgo perinatal. Una ganancia insuficiente puede reflejar déficit nutricional, restricción del crecimiento fetal o menor expansión del volumen plasmático materno. En cambio, una ganancia excesiva puede aumentar la probabilidad de trastornos metabólicos e hipertensivos. Por ello, la evaluación nutricional durante el embarazo no debe limitarse a clasificar el peso inicial de la madre, sino que debe considerar el seguimiento de la ganancia ponderal y la identificación de riesgos nutricionales durante todo el control prenatal (67).

En síntesis, el estado nutricional materno se relaciona con el recién nacido prematuro porque influye sobre la función placentaria, la oxigenación fetal, la respuesta inflamatoria, el metabolismo materno y la capacidad del organismo para sostener la gestación. Tanto el déficit como el exceso nutricional pueden alterar el equilibrio biológico del embarazo y favorecer condiciones que culminen en parto antes de las 37 semanas.

2.2.11. Anemia materna

La anemia materna se define como la disminución de la concentración de hemoglobina por debajo de los valores considerados normales durante el embarazo. La hemoglobina es una proteína presente en los glóbulos rojos cuya función principal es transportar oxígeno hacia los tejidos maternos y fetales. Durante la gestación, la expansión del volumen plasmático puede producir hemodilución fisiológica; sin embargo, cuando la disminución de hemoglobina supera los límites aceptados, se considera anemia y se convierte en un problema clínico relevante para la salud materno-perinatal (68).

Desde el punto de vista fisiopatológico, la anemia puede contribuir al nacimiento prematuro porque reduce la capacidad de transporte de oxígeno hacia la placenta y el feto. Esta menor disponibilidad de oxígeno puede generar hipoxia útero-placentaria, estrés oxidativo y alteración de la función placentaria. Cuando la placenta recibe menos oxígeno, puede activarse una respuesta inflamatoria y vascular que afecta el intercambio materno-fetal y favorece complicaciones como restricción del crecimiento fetal, sufrimiento fetal o necesidad de culminar la gestación antes del término (69,70).

La anemia por deficiencia de hierro es una de las formas más frecuentes durante el embarazo. El hierro no solo participa en la formación de hemoglobina, sino también en procesos inmunológicos, enzimáticos y oxidativos. Su deficiencia puede debilitar la respuesta inmune materna, aumentar la susceptibilidad a infecciones y favorecer un ambiente inflamatorio. Las infecciones, especialmente urinarias y genitales, pueden activar la producción de citocinas, prostaglandinas y metaloproteinasas, sustancias relacionadas con contracciones uterinas, maduración cervical y ruptura prematura de membranas (69).

Además, cuando la anemia es moderada o severa, el organismo materno debe compensar la menor oxigenación mediante aumento del gasto cardíaco y mayor demanda metabólica. Si esta compensación es insuficiente, puede comprometerse la perfusión placentaria. En casos más graves, la anemia puede contribuir a complicaciones maternas y fetales que obliguen a una vigilancia estrecha o a la interrupción anticipada del embarazo. Por ello, la anemia se considera un factor potencialmente modificable asociado al recién nacido prematuro (70,71).

2.2.12. Infección del tracto urinario

La infección del tracto urinario durante el embarazo comprende un conjunto de procesos infecciosos que pueden afectar desde la vía urinaria baja hasta el parénquima renal. Clínicamente, incluye la bacteriuria asintomática, la cistitis aguda y la pielonefritis. La bacteriuria asintomática se caracteriza por la presencia significativa de bacterias en orina sin síntomas urinarios; la cistitis se manifiesta con disuria, polaquiuria, urgencia miccional o dolor suprapúbico; y la pielonefritis representa la forma más grave, con fiebre, dolor lumbar, compromiso sistémico y riesgo de complicaciones maternas (72,73).

Durante la gestación, la mujer presenta cambios anatómicos y fisiológicos que favorecen la colonización bacteriana del tracto urinario. El aumento de progesterona reduce el tono del músculo liso ureteral y vesical, generando dilatación ureteral y estasis urinaria. Además, el crecimiento uterino puede comprimir los uréteres, dificultar el drenaje urinario y facilitar el ascenso bacteriano. A ello se suman modificaciones en la composición de la orina, como glucosuria fisiológica o cambios del pH, que pueden favorecer la multiplicación bacteriana. Por estas razones, la infección urinaria en la gestante no debe

interpretarse como un evento aislado, sino como una condición favorecida por la propia adaptación del embarazo (75,76).

La relación entre infección del tracto urinario y recién nacido prematuro se explica principalmente por mecanismos inflamatorios. Cuando existe colonización bacteriana persistente o infección activa, los componentes bacterianos pueden activar la respuesta inmune materna, con liberación de citocinas proinflamatorias como interleucina 1, interleucina 6, interleucina 8 y factor de necrosis tumoral alfa. Estos mediadores pueden estimular la síntesis de prostaglandinas, aumentar la contractilidad uterina, favorecer la maduración cervical y contribuir al inicio prematuro del trabajo de parto (74,77).

En los casos de pielonefritis, la respuesta inflamatoria sistémica puede ser más intensa. La fiebre, la endotoxemia, la deshidratación, la liberación de prostaglandinas y la activación de mediadores inflamatorios pueden incrementar la irritabilidad uterina y desencadenar contracciones antes de las 37 semanas. Además, si la infección compromete la estabilidad materna, puede alterar la perfusión útero-placentaria y generar condiciones que incrementen el riesgo de sufrimiento fetal, bajo peso al nacer o interrupción anticipada del embarazo (78,79).

La infección urinaria también puede relacionarse indirectamente con prematuridad por su asociación con ruptura prematura de membranas. La inflamación materno-fetal sostenida puede activar enzimas que degradan la matriz extracelular de las membranas corioamnióticas, como las metaloproteinasas, debilitando su estructura y favoreciendo su ruptura antes del inicio del trabajo de parto. Este proceso es especialmente relevante porque la ruptura prematura de membranas pretérmino constituye una vía frecuente hacia el nacimiento prematuro espontáneo (79,80).

En consecuencia, la infección del tracto urinario constituye un factor obstétrico potencialmente modificable asociado al recién nacido prematuro. Su importancia no radica únicamente en la presencia de bacterias en la orina, sino en la posibilidad de que el proceso infeccioso active vías inflamatorias, contráctiles y cervicales que culminen en parto antes del término. Por ello, la detección temprana mediante control prenatal, el urocultivo cuando corresponde y el tratamiento oportuno son medidas fundamentales para reducir complicaciones maternas y perinatales (72,74).

2.2.13. Vaginosis bacteriana

La vaginosis bacteriana es una alteración de la microbiota vaginal caracterizada por la disminución de lactobacilos productores de ácido láctico y el incremento de bacterias anaerobias o facultativas, entre ellas *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, *Prevotella* spp., *Mobiluncus* spp., *Sneathia* spp. y otras bacterias asociadas a vaginosis. No se considera una infección clásica producida por un único microorganismo, sino una disbiosis vaginal en la que se pierde el equilibrio protector de la microbiota normal (81,82).

En condiciones fisiológicas, la microbiota vaginal dominada por *Lactobacillus* contribuye a mantener un pH ácido y una barrera antimicrobiana que limita la proliferación de patógenos. Cuando disminuyen los lactobacilos, se eleva el pH vaginal y aumenta la diversidad bacteriana, lo que favorece la producción de enzimas, metabolitos y biopelículas que alteran el moco cervical y facilitan la persistencia de bacterias anaerobias. Esta pérdida de protección local es relevante durante el embarazo porque el canal cervicovaginal constituye una barrera entre el ambiente externo y la cavidad uterina (84,86).

La fisiopatología que vincula la vaginosis bacteriana con el recién nacido prematuro se relaciona con la infección ascendente y la inflamación local. Las bacterias asociadas a vaginosis pueden ascender desde la vagina hacia el cuello uterino, la decidua, las membranas fetales o incluso el líquido amniótico. Al entrar en contacto con células epiteliales, deciduales o corioamnióticas, sus componentes microbianos activan receptores de reconocimiento inmunológico, como los receptores tipo Toll, desencadenando la producción de citocinas proinflamatorias, quimiocinas y prostaglandinas (79,83).

Estas sustancias inflamatorias favorecen tres procesos fundamentales vinculados con la prematuridad: aumento de la contractilidad uterina, maduración cervical prematura y debilitamiento de las membranas fetales. Las prostaglandinas estimulan el miometrio y contribuyen al inicio de contracciones; las citocinas promueven el remodelado cervical; y las metaloproteinasas degradan colágeno y otros componentes de la matriz extracelular de las membranas, aumentando el riesgo de ruptura prematura de membranas pretérmino (79,80).

La evidencia también ha mostrado que la composición de la microbiota vaginal durante el embarazo puede relacionarse con el riesgo de parto prematuro. Los estudios sobre microbioma vaginal han descrito que algunas

mujeres que presentan nacimiento prematuro muestran menor abundancia de *Lactobacillus crispatus* y mayor presencia de bacterias asociadas a disbiosis, aunque esta relación puede variar según población, etnia, condiciones ambientales y otros factores maternos (84,87).

Sin embargo, es importante precisar que la vaginosis bacteriana no siempre produce parto prematuro y que su tratamiento no siempre previene este desenlace en todas las gestantes. Las revisiones clínicas han señalado que los antibióticos pueden erradicar la vaginosis bacteriana, pero la estrategia de tamizaje y tratamiento universal de gestantes asintomáticas para prevenir prematuridad no ha mostrado beneficios uniformes. Por ello, la vaginosis bacteriana debe interpretarse como un factor de riesgo biológicamente plausible, especialmente cuando aparece en etapas tempranas del embarazo, se asocia con síntomas, antecedentes de prematuridad o coexistencia de otros factores infecciosos u obstétricos (81,83).

En síntesis, la vaginosis bacteriana se relaciona con el recién nacido prematuro porque altera la barrera microbiológica vaginal, facilita la inflamación cervicovaginal y puede favorecer la activación prematura de las vías del parto. Su relevancia en las bases teóricas radica en que representa un puente entre microbiota, inflamación, ruptura de membranas y nacimiento antes de las 37 semanas.

2.2.14. Preeclampsia

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo específico del embarazo que aparece después de las 20 semanas de gestación y se caracteriza por hipertensión arterial de nueva aparición asociada a proteinuria o, en ausencia de esta, a signos de disfunción orgánica materna o compromiso útero-placentario. Puede afectar riñón, hígado, sistema nervioso central, sistema hematológico, placenta y circulación fetal. Por su gravedad potencial, constituye una de las principales causas de morbilidad materna, fetal y neonatal (88,90).

Desde el punto de vista fisiopatológico, la preeclampsia se comprende mediante un modelo placentario y materno. En una gestación normal, las arterias espirales uterinas son remodeladas por el trofoblasto extraveloso, transformándose en vasos de baja resistencia capaces de asegurar una perfusión placentaria adecuada. En la preeclampsia, este proceso puede ser incompleto o anómalo, lo que genera una placenta relativamente hipoperfundida,

sometida a episodios de isquemia-reperfusión, estrés oxidativo e inflamación (89,91).

Como respuesta a esta disfunción placentaria, se liberan a la circulación materna factores antiangiogénicos, micropartículas placentarias y mediadores inflamatorios. Entre los mediadores más estudiados se encuentra la sFlt-1, que se une a factores proangiogénicos como el factor de crecimiento placentario y el factor de crecimiento endotelial vascular, reduciendo su disponibilidad. Este desequilibrio angiogénico contribuye a la disfunción endotelial materna, responsable de hipertensión, proteinuria, edema, alteraciones hepáticas, trombocitopenia y daño multiorgánico (92,94).

La relación entre preeclampsia y recién nacido prematuro se explica principalmente por el parto prematuro indicado. Cuando la preeclampsia progresa hacia formas severas o compromete la salud materna o fetal, la finalización del embarazo puede convertirse en la única intervención definitiva, debido a que la placenta es el órgano central en la fisiopatología de la enfermedad. Por ello, muchos nacimientos prematuros asociados a preeclampsia no se producen por inicio espontáneo del trabajo de parto, sino por decisión médica ante el riesgo de eclampsia, accidente cerebrovascular, síndrome HELLP, daño renal, desprendimiento placentario, restricción del crecimiento fetal o muerte perinatal (88,93).

Además del parto indicado, la preeclampsia puede contribuir al nacimiento prematuro por mecanismos placentarios directos. La hipoperfusión útero-placentaria reduce el aporte de oxígeno y nutrientes al feto, favorece restricción del crecimiento fetal, altera el equilibrio angiogénico e incrementa el estrés oxidativo. En algunos casos, esta situación puede desencadenar contracciones, sufrimiento fetal o deterioro del bienestar fetal, generando la necesidad de vigilancia intensiva y eventual interrupción antes de las 37 semanas (91,92).

La preeclampsia de inicio temprano suele estar más relacionada con alteración de la placentación y mayor compromiso fetal, por lo que se asocia con mayor riesgo de prematuridad, bajo peso al nacer y recién nacido pequeño para la edad gestacional. En cambio, la preeclampsia de inicio tardío puede tener mayor influencia de factores maternos cardiovasculares y metabólicos, aunque también puede generar desenlaces neonatales adversos si progresa a formas severas (94).

En consecuencia, la preeclampsia debe ser entendida como un síndrome materno-placentario que puede culminar en nacimiento prematuro por compromiso de la perfusión placentaria, disfunción endotelial sistémica y necesidad médica de finalizar la gestación. Su identificación temprana en el control prenatal es esencial para reducir la morbilidad materna y neonatal.

2.2.15. Antecedente de aborto

El antecedente de aborto se refiere a la presencia de una o más pérdidas gestacionales previas antes de alcanzar la viabilidad fetal, según el criterio clínico y normativo utilizado en cada país o institución. En los registros obstétricos, este antecedente puede incluir abortos espontáneos, abortos inducidos o pérdidas recurrentes, aunque en muchas historias clínicas no siempre se diferencia con precisión el tipo, la edad gestacional de la pérdida ni el método de manejo empleado. Por ello, su análisis debe realizarse con prudencia, evitando interpretaciones reduccionistas o estigmatizantes (96,97).

Desde el punto de vista reproductivo, un aborto previo puede ser un marcador de vulnerabilidad obstétrica. En algunos casos, la pérdida gestacional pudo estar relacionada con alteraciones cromosómicas embrionarias, anomalías uterinas, trastornos endocrinos, infecciones, trombofilias, enfermedades autoinmunes, disfunción placentaria o inflamación endometrial. Algunas de estas condiciones pueden persistir o repetirse en gestaciones posteriores, aumentando el riesgo de complicaciones como restricción del crecimiento fetal, preeclampsia, placenta previa, insuficiencia cervical o parto prematuro (97,101).

Una de las vías fisiopatológicas más discutidas es el posible efecto de procedimientos quirúrgicos intrauterinos previos. La dilatación cervical y el legrado uterino pueden, en determinados casos, producir microtrauma cervical, alteraciones del canal cervical o daño endometrial. Si existe debilitamiento cervical, el cuello uterino puede acortarse o dilatarse prematuramente durante una gestación posterior, favoreciendo amenaza de parto pretérmino, ruptura de membranas o nacimiento prematuro. Esta vía no debe asumirse en todas las mujeres con antecedente de aborto, pero sí constituye un mecanismo plausible cuando hubo evacuaciones uterinas repetidas o instrumentación cervical (100,102).

Otro mecanismo posible es la alteración endometrial o placentaria. Después de pérdidas gestacionales o procedimientos intrauterinos, algunas mujeres pueden desarrollar cambios en la cavidad uterina, inflamación crónica,

adherencias o defectos de implantación. Estas alteraciones podrían afectar la placentación en embarazos posteriores y favorecer una perfusión útero-placentaria deficiente. Cuando la implantación y la placentación son subóptimas, aumenta la probabilidad de trastornos placentarios, crecimiento fetal restringido o necesidad de finalizar la gestación antes del término (98).

El aborto recurrente o pérdida gestacional recurrente tiene una relevancia especial porque puede reflejar condiciones maternas persistentes. Entre ellas se encuentran anomalías uterinas, síndrome antifosfolípido, alteraciones endocrinas, factores genéticos parentales, inflamación crónica o causas no identificadas. La evidencia ha señalado que las mujeres con historia de pérdida gestacional recurrente pueden presentar mayor riesgo de parto prematuro en una gestación posterior, lo cual sugiere que algunos mecanismos vinculados con la pérdida temprana también podrían afectar la continuidad del embarazo en etapas más avanzadas (102).

Asimismo, el antecedente de aborto puede relacionarse con prematuridad por factores contextuales. En mujeres con pérdidas previas, puede existir mayor ansiedad durante la gestación siguiente, mayor número de intervenciones obstétricas, vigilancia más estrecha o indicación médica de culminación anticipada ante signos de compromiso materno-fetal. Además, si el antecedente de aborto se acompaña de bajo nivel socioeconómico, infecciones no tratadas, anemia, controles prenatales insuficientes o intervalos intergenésicos cortos, el riesgo de prematuridad puede incrementarse por acumulación de factores (101).

En síntesis, el antecedente de aborto no debe considerarse una causa directa y uniforme de nacimiento prematuro, sino un indicador de historia obstétrica que puede expresar alteraciones cervicales, endometriales, placentarias, inmunológicas o sociales. Su importancia clínica radica en que permite identificar gestantes que requieren evaluación cuidadosa de antecedentes, vigilancia cervical cuando esté indicada, control prenatal oportuno y seguimiento individualizado para reducir el riesgo de recién nacido prematuro.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Parto prematuro: Parto que culmina con el nacimiento vivo de un recién nacido antes de completarse las 37 semanas de gestación, independientemente de si el inicio fue espontáneo o indicado por causa médica (23).

Anemia: Condición caracterizada por una concentración de hemoglobina por debajo de los puntos de corte establecidos para la gestación (49).

Control prenatal adecuado: Seguimiento integral de la gestante realizado de manera oportuna, continua y sistemática. Para fines operacionales en el contexto nacional, se considera adecuado cuando la gestante recibe seis o más atenciones prenatales durante el embarazo, con evaluación clínica, obstétrica y preventiva (50).

Edad materna de riesgo: Edad ubicada en los extremos de la vida reproductiva, generalmente menor de 20 años o igual/mayor de 35 años, debido a su asociación con mayor probabilidad de complicaciones obstétricas y perinatales (68, 72).

Infección del tracto urinario: Presencia de microorganismos patógenos en cualquier segmento del aparato urinario durante el embarazo; puede manifestarse como bacteriuria asintomática, cistitis o pielonefritis, y se asocia con riesgo de complicaciones materno-perinatales si no se diagnostica y trata oportunamente (90).

Preeclampsia: Trastorno hipertensivo del embarazo que aparece después de las 20 semanas de gestación, caracterizado por hipertensión arterial asociada a proteinuria o a signos de disfunción orgánica materna, placentaria o fetal (99).

Sistema Informático Perinatal: Sistema estandarizado de la OPS/CLAP para el registro clínico de la atención de la mujer, embarazo, parto, puerperio y recién nacido; permite organizar, procesar y analizar información materno-perinatal en los servicios de salud.

Aborto recurrente: Pérdida de dos o más embarazos clínicamente reconocidos, no necesariamente consecutivos, que requiere evaluación clínica para identificar posibles causas genéticas, anatómicas, endocrinas, inmunológicas, infecciosas o no determinadas.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño es Descriptivo y Asociativo.

3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

3.2.1 Población

Estará conformada por todas las pacientes cuya gestación culminó en parto de recién nacido vivo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2021 – 2025.

3.2.2 Criterios de selección

A. Criterios de Inclusión:

- Pacientes cuyo periodo de gestación haya culminado en parto de recién nacido vivo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
- Datos completos en el Sistema Informático Perinatal y/o Historia Clínica.

B. Criterios de Exclusión:

- Malformaciones congénitas mayores
- Mortinatos
- Óbito fetal
- Gestación múltiple

3.3. VARIABLES

3.3.1 Identificación de variables

Para el desarrollo del presente estudio, se han identificado las siguientes variables atendiendo a su relación funcional:

- Prematuridad
- Factores sociodemográficos
 - Edad materna
 - Grado de instrucción
 - Estado civil
 - Ocupación

- Procedencia
- Factores obstétricos
 - Gestas
 - Paridad
 - Controles prenatales
 - Talla materna
 - Índice de masa corporal
 - Anemia
 - Situación
 - Presentación
 - Infección del tracto urinario
 - Vaginosis bacteriana
 - Antecedente de aborto
 - Antecedente de cesárea
 - Antecedente de prematuridad
 - Preeclampsia
 - Antecedente de hipertensión
- Características neonatales
 - Sexo
 - Apgar a los 5 minutos
 - Peso para la edad gestacional

3.3.2 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Prematuridad	Recién nacido menor de las 36.6 semanas por examen físico según Capurro	Categórica	-Sí -No	Ordinal
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS				
Edad materna		Categórica	- <20 años - 20-34 años - >34 años	Ordinal
Grado de instrucción	Datos consignados en la base de datos del Sistema Informático Perinatal	Categórica	-Primaria -Secundaria -Superior -Técnico superior -Analfabeta	Nominal
Estado civil		Categórica	-Casada -Conviviente -Soltera	Nominal
Ocupación		Categórica	-Comerciante -Agricultura -Trabajadora -Ama de casa -Estudiante	Nominal
FACTORES OBSTÉTRICOS				
Gestas		Categórica	-Primigesta -Multigesta -Gran multigesta	Nominal
Paridad		Categórica	-Nulípara -Multípara -Gran multípara	Nominal
Antecedente de prematuridad	Datos consignados en la base de datos del Sistema Informático Perinatal	Categórica	-Sí -No	Nominal
Controles prenatales		Categórica	- Adecuado (6 a más) - Inadecuado (<=5)	Nominal
Talla materna		Categórica	-Talla normal -Talla baja	Nominal
Índice de masa corporal		Categórica	-Bajo peso -Normal -Sobrepeso- -Obesidad	Nominal
Anemia		Categórica	-Sí -No	Nominal

Situación		Categórica	-Longitudinal -Transversal	Nominal
Presentación		Categórica	-Cefálica -Pelviana	Nominal
Infección del tracto urinario		Categórica	-Sí -No	Nominal
Vaginosis bacteriana		Categórica	-Sí -No	Nominal
Antecedente de aborto		Categórica	-Sin aborto -Aborto único -Aborto recurrente	Nominal
Antecedente de cesárea		Categórica	-Sí -No	Nominal
Antecedente de prematuridad		Categórica	-Sí -No	Nominal
Preeclampsia		Categórica	-Sí -No	Nominal
Antecedente de hipertensión		Categórica	-Sí -No	Nominal
CARACTERÍSTICAS NEONATALES				
Sexo		Categórica	-Masculino -Femenino	Nominal
Apgar a los 5 minutos	Datos consignados en la base de datos del Sistema Informático Perinatal	Categórica	-Vigoroso (7-10 pts) -Depresión neonatal <7	Nominal
Peso para la edad gestacional		Categórica	-Adecuado -Grande -Pequeño	Nominal

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.4.1. Técnica

La técnica que se usó para la recolección de datos en el presente estudio fue el análisis documental.

3.4.2. Instrumento

El instrumento que se empleó para la recolección de datos fue un software especializado, conocido como el Sistema Informático Perinatal.

La información que se utilizó provino de dicho sistema del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, donde se registra todo el proceso reproductivo de cada gestante que fue atendida para dar a luz. Estos datos están contenidos en la historia clínica perinatal, que se ingresa al sistema todos los días tras el momento del alta médica.

Como el 100% de los partos atendidos se cargan en este sistema, se pudo encontrar la totalidad de la información tanto de las madres como del parto en sí y de los recién nacidos.

3.5. ACCIONES Y ACTIVIDADES

Primero, se presentó una solicitud al Director de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, solicitándole la aprobación de la ejecución del proyecto de tesis.

Se pidió formalmente permiso tanto a la Dirección Ejecutiva del Hospital Hipólito Unanue de Tacna como a su Unidad de Estadística, para poder acceder a la información del Sistema Informático Perinatal. También se solicitó la aprobación del Comité de Ética del hospital.

Finalmente, se revisó que la información recopilada sea de buena calidad, para su exportación a un software estadístico, donde se realizó el análisis correspondiente.

3.6. TRATAMIENTO DE DATOS

Se importará la base de datos en el software estadístico, previa filtración de datos según los criterios de inclusión y exclusión. Luego, para el análisis estadístico, se empleó frecuencias absolutas y relativas. Para evaluar si existe relación entre las variables, se calculó el intervalo de confianza al 95% y el valor de “p”. Consideramos que hubo una asociación significativa cuando el intervalo de confianza no incluía el valor de “1”.

Consideramos que hubo una asociación significativa cuando el valor de “p” fue menor a 0.05. Finalmente, los resultados fueron esquematizados mediante tablas comparativas y gráficos.

3.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitó el permiso al director del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, así como la aprobación del Comité de Ética con el compromiso de no revelar datos que no sean estrictamente parte de la investigación.

Se respetó la confidencialidad de la información de cada paciente ya que no se presentó ninguna información que los identifique.

Los datos fueron veraces, siendo los mismos registrados en el Sistema Informático Perinatal.

Las orientaciones de no copia y originalidad fueron consideradas en el presente estudio, para ello se empleó el software TURNITIN con el objetivo de obtener un porcentaje de similitud inferior al 10%.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

TABLA N° 01

**FRECUENCIA DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2021-2025**

Años	Total	N° RN Prematuros	Proporción RN Prematuro (%)	Proporción RN a término (%)
2021	2182	154	7.06	92.94
2022	2403	144	5.99	94.01
2023	2294	152	6.63	93.37
2024	2038	122	5.99	94.01
2025	1886	125	6.63	93.37
Total	10803	697	6.45	93.55

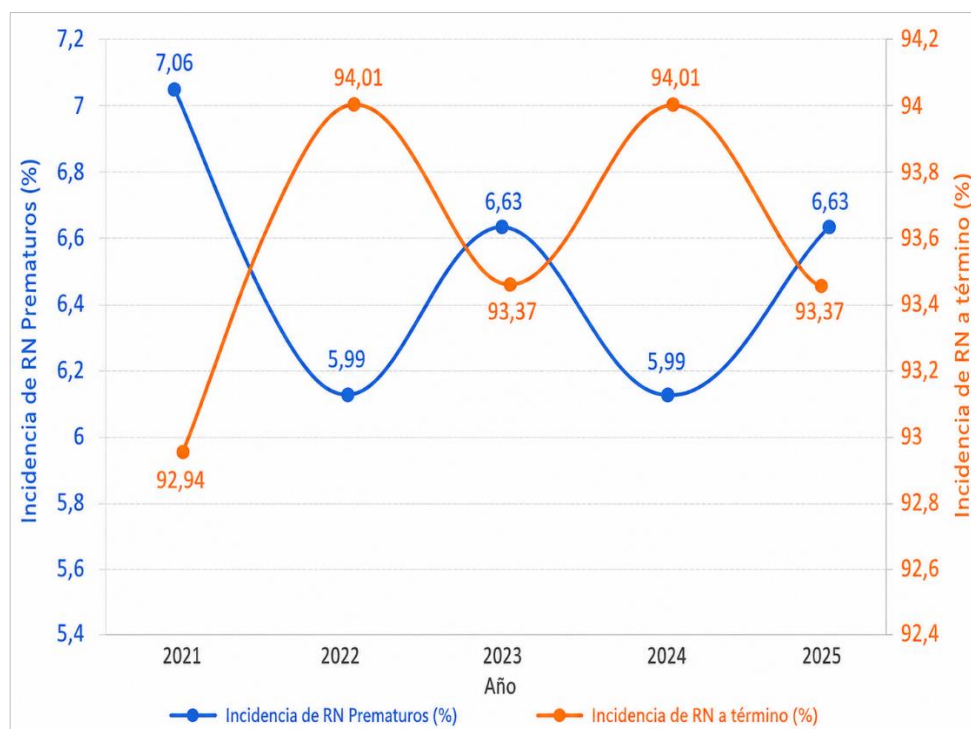
Fuente: Tabla basada en la base de datos del Sistema Informático Perinatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N° 01 se presenta la frecuencia del recién nacido prematuro y a término en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2021-2025. En el año 2021 se registraron 2182 nacimientos, de los cuales 154 correspondieron a recién nacidos prematuros, con una proporción de 7,06 % (92.94% a término). En el año 2022 se reportaron 2403 nacimientos, con 144 recién nacidos prematuros y una proporción de 5,99 % (94.01% a término). En el año 2023 se registraron 2294 nacimientos, de los cuales 152 fueron prematuros, con una proporción de 6,63 % (93.37% a término). En el año 2024 se presentaron 2038 nacimientos, con 122 recién nacidos prematuros y una proporción de 5,99% (94.01% a término). En el año 2025 se registraron 1886 nacimientos, de los cuales 125 correspondieron a recién nacidos prematuros, con una proporción de 6,63 % (93.37% a término). En el total del periodo estudiado se reportaron 10803 nacimientos, 697 recién nacidos prematuros y una proporción global de 6,45%.

GRÁFICO N° 01

**FRECUENCIA DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2021-2025**



Fuente: Elaboración propia basada en los datos de la Tabla N° 01

TABLA N° 02

**GRADO DE PREMATURIDAD DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO EN EL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2021-2025**

Grado de prematuridad	N	%
Extremadamente prematuro	55	7.89%
Muy prematuro	79	11.33%
Prematuro moderado	74	10.62%
Prematuro tardío	489	70.16%
Total	697	100%

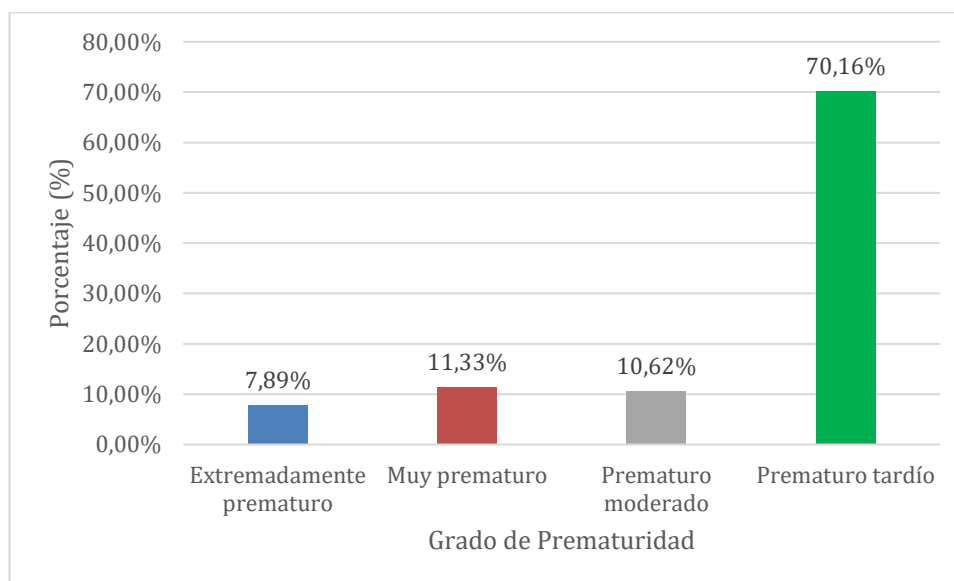
Fuente: Tabla basada en la base de datos del Sistema Informático Perinatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N° 02 se presenta el grado de prematuridad del recién nacido prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2021-2025. De un total de 697 recién nacidos prematuros, la categoría de recién nacido extremadamente prematuro presentó 55 casos, que representaron el 7.89%; la categoría de recién nacido muy prematuro tuvo 79 casos, que representó el 11.33%; la categoría de recién nacido prematuro moderado alcanzó 74 casos que representaron el 10.62%; y la categoría de prematuro tardío presentó 489 casos, equivalente al 70.16%. En conjunto, la tabla muestra que el total de recién nacidos prematuros registrados fue de 697, correspondiente al 100%.

GRÁFICO N° 02

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GRADO DE PREMATURIDAD DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2021-2025



Fuente: Elaboración propia basada en los datos de la Tabla N° 02

TABLA N° 03

**EDAD DE LA MADRE COMO FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO ASOCIADO AL
RECIÉN NACIDO PREMATURO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
DURANTE EL PERIODO 2021-2025**

Edad	RN Prematuro		RN a Término		IC95%	p
	n	%	n	%		
<20 años	61	8.75%	821	8.12%		
20-34 años	455	65.28%	7176	71.01%	(1.11-1.62)	0.001
>34 años	181	25.97%	2109	20.87%		
TOTAL	697	100%	10106	100%		

Fuente: Tabla basada en la base de datos del Sistema Informático Perinatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025

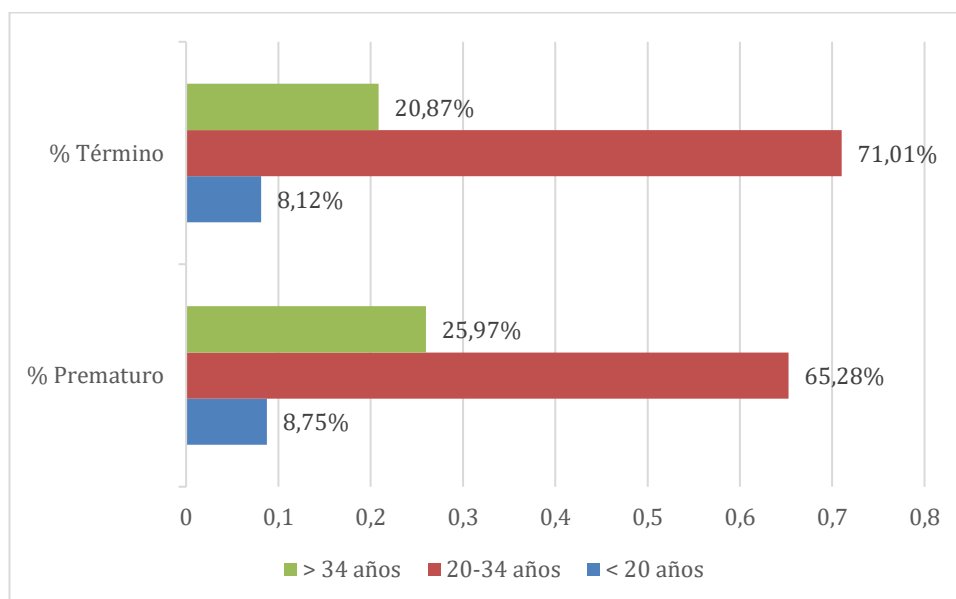
INTERPRETACIÓN

En la Tabla N.º 03 se presenta la edad de la madre como factor sociodemográfico asociado al recién nacido prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2021-2025. En el grupo de recién nacidos prematuros se registraron 697 casos en total. De ellos, 61 correspondieron a madres menores de 20 años, lo que representó el 8,75 %. Asimismo, 455 recién nacidos prematuros fueron de madres con edades entre 20 y 34 años, equivalente al 65,28 %. En el grupo de madres mayores de 34 años se registraron 181 recién nacidos prematuros, con un porcentaje de 25,97 %.

En cuanto al grupo de recién nacidos a término, se reportaron 10106 casos en total. De estos, 821 correspondieron a madres menores de 20 años, con un porcentaje de 8,12%. En las madres de 20 a 34 años se registraron 7176 recién nacidos a término, lo que representó el 71,01 %. Por su parte, en las madres mayores de 34 años se observaron 2109 recién nacidos a término, equivalente al 20,87 %.

GRÁFICO N° 03

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA EDAD DE LA MADRE SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021-2025



Fuente: Elaboración propia basada en los datos de la Tabla N° 03

TABLA N° 04

**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE COMO FACTOR
SOCIODEMOGRÁFICO ASOCIADO AL RECIÉN NACIDO PREMATURO DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2021-2025**

Grado de instrucción	RN Prematuro		RN a Término		IC95%	p
	n	%	n	%		
Ninguno	21	3.01%	89	0.88%		
Primaria	289	41.46%	831	8.22%		
Secundaria	237	34.00%	4509	44.62%	(0.25-0.29)	0.001
Superior	70	10.04%	2589	25.62%		
Técnico superior	80	11.48%	2088	20.66%		
TOTAL	697	100%	10106	100%		

Fuente: Tabla basada en la base de datos del Sistema Informático Perinatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025

INTERPRETACIÓN

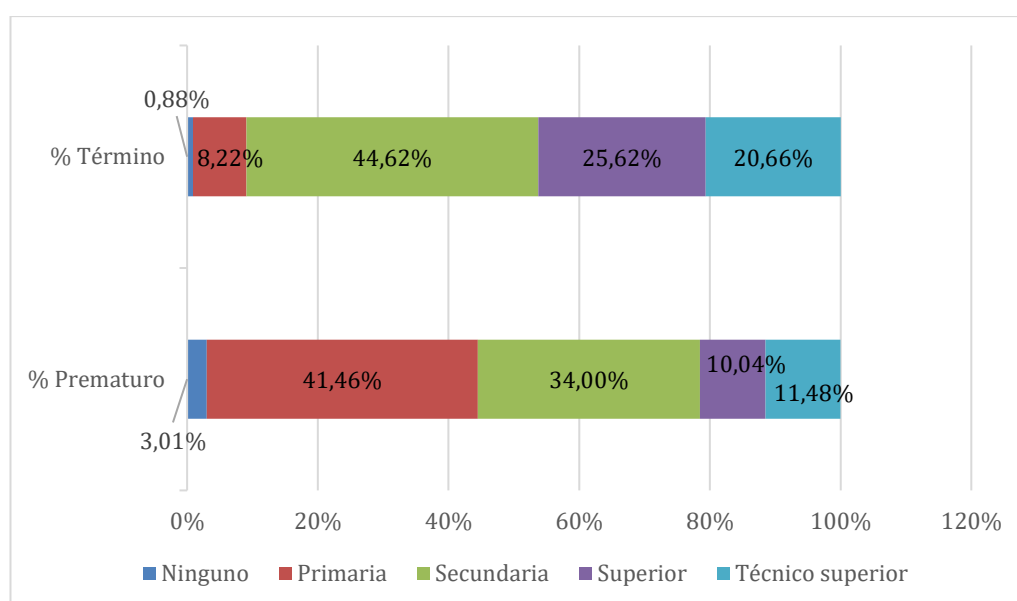
En la Tabla N° 04 se presenta el grado de instrucción de la madre como factor sociodemográfico asociado al recién nacido prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2021-2025. En el grupo de recién nacidos prematuros se registraron 697 casos en total. Según el grado de instrucción materna, 21 casos correspondieron a madres sin instrucción, lo que representó el 3,01 %. En el nivel primaria se registraron 289 casos, equivalente al 41,46 %. En el nivel secundaria se presentaron 237 casos, con un porcentaje de 34,00 %. Asimismo, 70 casos correspondieron a madres con instrucción superior, lo que representó el 10,04 %. En el nivel técnico superior se registraron 80 casos, equivalente al 11,48 %.

En el grupo de recién nacidos a término se reportaron 10106 casos en total. De ellos, 89 correspondieron a madres sin instrucción, con un porcentaje de 0,88 %. En el nivel primaria se registraron 831 casos, equivalente al 8,22 %. En el nivel secundaria se

presentaron 4509 casos, lo que representó el 44,62 %. En madres con instrucción superior se registraron 2589 casos, con un porcentaje de 25,62 %. En el nivel técnico superior se reportaron 2088 casos, equivalente al 20,66 %.

GRÁFICO N° 04

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021-2025



Fuente: Elaboración propia basada en los datos de la Tabla N° 04

TABLA N° 05

**ESTADO CIVIL DE LA MADRE COMO FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO
ASOCIADO AL RECIÉN NACIDO PREMATURO DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2021-2025**

Estado civil	RN Prematuro		RN a Término		IC95%	p
	n	%	n	%		
Casada	75	10.76%	975	9.65%		
Conviviente	490	70.30%	7451	73.73%	(0.71-1.00)	0.048
Soltera	132	18.94%	1680	16.62%		
TOTAL	697	100%	10106	100%		

Fuente: Tabla basada en la base de datos del Sistema Informático Perinatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025

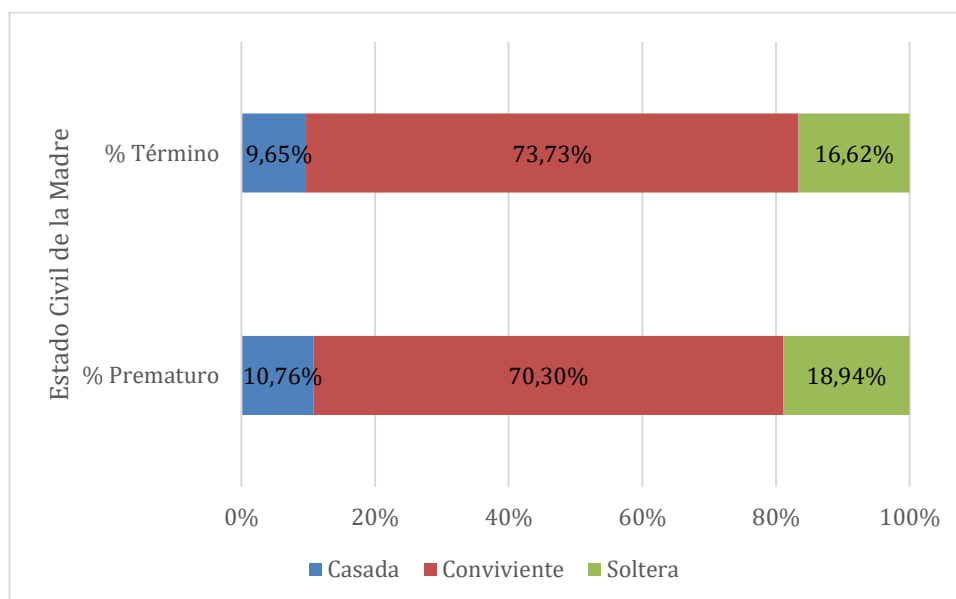
INTERPRETACIÓN

En la Tabla N° 05 se presenta el estado civil de la madre como factor sociodemográfico asociado al recién nacido prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2021-2025. En el grupo de recién nacidos prematuros se registraron 697 casos en total. De ellos, 75 correspondieron a madres casadas, lo que representó el 10,76 %. Asimismo, 490 recién nacidos prematuros fueron de madres convivientes, equivalente al 70,30 %. En el grupo de madres solteras se registraron 132 recién nacidos prematuros, con un porcentaje de 18,94 %.

En el grupo de recién nacidos a término se reportaron 10106 casos en total. De estos, 975 correspondieron a madres casadas, con un porcentaje de 9,65 %. En madres convivientes se registraron 7451 recién nacidos a término, lo que representó el 73,73 %. Por su parte, en madres solteras se observaron 1680 recién nacidos a término, equivalente al 16,62 %.

GRÁFICO N° 05

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL ESTADO CIVIL DE LA MADRE SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021-2025



Fuente: Elaboración propia basada en los datos de la Tabla N° 05

TABLA N° 06

**OCUPACIÓN DE LA MADRE COMO FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO ASOCIADO
AL RECIÉN NACIDO PREMATURO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA DURANTE EL PERIODO 2021-2025**

Ocupación	RN Prematuro		RN a Término		IC95%	p
	n	%	n	%		
Comerciante	103	14.78%	1664	16.47%		
Agricultora	16	2.30%	273	2.70%		
Trabajadora	91	13.06%	1170	11.58%	(0.91-1.44)	0.240
Ama de casa	430	61.69%	6325	62.59%		
Estudiante	57	8.18%	674	6.67%		
TOTAL	697	100%	10106	100%		

Fuente: Tabla basada en la base de datos del Sistema Informático Perinatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025

INTERPRETACIÓN

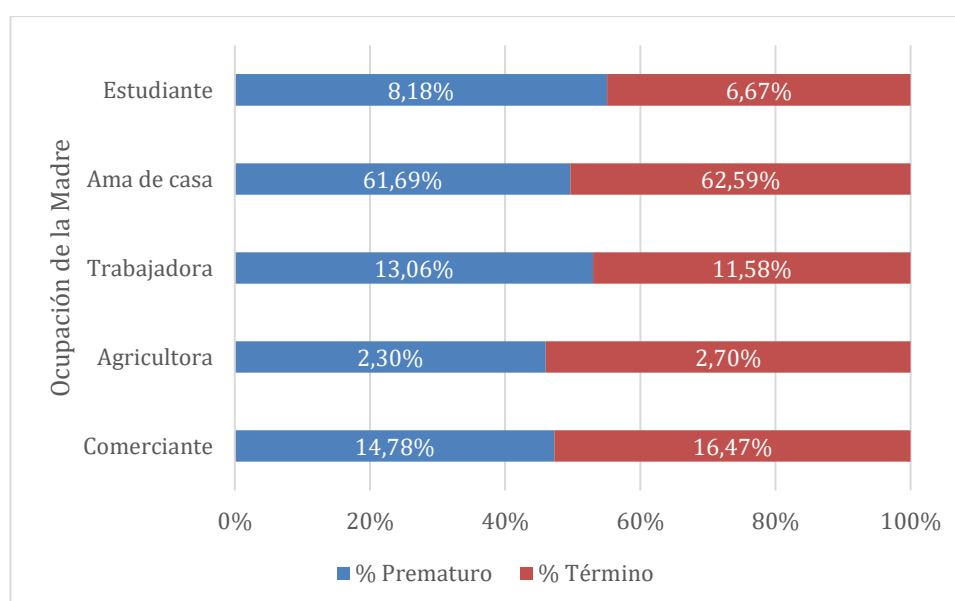
En la Tabla N° 06 se presenta la ocupación de la madre como factor sociodemográfico asociado al recién nacido prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2021-2025. En el grupo de recién nacidos prematuros se registraron 697 casos en total. Según la ocupación materna, 103 casos correspondieron a madres comerciantes, lo que representó el 14,78 %. En madres agricultoras se registraron 16 casos, equivalente al 2,30 %. Asimismo, 91 casos correspondieron a madres trabajadoras, con un porcentaje de 13,06 %. En madres amas de casa se presentaron 430 recién nacidos prematuros, lo que representó el 61,69 %. En el grupo de madres estudiantes se registraron 57 casos, equivalente al 8,18 %.

En el grupo de recién nacidos a término se reportaron 10106 casos en total. De ellos, 1664 correspondieron a madres comerciantes, con un porcentaje de 16,47 %. En madres agricultoras se registraron 273 recién nacidos a término, equivalente al 2,70 %. En

madres trabajadoras se presentaron 1170 casos, lo que representó el 11,58 %. En madres amas de casa se registraron 6325 casos, con un porcentaje de 62,59 %. En el grupo de madres estudiantes se reportaron 674 recién nacidos a término, equivalente al 6,67 %.

GRÁFICO N° 06

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA OCUPACIÓN DE LA MADRE SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021-2025



Fuente: Elaboración propia basada en los datos de la Tabla N° 06

TABLA N° 07

**GESTAS DE LA MADRE COMO FACTOR OBSTÉTRICO ASOCIADO AL RECIÉN
NACIDO PREMATURO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
DURANTE EL PERIODO 2021-2025**

Gestas	RN Prematuro		RN a Término		IC95%	p
	n	%	n	%		
Primigesta	188	26.97%	2863	28.33%	(1.32-2.17)	0.001
Multigesta	431	61.84%	6546	64.77%		
Gran multigesta	78	11.19	697	6.90		
TOTAL	697	100%	10106	100%		

Fuente: Tabla basada en la base de datos del Sistema Informático Perinatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025

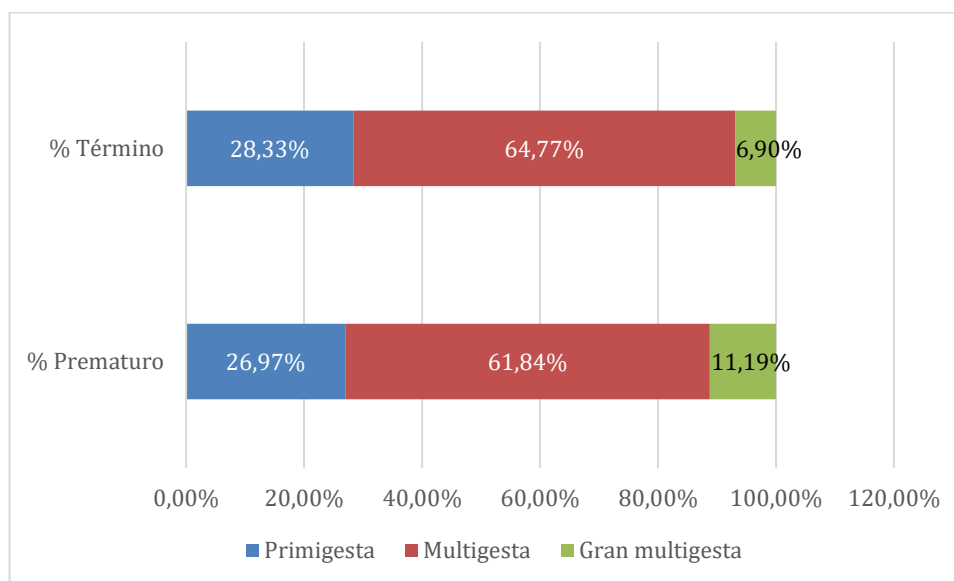
INTERPRETACIÓN

En la Tabla N° 07 se presenta el número de gestas de la madre como factor obstétrico asociado al recién nacido prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2021-2025. En el grupo de recién nacidos prematuros se registraron 697 casos en total. Según el número de gestas, 188 casos correspondieron a madres primigestas, lo que representó el 26,97 %. Asimismo, 431 casos correspondieron a madres multigestas, equivalente al 61,84 %. En madres gran multigestas se registraron 78 recién nacidos prematuros, con un porcentaje de 11,19 %.

En el grupo de recién nacidos a término se reportaron 10106 casos en total. De ellos, 2863 correspondieron a madres primigestas, con un porcentaje de 28,33 %. En madres multigestas se registraron 6546 recién nacidos a término, lo que representó el 64,77 %. En madres gran multigestas se presentaron 697 casos, equivalente al 6,90 %.

GRÁFICO N° 07

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS GESTAS DE LA MADRE SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021-2025



Fuente: Elaboración propia basada en los datos de la Tabla N° 07

TABLA N° 08

**PARIDAD DE LA MADRE COMO FACTOR OBSTÉTRICO ASOCIADO AL RECIÉN
NACIDO PREMATURO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
DURANTE EL PERIODO 2021-2025**

Paridad	RN Prematuro		RN a Término		IC95%	p
	n	%	n	%		
Nulípara	261	37.45%	3898	38.57%		
Múltipara	427	61.26%	6135	60.71%	(0.87-1.20)	0.771
Gran múltipara	9	1.29	73	0.72		
TOTAL	697	100%	10106	100%		

Fuente: Tabla basada en la base de datos del Sistema Informático Perinatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025

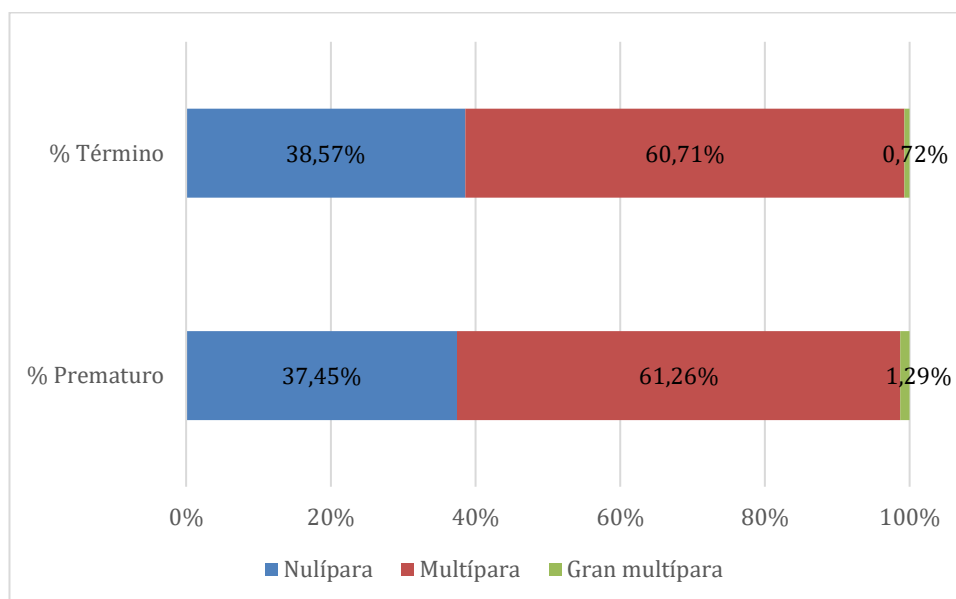
INTERPRETACIÓN

En la Tabla N° 08 se presenta la paridad de la madre como factor obstétrico asociado al recién nacido prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2021-2025. En el grupo de recién nacidos prematuros se registraron 697 casos en total. Según la paridad materna, 261 casos correspondieron a madres nulíparas, lo que representó el 37,45 %. Asimismo, 427 casos correspondieron a madres múltiparas, equivalente al 61,26 %. En madres gran múltiparas se registraron 9 recién nacidos prematuros, con un porcentaje de 1,29%.

En el grupo de recién nacidos a término se reportaron 10106 casos en total. De ellos, 3898 correspondieron a madres nulíparas, con un porcentaje de 38,57 %. En madres múltiparas se registraron 6135 recién nacidos a término, lo que representó el 60,71 %. En madres gran múltiparas se presentaron 73 casos, equivalente al 0,72 %.

GRÁFICO N° 08

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA PARIDAD DE LA MADRE SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021-2025



Fuente: Elaboración propia basada en los datos de la Tabla N° 08

TABLA N° 09

**CONTROLES PRENATALES DE LA MADRE COMO FACTOR OBSTÉTRICO
ASOCIADO AL RECIÉN NACIDO PREMATURO DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2021-2025**

Controles prenatales	RN Prematuro		RN a Término		IC95%	p
	n	%	n	%		
Adecuado	235	33.72%	6085	60.21%	(2.5-3.4)	0.001
Inadecuado	462	66.28%	4021	39.79%		
TOTAL	697	100%	10106	100%		

Fuente: Tabla basada en la base de datos del Sistema Informático Perinatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025

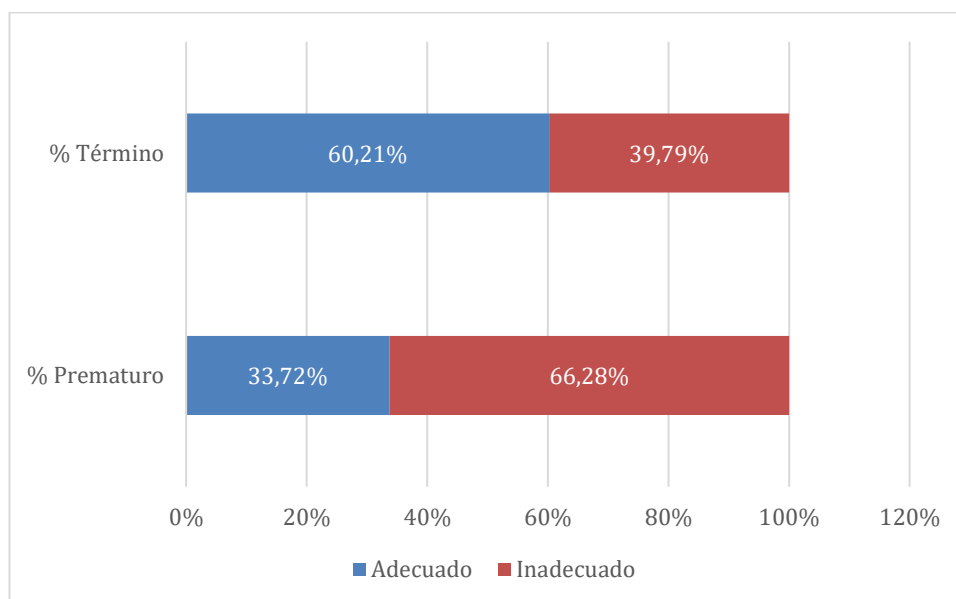
INTERPRETACIÓN

En la Tabla N° 09 se presentan los controles prenatales de la madre como factor obstétrico asociado al recién nacido prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2021-2025. En el grupo de recién nacidos prematuros se registraron 697 casos en total. Según la condición de los controles prenatales, 235 casos correspondieron a madres con controles prenatales adecuados, lo que representó el 33,72 %. Asimismo, 462 casos correspondieron a madres con controles prenatales inadecuados, equivalente al 66,28 %.

En el grupo de recién nacidos a término se reportaron 10106 casos en total. De ellos, 6085 correspondieron a madres con controles prenatales adecuados, con un porcentaje de 60,21 %. En madres con controles prenatales inadecuados se registraron 4021 recién nacidos a término, lo que representó el 39,79 %. La tabla también consigna un valor de p menor que 0,001.

GRÁFICO N° 09

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS CONTROLES PRENATALES DE LA MADRE SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021-2025



Fuente: Elaboración propia basada en los datos de la Tabla N° 09

TABLA N° 10

**TALLA DE LA MADRE COMO FACTOR OBSTÉTRICO ASOCIADO AL RECIÉN
NACIDO PREMATURO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
DURANTE EL PERIODO 2021-2025**

Talla materna	RN Prematuro		RN a Término		IC95%	p
	n	%	n	%		
Talla normal	652	93.54%	9599	94.98%	(0.95-1.79)	0.096
Talla baja	45	6.46%	507	5.02%		
TOTAL	697	100%	10106	100%		

Fuente: Tabla basada en la base de datos del Sistema Informático Perinatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025

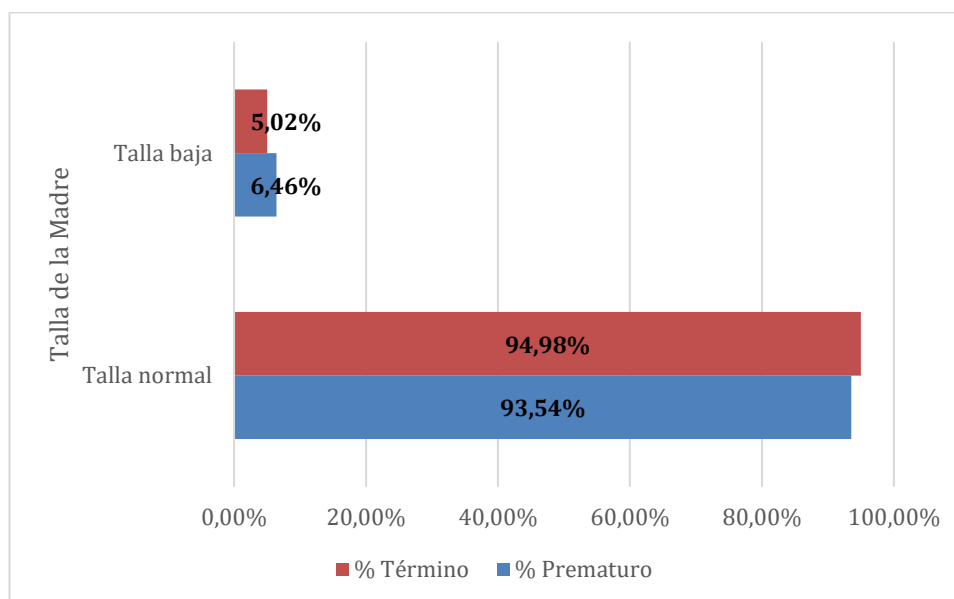
INTERPRETACIÓN

En la Tabla N° 10 se presenta la talla de la madre como factor obstétrico asociado al recién nacido prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2021-2025. En el grupo de recién nacidos prematuros se registraron 697 casos en total. Según la talla materna, 652 casos correspondieron a madres con talla normal, lo que representó el 93,54 %. Asimismo, 45 casos correspondieron a madres con talla baja, equivalente al 6,46 %.

En el grupo de recién nacidos a término se reportaron 10106 casos en total. De ellos, 9599 correspondieron a madres con talla normal, con un porcentaje de 94,98 %. En madres con talla baja se registraron 507 recién nacidos a término, lo que representó el 5,02 %. La tabla también consigna un valor de p de 0,096.

GRÁFICO N° 10

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA TALLA DE LA MADRE SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021-2025



Fuente: Elaboración propia basada en los datos de la Tabla N° 10

TABLA N° 11

**ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE LA MADRE COMO FACTOR OBSTÉTRICO
ASOCIADO AL RECIÉN NACIDO PREMATURO DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2021-2025**

IMC	RN Prematuro		RN a Término		IC95%	p
	n	%	n	%		
Bajo peso	13	1.87%	65	0.64%	(0.74-1.03)	0.097
Normal	218	31.28%	3025	29.93%		
Sobrepeso	246	35.29	3886	38.45%		
Obesidad	220	31.56	3130	30.97%		
TOTAL	697	100%	10106	100%		

Fuente: Tabla basada en la base de datos del Sistema Informático Perinatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025

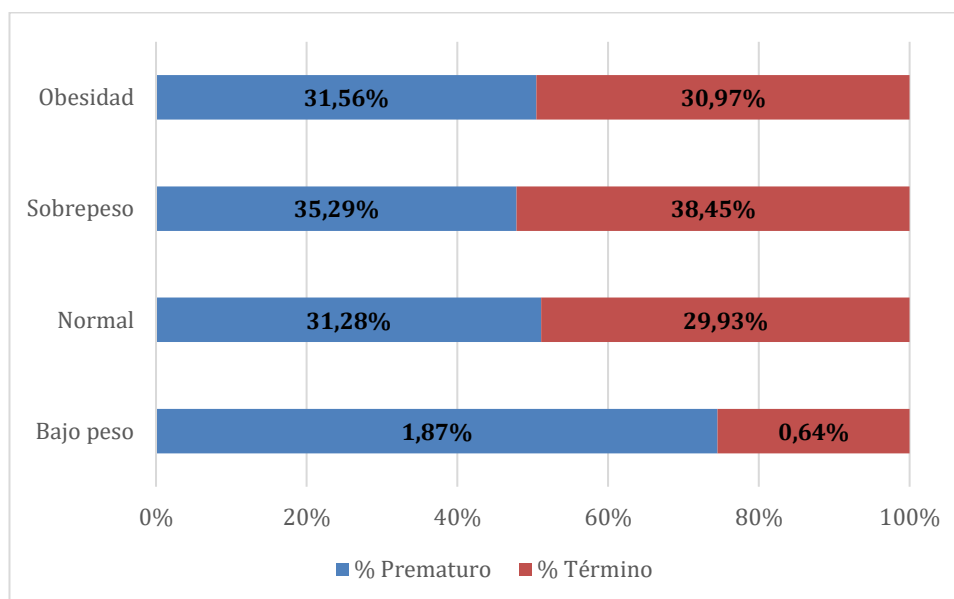
INTERPRETACIÓN

En la Tabla N° 11 se presenta el índice de masa corporal de la madre como factor obstétrico asociado al recién nacido prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2021-2025. En el grupo de recién nacidos prematuros se registraron 697 casos en total. Según el índice de masa corporal materno, 13 casos correspondieron a madres con bajo peso, lo que representó el 1,87 %. En madres con índice de masa corporal normal se registraron 218 casos, equivalente al 31,28 %. Asimismo, 246 casos correspondieron a madres con sobrepeso, con un porcentaje de 35,29 %. En madres con obesidad se presentaron 220 recién nacidos prematuros, lo que representó el 31,56%.

En el grupo de recién nacidos a término se reportaron 10106 casos en total. De ellos, 65 correspondieron a madres con bajo peso, con un porcentaje de 0,64 %. En madres con índice de masa corporal normal se registraron 3025 recién nacidos a término, equivalente al 29,93 %. En madres con sobrepeso se presentaron 3886 casos, lo que representó el 38,45 %. En madres con obesidad se reportaron 3130 recién nacidos a término, con un porcentaje de 30,97 %.

GRÁFICO N° 11

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE LA MADRE SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021-2025



Fuente: Elaboración propia basada en los datos de la Tabla N° 11

TABLA N° 12

**ANEMIA DE LA MADRE COMO FACTOR OBSTÉTRICO ASOCIADO AL RECIÉN
NACIDO PREMATURO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
DURANTE EL PERIODO 2021-2025**

Anemia	RN Prematuro		RN a Término		IC95%	P
	n	%	n	%		
Sí	172	24.68%	1820	18.01%	(1.25-1.77)	0.001
No	525	75.32%	8286	81.99%		
TOTAL	697	100%	10106	100%		

Fuente: Tabla basada en la base de datos del Sistema Informático Perinatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025

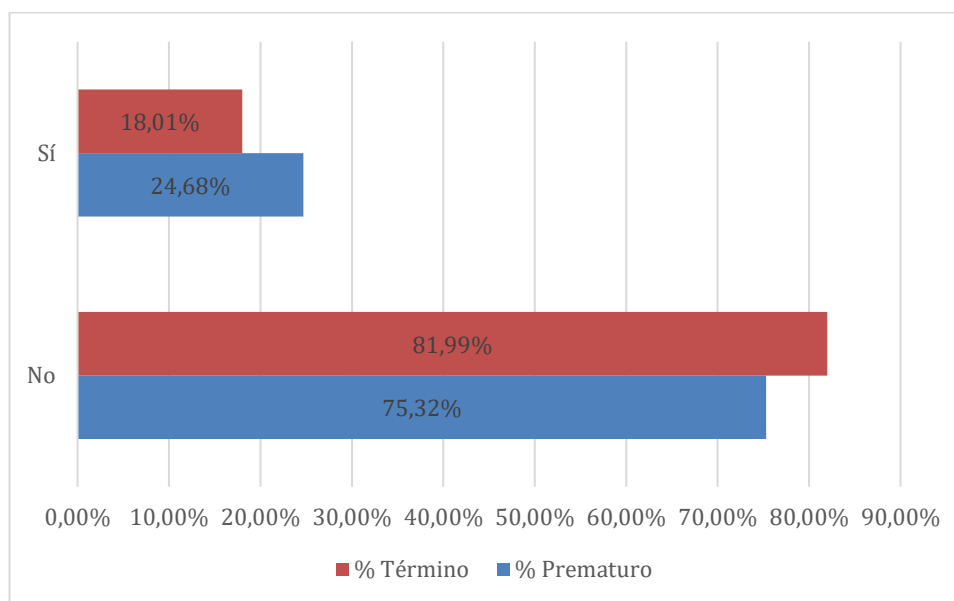
INTERPRETACIÓN

En la Tabla N° 12 se presenta la anemia de la madre como factor obstétrico asociado al recién nacido prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2021-2025. En el grupo de recién nacidos prematuros se registraron 697 casos en total. Según la presencia de anemia materna, 172 casos correspondieron a madres con anemia, lo que representó el 24,68 %. Asimismo, 525 casos correspondieron a madres sin anemia, equivalente al 75,32 %.

En el grupo de recién nacidos a término se reportaron 10106 casos en total. De ellos, 1820 correspondieron a madres con anemia, con un porcentaje de 18,01 %. En madres sin anemia se registraron 8286 recién nacidos a término, lo que representó el 81,99 %. La tabla también consigna un valor de p menor que 0,001.

GRÁFICO N° 12

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA ANEMIA DE LA MADRE SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021-2025



Fuente: Elaboración propia basada en los datos de la Tabla N° 12

TABLA N° 13

**SITUACIÓN DEL PRODUCTO COMO FACTOR OBSTÉTRICO ASOCIADO AL
RECIÉN NACIDO PREMATURO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
DURANTE EL PERIODO 2021-2025**

Situación	RN Prematuro		RN a Término		IC95%	p
	n	%	n	%		
Longitudinal	671	96.27%	10053	99.48%	(2.28-5.91)	0.001
Transversal	26	3.73%	53	0.52%		
TOTAL	697	100%	10106	100%		

Fuente: Tabla basada en la base de datos del Sistema Informático Perinatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025

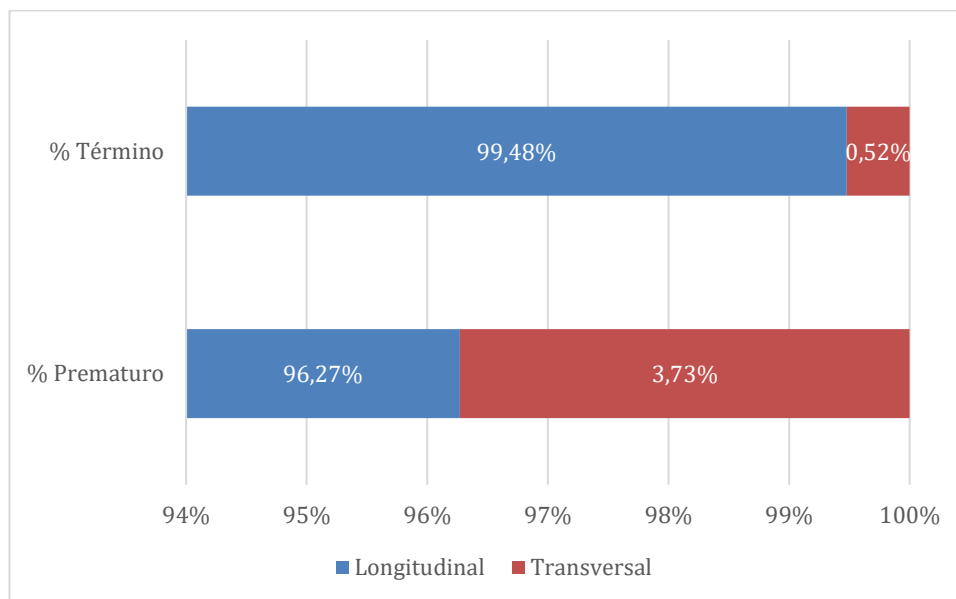
INTERPRETACIÓN

En la Tabla N° 13 se presenta la situación del producto como factor obstétrico asociado al recién nacido prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2021-2025. En el grupo de recién nacidos prematuros se registraron 697 casos en total. Según la situación del producto, 671 casos correspondieron a situación longitudinal, lo que representó el 96,27 %. Asimismo, 26 casos correspondieron a situación transversal, equivalente al 3,73 %.

En el grupo de recién nacidos a término se reportaron 10106 casos en total. De ellos, 10053 correspondieron a situación longitudinal, con un porcentaje de 99,48 %. En situación transversal se registraron 53 recién nacidos a término, lo que representó el 0,52 %. La tabla también consigna un valor de p menor que 0,001.

GRÁFICO N° 13

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA SITUACIÓN DEL PRODUCTO SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021-2025



Fuente: Elaboración propia basada en los datos de la Tabla N° 13

TABLA N° 14

PRESENTACIÓN DEL PRODUCTO COMO FACTOR OBSTÉTRICO ASOCIADO AL RECIÉN NACIDO PREMATURO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2021-2025

Presentación	RN Prematuro		RN a Término		IC95%	p
	n	%	n	%		
Cefálica	629	90.24%	9992	98.87%	(3.47-5.91)	0.001
No cefálica	68	9.76%	114	1.13%		
TOTAL	697	100%	10106	100%		

Fuente: Tabla basada en la base de datos del Sistema Informático Perinatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025

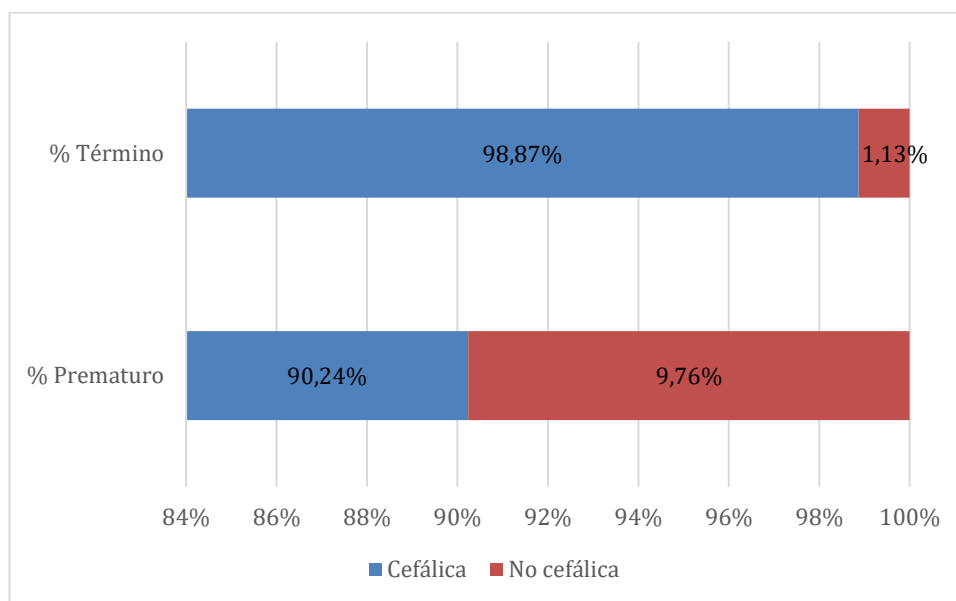
INTERPRETACIÓN

En la Tabla N° 15 se presenta la presentación del producto como factor obstétrico asociado al recién nacido prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2021-2025. En el grupo de recién nacidos prematuros se registraron 697 casos en total. Según la presentación del producto, 629 casos correspondieron a presentación cefálica, lo que representó el 90,24 %. Asimismo, 68 casos correspondieron a presentación no cefálica, equivalente al 9,76 %.

En el grupo de recién nacidos a término se reportaron 10106 casos en total. De ellos, 9992 correspondieron a presentación cefálica, con un porcentaje de 98,87 %. En presentación no cefálica se registraron 114 recién nacidos a término, lo que representó el 1,13 %. La tabla también consigna un valor de p menor que 0,001.

GRÁFICO N° 14

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA PRESENTACIÓN DEL PRODUCTO SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021-2025



Fuente: Elaboración propia basada en los datos de la Tabla N° 14

TABLA N° 15

**INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO DE LA MADRE COMO FACTOR
OBSTÉTRICO ASOCIADO AL RECIÉN NACIDO PREMATURO DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2021-2025**

ITU	RN Prematuro		RN a Término		IC95%	p
	n	%	n	%		
Sí	264	37.88%	1577	15.60%	(2.81-3.88)	0.001
No	433	62.12%	8529	84.40%		
TOTAL	697	100%	10106	100%		

Fuente: Tabla basada en la base de datos del Sistema Informático Perinatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025

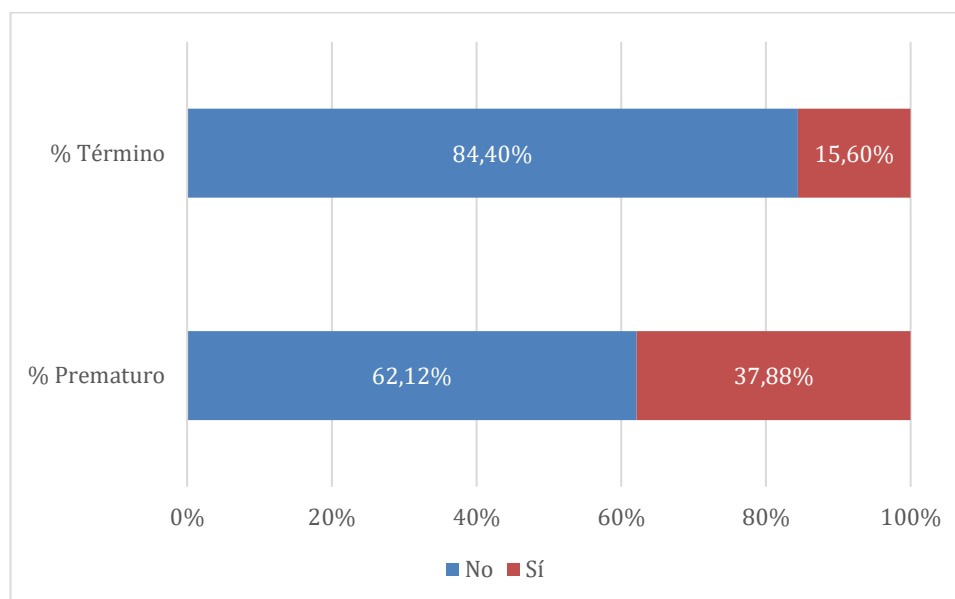
INTERPRETACIÓN

En la Tabla N° 15 se presenta la infección del tracto urinario de la madre como factor obstétrico asociado al recién nacido prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2021-2025. En el grupo de recién nacidos prematuros se registraron 697 casos en total. Según la presencia de infección del tracto urinario, 264 casos correspondieron a madres con infección del tracto urinario, lo que representó el 37,88 %. Asimismo, 433 casos correspondieron a madres sin infección del tracto urinario, equivalente al 62,12 %.

En el grupo de recién nacidos a término se reportaron 10106 casos en total. De ellos, 1577 correspondieron a madres con infección del tracto urinario, con un porcentaje de 15,60 %. En madres sin infección del tracto urinario se registraron 8529 recién nacidos a término, lo que representó el 84,40 %. La tabla también consigna un un valor de p menor que 0,001.

GRÁFICO N° 15

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO DE LA MADRE SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021-2025



Fuente: Elaboración propia basada en los datos de la Tabla N° 15

TABLA N° 16

**VAGINOSIS BACTERIANA DE LA MADRE COMO FACTOR OBSTÉTRICO
ASOCIADO AL RECIÉN NACIDO PREMATURO DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2021-2025**

Vaginosis bacteriana	RN Prematuro		RN a Término		IC95%	P
	n	%	n	%		
Sí	100	14.35%	400	3.96%	(3.21-5.14)	0.001
No	597	85.65%	9706	96.04%		
TOTAL	697	100%	10106	100%		

Fuente: Tabla basada en la base de datos del Sistema Informático Perinatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025

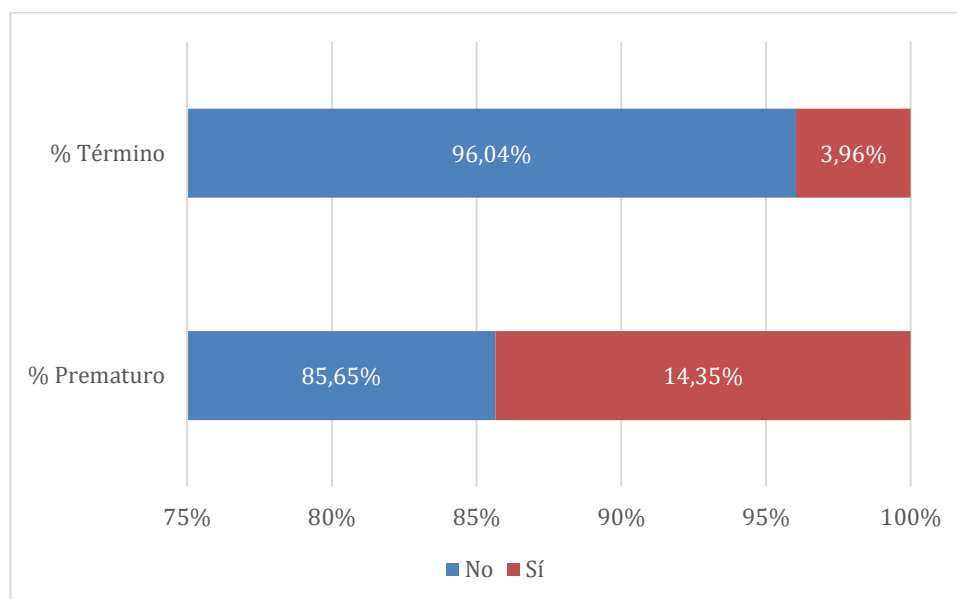
INTERPRETACIÓN

En la Tabla N° 16 se presenta la vaginosis bacteriana de la madre como factor obstétrico asociado al recién nacido prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2021-2025. En el grupo de recién nacidos prematuros se registraron 697 casos en total. Según la presencia de vaginosis bacteriana, 100 casos correspondieron a madres con vaginosis bacteriana, lo que representó el 14,35 %. Asimismo, 597 casos correspondieron a madres sin vaginosis bacteriana, equivalente al 85,65 %.

En el grupo de recién nacidos a término se reportaron 10106 casos en total. De ellos, 400 correspondieron a madres con vaginosis bacteriana, con un porcentaje de 3,96 %. En madres sin vaginosis bacteriana se registraron 9706 recién nacidos a término, lo que representó el 96,04 %. La tabla también consigna un valor de p menor que 0,001.

GRÁFICO N° 16

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VAGINOSIS BACTERIANA DE LA MADRE SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021-2025



Fuente: Elaboración propia basada en los datos de la Tabla N° 16

TABLA N° 17

**ANTECEDENTE DE ABORTO COMO FACTOR OBSTÉTRICO ASOCIADO AL
RECIÉN NACIDO PREMATURO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
DURANTE EL PERIODO 2021-2025**

Antecedente de aborto	RN Prematuro		RN a Término		IC95%	p
	n	%	n	%		
Sin aborto	443	63.56%	6758	66.87%		
Aborto único	194	27.83%	2650	26.22%	(0.91-1.28)	0.35
Aborto recurrente	60	8.61	698	6.91		
TOTAL	697	100%	10106	100%		

Fuente: Tabla basada en la base de datos del Sistema Informático Perinatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025

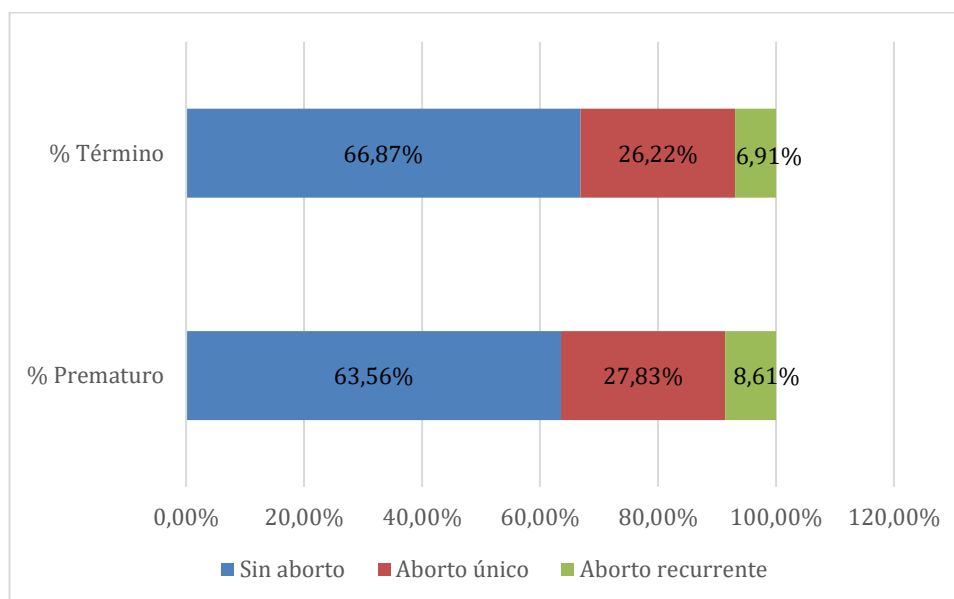
INTERPRETACIÓN

En la Tabla N° 17 se presenta el antecedente de aborto como factor obstétrico asociado al recién nacido prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2021-2025. En el grupo de recién nacidos prematuros se registraron 697 casos en total. Según el antecedente de aborto, 443 casos correspondieron a madres sin aborto, lo que representó el 63,56 %. Asimismo, 194 casos correspondieron a madres con aborto único, equivalente al 27,83 %. En madres con aborto recurrente se registraron 60 recién nacidos prematuros, con un porcentaje de 8,61 %.

En el grupo de recién nacidos a término se reportaron 10106 casos en total. De ellos, 6758 correspondieron a madres sin aborto, con un porcentaje de 66,87 %. En madres con aborto único se registraron 2650 recién nacidos a término, lo que representó el 26,22%. En madres con aborto recurrente se presentaron 698 casos, equivalente al 6,91%.

GRÁFICO N° 17

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL ANTECEDENTE DE ABORTO DE LA MADRE SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021-2025



Fuente: Elaboración propia basada en los datos de la Tabla N° 17

TABLA N° 18

**ANTECEDENTE DE CESÁREA COMO FACTOR OBSTÉTRICO ASOCIADO AL
RECIÉN NACIDO PREMATURO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
DURANTE EL PERIODO 2021-2025**

Antecedente de cesárea	RN Prematuro		RN a Término		IC95%	p
	n	%	n	%		
Sí	195	27.98%	2617	25.90%	(0.93-1.32)	0.225
No	502	72.02%	7489	74.10%		
TOTAL	697	100%	10106	100%		

Fuente: Tabla basada en la base de datos del Sistema Informático Perinatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025

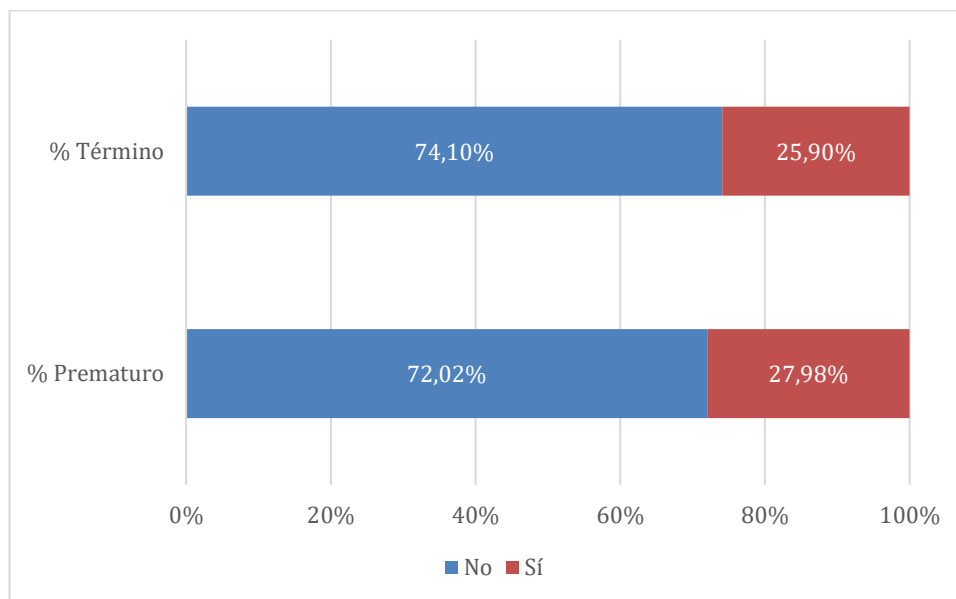
INTERPRETACIÓN

En la Tabla N° 18 se presenta el antecedente de cesárea como factor obstétrico asociado al recién nacido prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2021-2025. En el grupo de recién nacidos prematuros se registraron 697 casos en total. Según el antecedente de cesárea, 195 casos correspondieron a madres con antecedente de cesárea, lo que representó el 27,98 %. Asimismo, 502 casos correspondieron a madres sin antecedente de cesárea, equivalente al 72,02 %.

En el grupo de recién nacidos a término se reportaron 10106 casos en total. De ellos, 2617 correspondieron a madres con antecedente de cesárea, con un porcentaje de 25,90 %. En madres sin antecedente de cesárea se registraron 7489 recién nacidos a término, lo que representó el 74,10 %. La tabla también consigna un valor de p de 0,225.

GRÁFICO N° 18

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL ANTECEDENTE DE CESÁREA DE LA MADRE SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021-2025



Fuente: Elaboración propia basada en los datos de la Tabla N° 18

TABLA N° 19

**ANTECEDENTE DE PREMATURIDAD COMO FACTOR OBSTÉTRICO ASOCIADO
AL RECIÉN NACIDO PREMATURO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA DURANTE EL PERIODO 2021-2025**

Antecedente prematuridad	RN Prematuro		RN a Término		IC95%	p
	n	%	n	%		
Sí	13	1.87%	58	0.57%	(1.59-5.44)	0.001
No	684	98.13%	10048	99.43%		
TOTAL	697	100%	10106	100%		

Fuente: Tabla basada en la base de datos del Sistema Informático Perinatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025

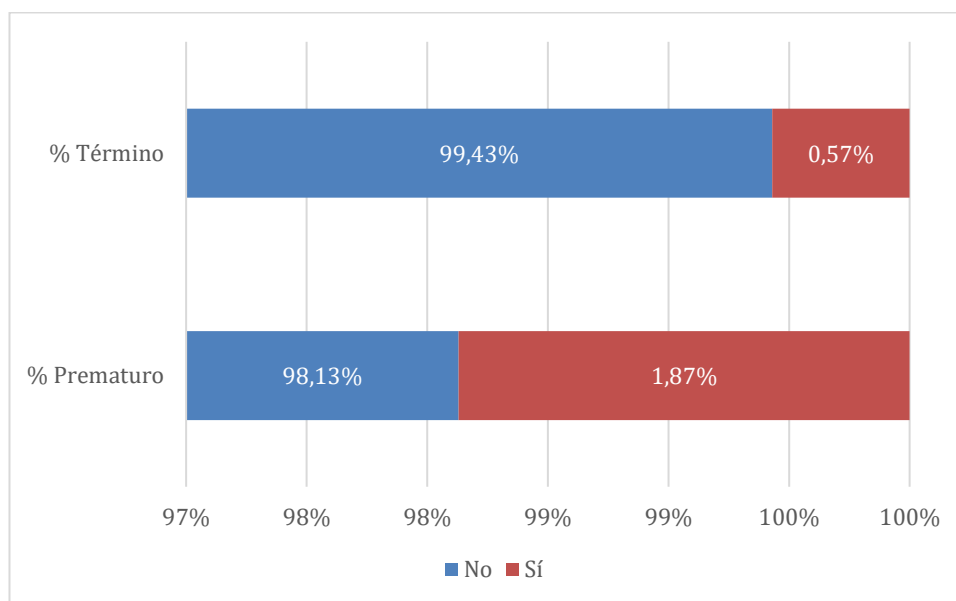
INTERPRETACIÓN

En la Tabla N° 20 se presenta el antecedente de prematuridad como factor obstétrico asociado al recién nacido prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2021-2025. En el grupo de recién nacidos prematuros se registraron 697 casos en total. Según el antecedente de prematuridad, 13 casos correspondieron a madres con antecedente de prematuridad, lo que representó el 1,87 %. Asimismo, 684 casos correspondieron a madres sin antecedente de prematuridad, equivalente al 98,13 %.

En el grupo de recién nacidos a término se reportaron 10106 casos en total. De ellos, 58 correspondieron a madres con antecedente de prematuridad, con un porcentaje de 0,57%. En madres sin antecedente de prematuridad se registraron 10048 recién nacidos a término, lo que representó el 99,43 %. La tabla también consigna un valor de p menor que 0,001.

GRÁFICO N° 19

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL ANTECEDENTE DE PREMATURIDAD SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021-2025



Fuente: Elaboración propia basada en los datos de la Tabla N° 19

TABLA N° 20

**PREECLAMPSIA COMO FACTOR OBSTÉTRICO ASOCIADO AL RECIÉN NACIDO
PREMATURO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL
PERIODO 2021-2025**

Preeclampsia	RN Prematuro		RN a Término		IC95%	p
	n	%	n	%		
Sí	23	3.30%	141	1.40%	(1.54-3.77)	0.001
No	674	96.70%	9965	98.60%		
TOTAL	697	100%	10106	100%		

Fuente: Tabla basada en la base de datos del Sistema Informático Perinatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025

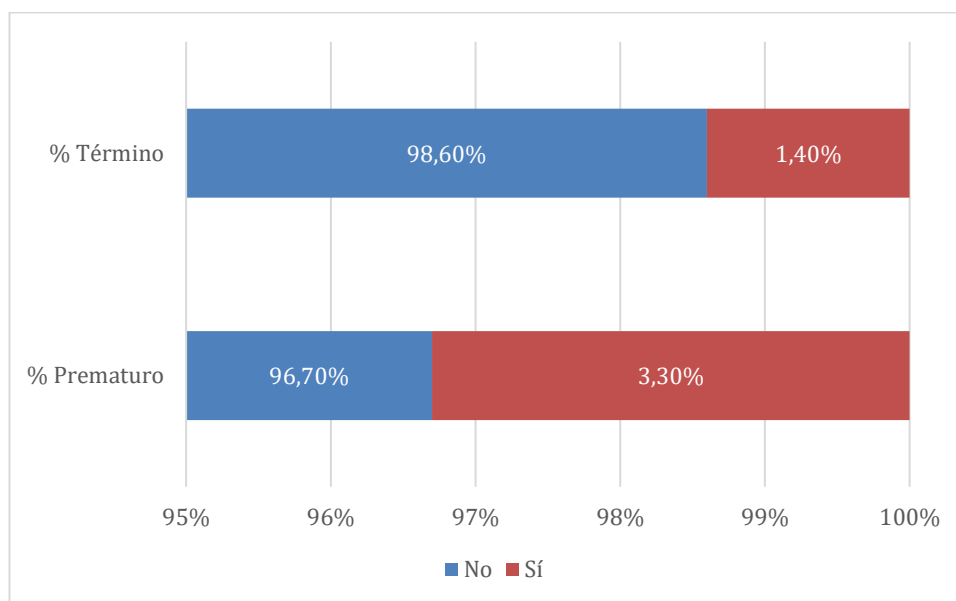
INTERPRETACIÓN

En la Tabla N° 20 se presenta la preeclampsia como factor obstétrico asociado al recién nacido prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2021-2025. En el grupo de recién nacidos prematuros se registraron 697 casos en total. Según la presencia de preeclampsia, 23 casos correspondieron a madres con preeclampsia, lo que representó el 3,30 %. Asimismo, 674 casos correspondieron a madres sin preeclampsia, equivalente al 96,70 %.

En el grupo de recién nacidos a término se reportaron 10106 casos en total. De ellos, 141 correspondieron a madres con preeclampsia, con un porcentaje de 1,40 %. En madres sin preeclampsia se registraron 9965 recién nacidos a término, lo que representó el 98,60 %. La tabla también consigna un valor de p menor que 0,001.

GRÁFICO N° 20

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA PREECLAMPSIA DE LA MADRE SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021-2025



Fuente: Elaboración propia basada en los datos de la Tabla N° 20

TABLA N° 21

**ANTECEDENTE DE HIPERTENSIÓN DE LA MADRE COMO FACTOR
OBSTÉTRICO ASOCIADO AL RECIÉN NACIDO PREMATURO DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2021-2025**

Antecedente de hipertensión	RN Prematuro		RN a Término		IC95%	p
	n	%	n	%		
Sí	8	1.15%	31	0.31%	(1.73-5.72)	0.001
No	689	98.85%	10075	99.69%		
TOTAL	697	100%	10106	100%		

Fuente: Tabla basada en la base de datos del Sistema Informático Perinatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025

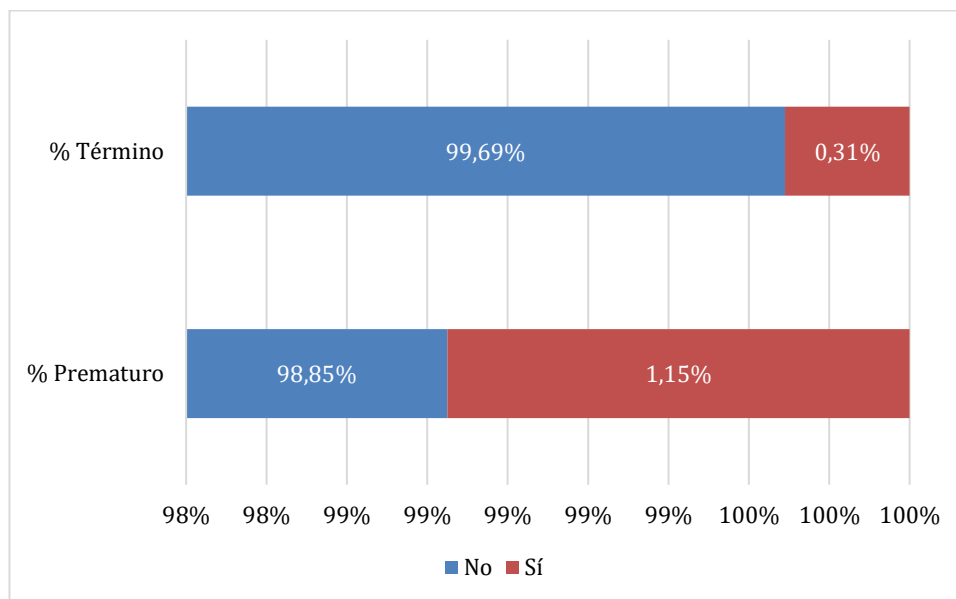
INTERPRETACIÓN

En la Tabla N° 21 se presenta el antecedente de hipertensión de la madre como factor obstétrico asociado al recién nacido prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2021-2025. En el grupo de recién nacidos prematuros se registraron 697 casos en total. Según el antecedente de hipertensión materna, 8 casos correspondieron a madres con antecedente de hipertensión, lo que representó el 1,15%. Asimismo, 689 casos correspondieron a madres sin antecedente de hipertensión, equivalente al 98,85 %.

En el grupo de recién nacidos a término se reportaron 10106 casos en total. De ellos, 31 correspondieron a madres con antecedente de hipertensión, con un porcentaje de 0,31%. En madres sin antecedente de hipertensión se registraron 10075 recién nacidos a término, lo que representó el 99,69 %. La tabla también consigna un valor de p menor que 0,001.

GRÁFICO N° 21

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL ANTECEDENTE DE HIPERTENSIÓN DE LA MADRE SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021-2025



Fuente: Elaboración propia basada en los datos de la Tabla N° 21

TABLA N° 22

**SEXO COMO CARACTERÍSTICA NEONATAL DEL RECIÉN NACIDO
PREMATURO Y A TÉRMINO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
DURANTE EL PERIODO 2021-2025**

SEXO	RN Prematuro		RN a Término	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Masculino	383	54.95%	5119	50.65%
Femenino	314	45.05%	4987	49.35%
TOTAL	697	100%	10106	100%

RN PREMATURO	MASCULINO		FEMENINO		Total
	<i>N=383</i>	%	<i>N=314</i>	%	<i>n (%)</i>
2021	83	53.90%	71	46.10%	154 (100%)
2022	73	50.69%	71	49.31%	144 (100%)
2023	91	59.87%	61	40.13%	152 (100%)
2024	70	57.38%	52	42.62%	122 (100%)
2025	66	52.80%	59	47.20%	125 (100%)

Fuente: Tabla basada en la base de datos del Sistema Informático Perinatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025

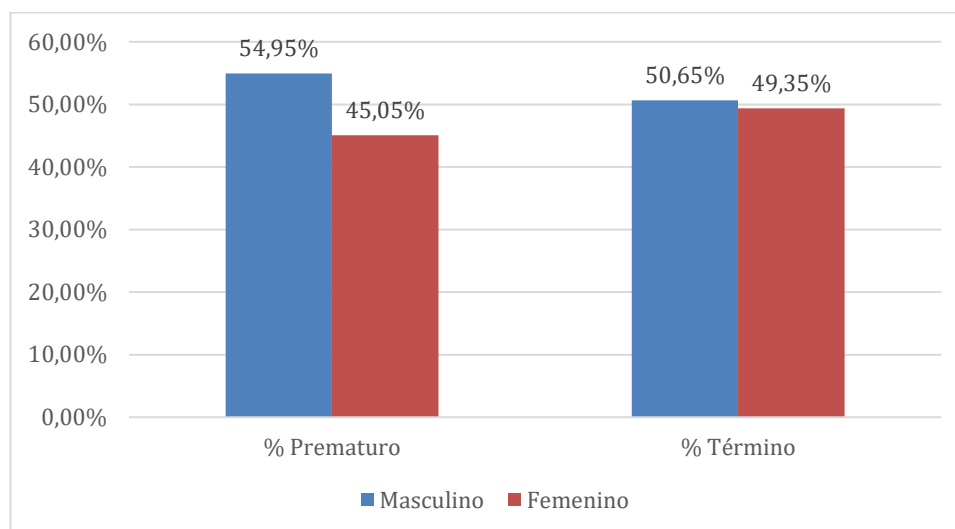
INTERPRETACIÓN

En la Tabla N° 22 se presenta el sexo como característica neonatal del recién nacido prematuro y a término en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2021-2025. En los recién nacidos prematuros, de un total de 697 casos, 383 fueron de sexo masculino, equivalente al 54.95%, mientras que 314 fueron de sexo femenino, correspondiente al 45.05%. En los recién nacidos a término, de un total de 10 106 casos, 5119 fueron de sexo masculino, equivalente al 50.65%, y 4987 fueron de sexo femenino, correspondiente al 49.35%.

Respecto a la distribución anual en los recién nacidos prematuros, en el año 2021 se registraron 154 casos, de los cuales 83 fueron masculinos, equivalente al 53.90%, y 71 fueron femeninos, correspondiente al 46.10%. En 2022, de 144 casos, 73 fueron masculinos, equivalente al 50.69%, y 71 fueron femeninos, correspondiente al 49.31%. En el año 2023, de 152 recién nacidos prematuros, 91 fueron de sexo masculino, equivalente al 59.87%, y 61 fueron de sexo femenino, correspondiente al 40.13%. En 2024, de 122 casos, 70 fueron masculinos, equivalente al 57.38%, y 52 fueron femeninos, correspondiente al 42.62%. Finalmente, en 2025, de 125 casos, 66 fueron masculinos, equivalente al 52.80%, y 59 fueron femeninos, correspondiente al 47.20%.

GRÁFICO N° 22-A

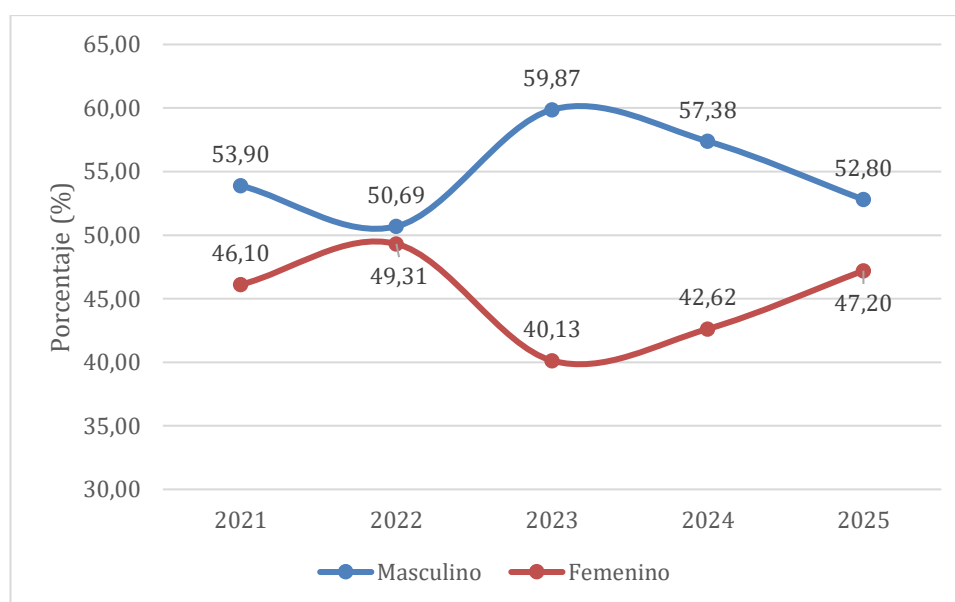
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL SEXO COMO CARACTERÍSTICA NEONATAL DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO Y A TÉRMINO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021-2025



Fuente: Elaboración propia basada en los datos de la Tabla N° 22

GRÁFICO N° 22-B

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL ANUAL DEL SEXO COMO CARACTERÍSTICA NEONATAL DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021-2025



Fuente: Elaboración propia basada en los datos de la Tabla N° 22

TABLA N° 23

**APGAR AL MINUTO 5 COMO CARACTERÍSTICA NEONATAL DEL RECIÉN
NACIDO PREMATURO Y A TÉRMINO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA DURANTE EL PERIODO 2021-2025**

APGAR 5'	RN Prematuro		RN a Término	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Vigoroso	595	85.37%	10073	99.67%
Depresión neonatal	102	14.63%	33	0.33%
TOTAL	697	100%	10106	100%

RN PREMATURO	VIGOROSO		DEPRESIÓN		Total
	<i>N=595</i>	%	<i>N=102</i>	%	<i>n (%)</i>
2021	132	85.71%	22	14.29%	154 (100%)
2022	123	85.42%	21	14.58%	144 (100%)
2023	131	86.18%	21	13.82%	152 (100%)
2024	110	90.16%	12	9.84%	122 (100%)
2025	99	79.20%	26	20.80%	125 (100%)

Fuente: Tabla basada en la base de datos del Sistema Informático Perinatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025

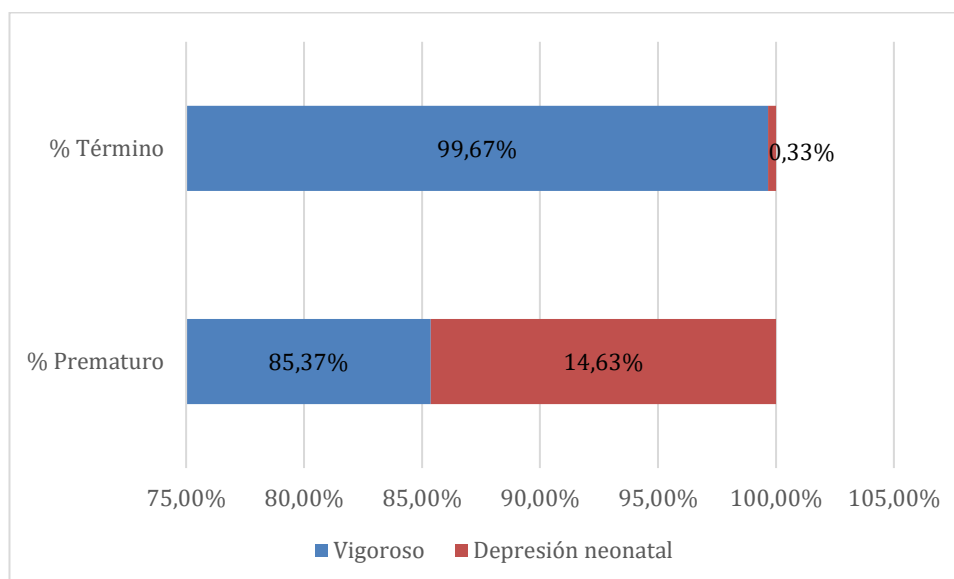
INTERPRETACIÓN

En la Tabla N° 23 se presenta el APGAR al minuto 5 como característica neonatal del recién nacido prematuro y a término en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2021-2025. En los recién nacidos prematuros, de un total de 697 casos, 595 presentaron APGAR vigoroso, equivalente al 85.37%, mientras que 102 presentaron depresión neonatal, correspondiente al 14.63%. En los recién nacidos a término, de un total de 10 106 casos, 10 073 presentaron APGAR vigoroso, equivalente al 99.67%, y 33 presentaron depresión neonatal, correspondiente al 0.33%.

Respecto a la distribución anual en los recién nacidos prematuros, en el año 2021 se registraron 154 casos, de los cuales 132 fueron vigorosos, equivalente al 85.71%, y 22 presentaron depresión neonatal, correspondiente al 14.29%. En 2022, de 144 casos, 123 fueron vigorosos, equivalente al 85.42%, y 21 presentaron depresión neonatal, correspondiente al 14.58%. En 2023, de 152 casos, 131 fueron vigorosos, equivalente al 86.18%, y 21 presentaron depresión neonatal, correspondiente al 13.82%. En el año 2024, de 122 recién nacidos prematuros, 110 fueron vigorosos, equivalente al 90.16%, y 12 presentaron depresión neonatal, correspondiente al 9.84%. Finalmente, en 2025, de 125 casos, 99 fueron vigorosos, equivalente al 79.20%, y 26 presentaron depresión neonatal, correspondiente al 20.80%.

GRÁFICO N° 23-A

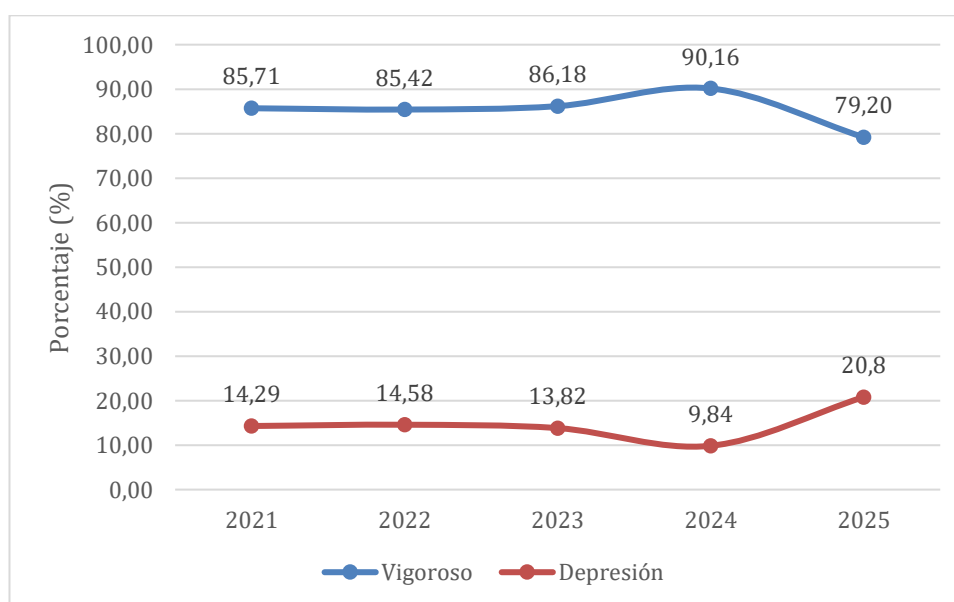
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL APGAR AL MINUTO 5 COMO CARACTERÍSTICA NEONATAL DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO Y A TÉRMINO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021-2025



Fuente: Elaboración propia basada en los datos de la Tabla N° 23

GRÁFICO N° 23-B

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL ANUAL DEL APGAR AL MINUTO 5 COMO CARACTERÍSTICA NEONATAL DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021-2025



Fuente: Elaboración propia basada en los datos de la Tabla N° 23

TABLA N° 24

**PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL COMO CARACTERÍSTICA NEONATAL
DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO Y A TÉRMINO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA DURANTE EL PERIODO 2021-2025**

PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL	RN Prematuro		RN a Término	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Adecuado	565	81.06	7986	79.02
Grande	35	5.02	1935	19.15
Pequeño	97	13.92	185	1.83
TOTAL	697	100%	10106	100%

RN PREMATURO	ADECUADO		GRANDE		PEQUEÑO		Total
	<i>N=565</i>	%	<i>N=35</i>	%	<i>N=97</i>	%	<i>n (%)</i>
2021	123	79.87%	6	3.90%	25	16.23%	154 (100%)
2022	109	75.69%	7	4.86%	28	19.44%	144 (100%)
2023	124	81.58%	13	8.55%	15	9.87%	152 (100%)
2024	105	86.07%	3	2.46%	14	11.48%	122 (100%)
2025	104	83.20%	6	4.80%	15	12.00%	125 (100%)

Fuente: Tabla basada en la base de datos del Sistema Informático Perinatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025

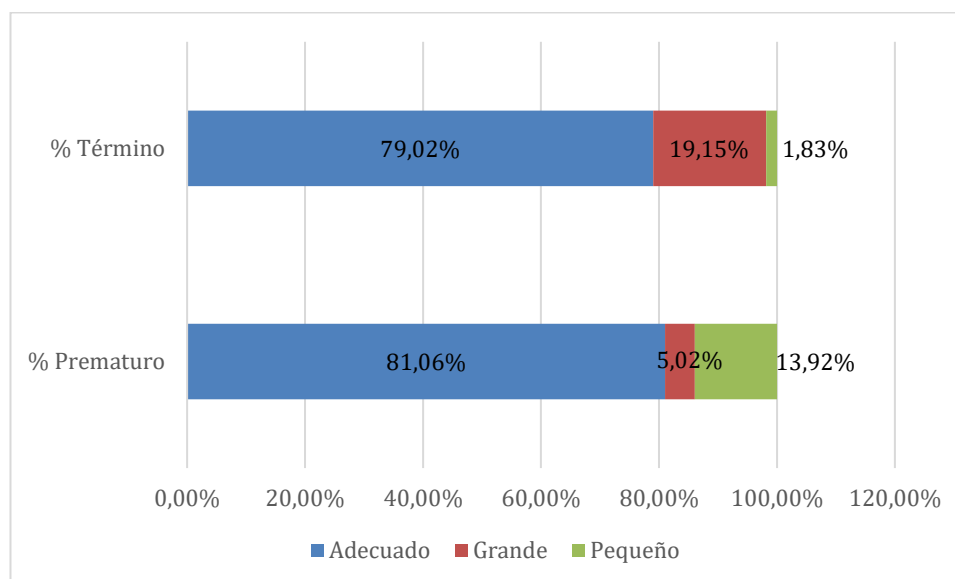
INTERPRETACIÓN

En la Tabla N° 24 se presenta el peso para la edad gestacional como característica neonatal del recién nacido prematuro y a término en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2021-2025. En los recién nacidos prematuros, de un total de 697 casos, 565 presentaron peso adecuado para la edad gestacional, equivalente al 81.06%; 97 fueron pequeños para la edad gestacional, correspondiente al 13.92%; y 35 fueron grandes para la edad gestacional, equivalente al 5.02%. En los recién nacidos a término, de un total de 10 106 casos, 7986 presentaron peso adecuado para la edad gestacional, equivalente al 79.02%; 1935 fueron grandes para la edad gestacional, correspondiente al 19.15%; y 185 fueron pequeños para la edad gestacional, equivalente al 1.83%.

Respecto a la distribución anual en los recién nacidos prematuros, en el año 2021 se registraron 154 casos, de los cuales 123 fueron adecuados para la edad gestacional, equivalente al 79.87%; 6 fueron grandes, correspondiente al 3.90%; y 25 fueron pequeños, equivalente al 16.23%. En 2022, de 144 recién nacidos prematuros, 109 fueron adecuados para la edad gestacional, equivalente al 75.69%; 7 fueron grandes, correspondiente al 4.86%; y 28 fueron pequeños, equivalente al 19.44%. En 2023, de 152 casos, 124 fueron adecuados para la edad gestacional, equivalente al 81.58%; 13 fueron grandes, correspondiente al 8.55%; y 15 fueron pequeños, equivalente al 9.87%. En 2024, de 122 recién nacidos prematuros, 105 fueron adecuados para la edad gestacional, equivalente al 86.07%; 3 fueron grandes, correspondiente al 2.46%; y 14 fueron pequeños, equivalente al 11.48%. Finalmente, en 2025, de 125 casos, 104 fueron adecuados para la edad gestacional, equivalente al 83.20%; 6 fueron grandes, correspondiente al 4.80%; y 15 fueron pequeños, equivalente al 12.00%.

GRÁFICO N° 24-A

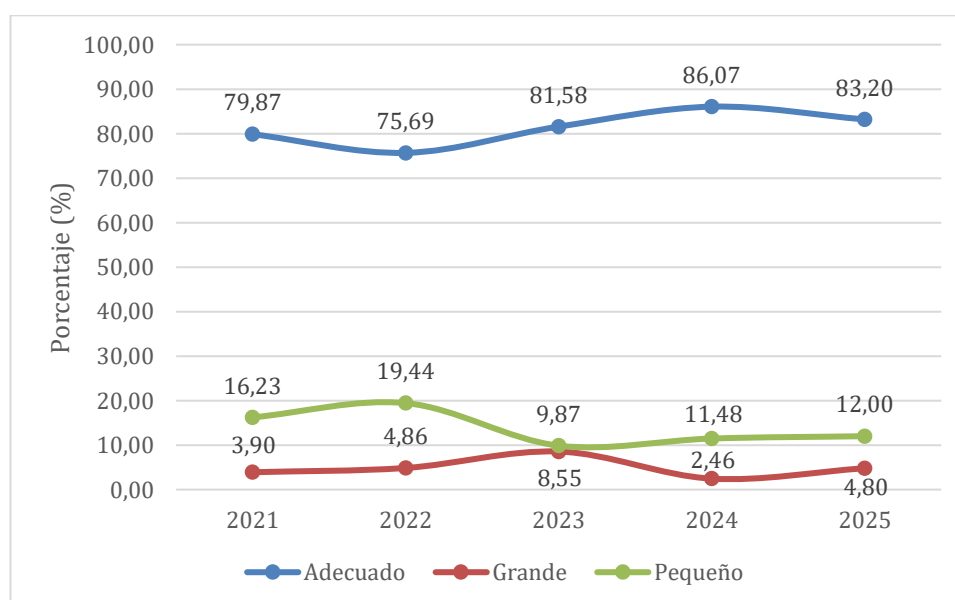
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL COMO CARACTERÍSTICA NEONATAL DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO Y A TÉRMINO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021-2025



Fuente: Elaboración propia basada en los datos de la Tabla N° 24

GRÁFICO N° 24-B

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL ANUAL DEL PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL COMO CARACTERÍSTICA NEONATAL DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021-2025



Fuente: Elaboración propia basada en los datos de la Tabla N° 24

4.2. DISCUSIÓN

La hipótesis referida a los factores sociodemográficos no fue confirmada, debido a que la edad materna mayor de 34 años y el grado de instrucción primaria no presentaron asociación estadísticamente significativa con la prematuridad.

En cuanto a los factores obstétricos, la hipótesis fue parcialmente confirmada, ya que la anemia sí se asoció con el recién nacido prematuro; sin embargo, la infección del tracto urinario no mostró asociación significativa. Además, se identificaron otros factores asociados no considerados inicialmente en la hipótesis, como la condición de multigesta y los controles prenatales inadecuados.

Finalmente, la hipótesis relacionada con las características neonatales más frecuentes no fue confirmada, puesto que no predominaron la depresión neonatal ni el bajo peso para la edad gestacional. Por el contrario, fueron más frecuentes el sexo masculino, el APGAR vigoroso y el peso adecuado para la edad gestacional.

En la Tabla N° 01, la proporción global de recién nacidos prematuros en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2021-2025 fue de 6,45%, correspondiente a 697 recién nacidos prematuros de un total corregido de 10803 nacimientos. La mayor proporción se observó en el año 2021, con 7,06 %, seguido de 2023 y 2025, ambos con 6,63 %. En cambio, las proporciones más bajas se registraron en 2022 y 2024, con 5,99 % en ambos años. Estos resultados muestran una variación anual moderada, sin una tendencia ascendente o descendente sostenida, ya que la frecuencia disminuyó después de 2021, aumentó en 2023, volvió a disminuir en 2024 y se elevó nuevamente en 2025.

A nivel internacional, la frecuencia encontrada fue menor que la reportada por Chavarría en El Salvador, quien identificó 4252 partos prematuros de 44891 nacimientos, equivalente a 9,5 %. También fue menor que la reportada por Adugna en Etiopía, donde la prevalencia de nacimiento pretérmino fue de 11,4%, y que la comunicada por Fajolu et al. en Nigeria, quienes informaron una tasa de 153 nacimientos prematuros por cada 1000 nacidos vivos. Estas diferencias sugieren que la incidencia observada en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna se ubica por debajo de varios contextos internacionales, especialmente aquellos con mayor carga de morbilidad materna, limitaciones en la atención prenatal o sistemas hospitalarios de referencia nacional (25,29).

A nivel nacional, el resultado fue menor que el reportado por Obregón Manzur y Rodríguez Machuca en Loreto, donde se registraron 502 partos pretérmino de 3001 nacidos vivos, equivalente a 16,7 %. (33) También fue inferior al estudio de Cerda Zuazo y López Martinelli en Ayacucho, quienes encontraron 391 partos pretérmino de 2408 madres atendidas, equivalente a 16,2 %. (34) Sin embargo, fue ligeramente mayor que lo informado por Ccorisoncco Cardenas et al. en el Hospital San Juan de Kimbiri, VRAEM-Cusco, donde se identificaron 43 partos pretérmino de 819 partos, con una prevalencia institucional de 5,3 %. Por ello, la incidencia de 6,45 % del presente estudio se aproxima más a los valores nacionales bajos, aunque se mantiene por debajo de hospitales con frecuencias superiores al 16 % (40).

A nivel local, la frecuencia hallada fue cercana a la reportada por Chávez Pacoricona en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante 2011-2015, quien identificó 1120 recién nacidos pretérmino en 17296 gestantes atendidas, con una proporción de 6,5 %. (44) También se aproxima a Florez Condori, quien, en el mismo hospital, durante 2017-2018, reportó 482 partos pretérmino de 6825

partos, equivalente a 7,1 %. (45) En comparación con Parra Velarde, quien informó 642 nacimientos pretérmino de 11522 nacimientos durante 2010-2012, con una proporción de 56 por cada 1000 nacidos vivos, el presente estudio muestra una frecuencia ligeramente mayor. (43) En conjunto, los antecedentes locales evidencian que la prematuridad en este hospital se ha mantenido alrededor de 5,6 % a 7,1 % en distintos periodos.

En síntesis, la frecuencia de recién nacidos prematuros en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante 2021-2025 fue relativamente estable y cercana a los antecedentes locales previos. Aunque se encuentra por debajo de varios estudios nacionales e internacionales, su persistencia alrededor del 6 % confirma que la prematuridad continúa siendo un problema perinatal relevante en el hospital. Este comportamiento justifica analizar los factores sociodemográficos y obstétricos asociados, especialmente aquellos que pueden ser detectados durante el control prenatal.

En la Tabla N° 02 se observa que, de 697 recién nacidos prematuros atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2021-2025, el grupo predominante fue el de prematuros tardíos, con 489 casos, equivalente al 70,16%. En menor proporción se registraron los muy prematuros, con 79 casos, que representan el 11,33%; los prematuros moderados, con 74 casos, equivalentes al 10,62%; y los extremadamente prematuros, con 55 casos, correspondientes al 7,89%. Esto evidencia que la mayor carga de prematuridad se concentra en los recién nacidos de mayor edad gestacional, mientras que los casos de prematuridad extrema fueron los menos frecuentes.

A nivel internacional, Fajolu et al., en Nigeria, realizaron un análisis secundario con datos de 69 698 nacimientos en 54 hospitales de referencia entre 2019 y 2020. De 62 383 nacidos vivos, 9 547 fueron prematuros; dentro del grupo de prematuros, la mayoría correspondió a prematuros tardíos con 64,6%, seguido de prematuros moderados con 19,0% y muy prematuros con 16,4%. Estos resultados son similares a los hallados en el presente estudio respecto al predominio del prematuro tardío; sin embargo, en nuestra tabla el porcentaje de prematuros tardíos fue mayor, con 70,16%. (29) La comparación debe tomarse con cautela porque el estudio de Fajolu et al. analizó nacimientos desde las 28 semanas, por lo que no incluyó la categoría de prematuridad extrema menor de 28 semanas dentro de esa distribución.

A nivel internacional, van den Broek, Jean-Baptiste y Neilson, en Malawi, analizaron 2 149 mujeres incluidas en el ensayo APPLe, con edad gestacional determinada por ecografía temprana. Reportaron 351 partos pretérmino, de los cuales 87 fueron pretérminos tempranos entre 24 y 33 semanas, y 264 fueron pretérminos tardíos entre 34 y 36 semanas. (28) Esto representa un predominio de los pretérminos tardíos dentro de los nacimientos prematuros, coincidiendo con el patrón observado en nuestro estudio, donde los prematuros tardíos también constituyeron el grupo más frecuente. La diferencia es que dicho estudio agrupó los nacimientos de 24 a 33 semanas como “pretérmino temprano”, mientras que nuestra tabla separa la prematuridad extrema, muy prematura y moderada.

A nivel nacional, Álvarez Ramos y Rojas Cerrón, en un hospital regional de Junín durante 2022-2023, evaluaron 384 gestantes con parto pretérmino. Encontraron que los prematuros tardíos representaron el 54,0%, los prematuros moderados el 31,0%, los muy prematuros el 11,0% y los prematuros extremos el 4,0%. (37) En comparación con nuestro estudio, ambos coinciden en que la prematuridad tardía fue la categoría más frecuente y que la muy prematura se mantuvo alrededor del 11%. No obstante, en Tacna se observó mayor proporción de prematuros tardíos, con 70,16%, y menor proporción de prematuros moderados, con 10,62%, lo que muestra una distribución más concentrada en edades gestacionales cercanas al término.

A nivel local, Florez Condori, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante 2017-2018, reportó en su tabla de grado de prematuridad 482 partos pretérmino, de los cuales 38 fueron prematuridad extrema, equivalente al 7,9%; 50 fueron muy prematuros, equivalentes al 10,4%; y 394 correspondieron a prematuridad moderada a tardía, equivalente al 81,7%. (45) Estos resultados son muy cercanos a los del presente estudio, donde la prematuridad extrema fue 7,89%, la muy prematura 11,33% y la suma de prematuro moderado más prematuro tardío alcanzó 80,78%. Esta similitud sugiere que, en el mismo hospital, la distribución del grado de prematuridad se ha mantenido con predominio de los nacimientos prematuros de mayor edad gestacional.

En conjunto, los hallazgos muestran que el patrón predominante es la prematuridad tardía, lo cual coincide con estudios internacionales, nacionales y locales. Según la clasificación utilizada en la literatura, el parto pretérmino se divide en prematuro extremo, muy prematuro, moderado y tardío; esta diferenciación es importante porque a menor edad gestacional mayor es la

vulnerabilidad neonatal. Por ello, aunque los prematuros extremos fueron menos frecuentes en la tabla, siguen siendo clínicamente relevantes por su mayor riesgo de complicaciones, mientras que los prematuros tardíos representan el mayor volumen de casos y, por tanto, una carga importante para la atención neonatal.

En la Tabla N° 03, la edad materna presentó asociación estadísticamente significativa con el recién nacido prematuro. La mayor frecuencia de prematuridad se observó en madres de 20 a 34 años, con 455 recién nacidos prematuros, equivalente a 65,28 %; sin embargo, este grupo fue proporcionalmente más frecuente entre los recién nacidos a término, con 7176 registros, equivalente a 71,01 %. En cambio, las madres mayores de 34 años representaron 181 recién nacidos prematuros, equivalente a 25,97 %, frente a 2109 recién nacidos a término, equivalente a 20,87 %, lo que evidencia una mayor concentración relativa de prematuridad en este grupo etario. En las madres menores de 20 años, los porcentajes fueron muy próximos entre ambos grupos, con 8,75 % en prematuros y 8,12 % en nacidos a término. Por tanto, aunque la diferencia porcentual más relevante se ubicó en las madres mayores de 34 años, el grupo de 20 a 34 años concentró la mayor cantidad absoluta de nacimientos prematuros, lo cual explica la asociación estadística observada.

A nivel internacional, los resultados guardan relación con Rodríguez-Márquez et al., quienes en Cuba encontraron que el grupo materno de 20 a 34 años fue el más frecuente tanto en partos pretérmino como en partos a término, con 63,3 % y 77,9 %, respectivamente; sin embargo, este grupo tuvo mayor presencia porcentual en los nacimientos a término. Esta tendencia es similar a la presente investigación, donde las madres de 20 a 34 años representaron 65,28% de los recién nacidos prematuros y 71,01 % de los nacidos a término. De esta manera, ambos estudios muestran que la edad materna intermedia puede concentrar más nacimientos por ser el grupo reproductivo predominante, pero no necesariamente expresa la mayor diferencia proporcional asociada a prematuridad. En contraste, los extremos de edad, especialmente la edad materna mayor de 34 años en el presente estudio, muestran una distribución más diferencial frente al nacimiento prematuro (26).

A nivel nacional, los hallazgos coinciden parcialmente con Obregón Manzur y Rodríguez Machuca, quienes reportaron en Loreto que la edad adolescente se presentó en 37 % del grupo prematuro y 17 % del grupo a término, mientras que la edad materna avanzada se observó en 18 % del grupo prematuro y 5 % del grupo a término, con $p < 0,0001$ en ambas categorías (33).

También se asemejan a Cueva Velarde, quien encontró que la edad materna avanzada estuvo presente en 62,3 % de las gestantes con parto prematuro y en 37,7 % de las gestantes con parto a término, con $X^2 = 8,410$ y $p = 0,004$. (38) No obstante, discrepan parcialmente con Ramos Alvarez y Rojas Cerrón, quienes identificaron asociación para edad materna menor de 20 años, con 22,51 % en el grupo pretérmino y 15,44 % en el grupo a término, con $p = 0,013$. En comparación con estos antecedentes, el presente estudio muestra que la adolescencia no tuvo una diferencia marcada, pues fue de 8,75 % en prematuros y 8,12 % en nacidos a término, mientras que la diferencia porcentual más visible se presentó en madres mayores de 34 años (37).

A nivel local, los resultados coinciden principalmente con Florez Condori, quien en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna encontró que la edad materna mayor de 35 años se presentó en 22,7 % del grupo pretérmino y 15,7 % del grupo a término, con $X^2 = 10,936$ y $p = 0,004$. Esta tendencia es semejante a la presente investigación, donde las madres mayores de 34 años representaron 25,97 % de los recién nacidos prematuros y 20,87 % de los recién nacidos a término, con $p = 0,001$ para la variable edad. (45) En cambio, Parra Velarde reportó que la edad materna menor de 18 años fue más frecuente en el grupo pretérmino, con 37,5%, que en el grupo a término, con 16,0 %, lo que difiere del patrón actual, donde las madres menores de 20 años mostraron porcentajes muy cercanos entre ambos grupos. Esta diferencia podría relacionarse con el periodo estudiado, los cambios en la composición de la población obstétrica y la forma de agrupar la edad materna (43).

En conjunto, la edad materna se comportó como una variable asociada a prematuridad, aunque el patrón observado no fue homogéneo frente a todos los antecedentes. La literatura revisada muestra que los extremos de edad pueden vincularse con el nacimiento prematuro, pero su expresión varía según el contexto hospitalario y poblacional. En el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante 2021-2025, la asociación se orientó principalmente hacia la edad materna mayor de 34 años, más que hacia la adolescencia, lo que sugiere la necesidad de reforzar la vigilancia prenatal en gestantes de mayor edad, especialmente cuando coexisten otros factores obstétricos o maternos.

En la Tabla N° 04, el grado de instrucción de la madre presentó asociación estadísticamente significativa con el recién nacido prematuro, con $p < 0,001$. La diferencia más marcada se observó en el nivel primario, donde se registraron 289 recién nacidos prematuros, equivalente a 41,46 %, frente a 831

recién nacidos a término, equivalente a 8,22%. Asimismo, las madres sin instrucción representaron 3,01 % en el grupo prematuro y 0,88 % en el grupo a término. En cambio, los niveles de mayor instrucción fueron proporcionalmente más frecuentes entre los recién nacidos a término: secundaria representó 34,00% en prematuros y 44,62 % en nacidos a término; superior alcanzó 10,04% y 25,62%, respectivamente; y técnico superior representó 11,48 % en prematuros frente a 20,66 % en nacidos a término. Por tanto, la tabla evidencia que la prematuridad se concentró proporcionalmente en madres con menor nivel educativo, especialmente con instrucción primaria, mientras que los niveles secundario, superior y técnico superior fueron más frecuentes en los nacimientos a término.

A nivel internacional, el resultado coincide con Fetene et al., quienes en hospitales públicos de Sidama, Etiopía, encontraron asociación significativa entre nivel educativo materno y parto prematuro, con $p = 0,001$. En dicho estudio, la ausencia de educación formal se presentó en 40,7 % del grupo prematuro y en 22,2 % del grupo a término; mientras que la educación secundaria fue menor en el grupo prematuro, con 10,4 %, frente a 20,0 % en el grupo a término. Esta tendencia es semejante a la presente investigación, donde los niveles educativos bajos concentraron mayor proporción de prematuridad y los niveles superiores fueron más frecuentes en nacidos a término. (17) Sin embargo, Rodríguez-Márquez et al., en Cuba, reportaron que la escolaridad secundaria se presentó en 15,5 % del grupo prematuro y 9,5 % del grupo a término, con $X^2 = 4,71$ y $p = 0,030$, resultado que difiere parcialmente del presente estudio, donde la secundaria fue más frecuente en los nacidos a término. Esta discrepancia puede deberse a diferencias en la clasificación educativa y en la distribución social de las poblaciones hospitalarias estudiadas (26).

A nivel nacional, los resultados coinciden parcialmente con Reyes Aguirre, quien en Iquitos encontró que la instrucción primaria se distribuyó en 57,9 % del grupo prematuro y 42,1 % del grupo a término, con $p = 0,000$, lo que respalda la relación entre menor instrucción materna y prematuridad. (39) En cambio, Obregón Manzur y Rodríguez Machuca, en Loreto, no encontraron significancia estadística para grado de instrucción, pues la primaria completa o incompleta se presentó en 18 % del grupo prematuro y 13 % del grupo a término, con $p = 0,510$; la secundaria completa o incompleta en 70 % y 71 %, con $p = 0,500$; y la educación superior en 12 % y 16 %, respectivamente. (33) De forma similar, Ramos Alvarez y Rojas Cerrón, en Huancayo, no hallaron asociación

significativa: sin instrucción se observó en 5,23 % del grupo prematuro y 5,75 % del grupo a término, con $p = 0,751$; primaria en 37,95 % y 34,03 %, con $p = 0,537$; secundaria en 46,07 % y 50,52 %, con $p = 0,992$; y superior en 10,73 % y 9,68%, con $p = 0,605$. Por ello, aunque algunos antecedentes nacionales no muestran asociación, el patrón del presente estudio es más cercano al observado en Iquitos, donde la menor instrucción materna sí se vinculó con prematuridad (37).

A nivel local, los resultados difieren de Florez Condori, quien en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna encontró que el nivel secundario fue el más frecuente en ambos grupos, con 60,7 % en el grupo prematuro y 64,9 % en el grupo a término, sin asociación estadística significativa, con $X^2 = 5,051$ y $p = 0,168$. (45) También difieren de Chávez Pacoricona, quien reportó que el nivel secundario se presentó en 63,4 % tanto en el grupo prematuro como en el grupo a término, con $p = 1,000$. (44) Parra Velarde, en el mismo hospital, describió igualmente predominio de instrucción secundaria, con 76,0 % en el grupo prematuro y 73,3 % en el grupo a término, sin destacar asociación relevante. (43) En comparación con estos antecedentes locales, la presente investigación muestra un cambio importante, pues la instrucción primaria concentró 41,46 % de los recién nacidos prematuros, frente a solo 8,22 % de los nacidos a término, con $p < 0,001$. Esta diferencia sugiere que, durante el periodo 2021-2025, el grado de instrucción adquirió mayor peso estadístico dentro de los factores sociodemográficos asociados a prematuridad en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

En síntesis, la asociación observada entre menor grado de instrucción y recién nacido prematuro es coherente con parte de la literatura revisada, especialmente con estudios que muestran mayor frecuencia de prematuridad en madres sin educación formal o con instrucción primaria. Aunque algunos antecedentes nacionales y locales no encontraron significancia, la magnitud de la diferencia observada en esta tabla sugiere que el nivel educativo puede actuar como un marcador social relacionado con el acceso, comprensión y uso oportuno de los servicios de salud materna. Por ello, este hallazgo debe interpretarse dentro de un enfoque sociodemográfico amplio, en el que la educación materna no explica por sí sola la prematuridad, pero sí puede reflejar condiciones de vulnerabilidad asociadas al cuidado prenatal.

En la Tabla N° 05, el estado civil materno no presentó asociación estadísticamente significativa con el recién nacido prematuro. En ambos grupos predominó la condición de conviviente, con 490 madres en el grupo prematuro,

equivalente a 70,30 %, y 7451 en el grupo a término, equivalente a 73,73 %. La condición de soltera fue ligeramente mayor en el grupo prematuro, con 18,94 %, frente a 16,62 % en nacidos a término; mientras que la condición de casada fue similar, con 10,76 % y 9,65 %, respectivamente. Por tanto, aunque existen pequeñas diferencias porcentuales, estas no fueron suficientes para establecer asociación estadística entre estado civil y prematuridad en la población estudiada.

A nivel internacional, el resultado coincide con Fetene et al., quienes reportaron que el estado civil no mostró asociación significativa con prematuridad, con $p = 0,329$; en su estudio, la condición no casada se presentó en 17,8 % del grupo prematuro y 14,1 % del grupo a término, mientras que la condición casada se observó en 82,2 % y 85,9 %, respectivamente. (17) En cambio, Fajolu et al. encontraron asociación estadística para estado civil, con $p < 0,001$; sin embargo, las diferencias porcentuales fueron reducidas, pues la condición soltera se presentó en 1,4 % del grupo prematuro y 1,0 % del grupo a término, mientras que la condición casada o conviviente alcanzó 98,1 % y 98,6%. Por ello, el presente resultado se aproxima más al estudio de Etiopía, donde el estado civil tampoco evidenció una diferencia estadística relevante (29).

A nivel nacional, los hallazgos son similares a Ramos Alvarez y Rojas Cerrón, quienes no identificaron asociación significativa entre estado civil y prematuridad: la condición soltera se presentó en 88,21 % del grupo prematuro y 89,52 % del grupo a término, con $p = 0,168$; la condición casada en 4,71 % y 6,02 %, con $p = 0,379$; y la convivencia en 7,06 % y 9,16 %, con $p = 0,263$. (37) También coinciden con Ccorisoncco Cardenas et al., quienes reportaron estado civil soltera en 28 % del grupo prematuro y 18 % del grupo a término, con $p = 0,284$; convivencia en 65 % y 68 %, con $p = 0,813$; y casada en 7 % y 14 %. En conjunto, estos estudios nacionales respaldan que el estado civil, por sí solo, no siempre muestra una asociación estadísticamente significativa con la prematuridad (40).

A nivel local, los resultados coinciden con Florez Condori, quien en el Hospital Hipólito Unanue de Tachna encontró que el estado civil no se asoció significativamente con el parto pretérmino, con $X^2 = 2,555$ y $p = 0,279$; en dicho estudio, la condición conviviente se presentó en 74,4 % del grupo prematuro y 78,2 % del grupo a término, mientras que la soltería fue de 14,5 % y 12,4 %. (45) De forma semejante, Chávez Pacoricona reportó que la convivencia fue la condición más frecuente en ambos grupos, con 78,0 % en el grupo prematuro y

72,4 % en el grupo a término, sin asociación significativa, con $p = 0,239$. Estos antecedentes locales son coherentes con la presente tabla, donde también predominó la convivencia y no se evidenció significancia estadística (44).

En síntesis, el estado civil materno no se comportó como un factor sociodemográfico asociado al recién nacido prematuro en esta población. La comparación con antecedentes nacionales y locales muestra una tendencia similar, pues la convivencia suele ser la categoría más frecuente, pero sin diferencias estadísticas consistentes. Por ello, más que actuar como variable aislada, el estado civil podría adquirir mayor relevancia cuando se analiza junto con otros determinantes sociales, como apoyo familiar, acceso al control prenatal y condiciones económicas.

En la Tabla N° 06, la ocupación materna no presentó asociación estadísticamente significativa con el recién nacido prematuro. En ambos grupos predominó la ocupación ama de casa, con 430 madres en el grupo prematuro, equivalente a 61,69 %, y 6325 en el grupo a término, equivalente a 62,59 %. Las diferencias porcentuales entre ambos grupos fueron reducidas: comerciante representó 14,78 % en prematuros y 16,47 % en nacidos a término; agricultora, 2,30 % y 2,70 %; trabajadora, 13,06 % y 11,58 %; y estudiante, 8,18 % y 6,67 %, respectivamente. Por tanto, aunque algunas categorías muestran ligeras variaciones, estas no alcanzaron significancia estadística, por lo que la ocupación materna no se comportó como factor sociodemográfico asociado a prematuridad en esta población.

A nivel internacional, los resultados difieren de Devi y Singh, quienes en India encontraron asociación entre ocupación materna y nacimiento prematuro; las trabajadoras a tiempo completo representaron 41,37 % en el grupo prematuro y 18,55 % en el grupo a término, con $p = 0,011$, mientras que las amas de casa fueron 58,62 % y 81,44 %, respectivamente. También difieren parcialmente de Fajolu et al., quienes en Nigeria reportaron asociación para ocupación materna, con $p < 0,001$; en dicho estudio, las madres sin empleo remunerado fueron 39,7% en el grupo prematuro y 34,5 % en el grupo a término, mientras que la ocupación profesional, técnica o administrativa fue menor en el grupo prematuro, con 20,4 %, frente a 25,5 % en el grupo a término. (29) A diferencia de estos antecedentes, en la presente investigación las categorías ocupacionales se distribuyeron de manera más semejante entre prematuros y nacidos a término, lo que explica la ausencia de significancia estadística.

A nivel nacional, el resultado coincide con Ccorisoncco Cardenas et al., quienes en el Hospital San Juan de Kimbiri, VRAEM-Cusco, no encontraron diferencias significativas en ocupación materna. En su estudio, ama de casa representó 60,0 % en el grupo prematuro y 70,0 % en el grupo a término, con $p = 0,348$; estudiante, 22,0 % y 15,0 %, con $p = 0,390$; trabajadora independiente, 18,0 % y 10,0 %, con $p = 0,330$; y trabajadora dependiente, 0,0 % y 5,0 %. Esta tendencia es similar a la presente tabla, donde la ocupación ama de casa también fue predominante en ambos grupos, con 61,69 % en prematuros y 62,59 % en nacidos a término, sin asociación estadística. (40) Por ello, ambos hallazgos sugieren que la ocupación, cuando se mide en categorías generales, puede no diferenciar suficientemente el riesgo de prematuridad.

A nivel local, los resultados discrepan con Parra Velarde, quien en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna reportó que la ocupación agricultora fue más frecuente en el grupo prematuro, con 9,0 %, que en el grupo a término, con 2,8%, identificándola como categoría con asociación estadística. (43) También difieren de Chávez Pacoricona, quien encontró que ama de casa se presentó en 43,9 % del grupo prematuro y 24,0 % del grupo a término, con $p = 0,000$; mientras que comerciante fue de 7,3 % en prematuros y 26,0 % en nacidos a término, también con $p = 0,000$. En comparación, la presente investigación mostró porcentajes muy próximos entre ambos grupos, especialmente en ama de casa, agricultora y comerciante, con $p > 0,005$. (44) Esto indica que, para el periodo 2021-2025, la ocupación materna no mantuvo el mismo comportamiento observado en antecedentes locales previos.

En síntesis, la ocupación materna no mostró asociación significativa con prematuridad en esta población, a pesar de que algunos estudios internacionales y locales sí reportaron diferencias. Esta variabilidad puede deberse a que la ocupación, por sí sola, no refleja completamente las condiciones laborales reales, como carga física, informalidad, tiempo de trabajo, descanso o acceso oportuno al control prenatal.

En la Tabla N° 07, el número de gestas de la madre en la categoría gran multigesta presentó asociación estadísticamente significativa con el recién nacido prematuro, con $p < 0,001$. En ambos grupos predominó la condición de multigesta, con 431 recién nacidos prematuros, equivalente a 61,84 %, y 6546 recién nacidos a término, equivalente a 64,77 %. Las primigestas representaron 26,97 % en el grupo prematuro y 28,33 % en el grupo a término, mostrando una distribución muy cercana. Se observó una diferencia en las gran multigestas, con

11,19 % en prematuros frente a 6,90 % en nacidos a término. Por ello, aunque la proporción de gran multigestas entre los recién nacidos prematuros fue mayor, las multigestas fue la categoría más frecuente en ambos grupos.

A nivel internacional, van den Broek et al., en Malawi, evaluaron una variable comparable vinculada a paridad y no encontraron asociación significativa para primiparidad, pues esta se presentó en 39,8 % del grupo prematuro y 35,8 % del grupo a término, con $p = 0,18$. Asimismo, en su población general reportaron 36,3 % de primíparas, 57,2 % de multíparas y 6,5 % de gran multíparas. (28) Aunque este antecedente no coincide con la significancia estadística hallada en la presente tabla, sí muestra una distribución en la que las multíparas constituyeron el grupo más frecuente, situación semejante al presente estudio, donde las multigestas también predominaron en ambos grupos.

A nivel nacional, Obregón Manzur y Rodríguez Machuca no encontraron asociación significativa para gravidez, ya que las primigestas representaron 46% del grupo prematuro y 39 % del grupo a término, mientras que las multigestas fueron 54 % y 61 %, respectivamente, con $p = 0,317$. (33) En cambio, Pariona Bautista reportó que la paridad mayor a cinco partos se asoció significativamente al parto pretérmino, con $p = 0,015$; además, en la variable gestaciones, la gestación mayor a cinco se presentó con 2,9 % tanto en el grupo prematuro como en el grupo a término, sin significancia estadística. (35) Ramos Alvarez y Rojas Cerrón también encontraron asociación para multiparidad, con 36,91 % en el grupo prematuro y 29,84 % en el grupo a término, con $p = 0,038$. (37) Por tanto, el presente resultado se aproxima más a los estudios nacionales donde las categorías de mayor carga reproductiva mostraron asociación con prematuridad.

A nivel local, no se encontraron estudios que aborden esta variable.

En síntesis, la asociación entre gestas y prematuridad parece concentrarse en la mayor cantidad de multigestas dentro del grupo prematuro. La comparación con la literatura muestra resultados variables, ya que algunos estudios no encuentran asociación, mientras otros identifican mayor riesgo en categorías de multiparidad o alta carga reproductiva.

En la Tabla N° 08, la paridad materna no presentó asociación estadísticamente significativa con el recién nacido prematuro. En ambos grupos predominó la condición de multípara, con 427 recién nacidos prematuros, equivalente a 61,26 %, y 6135 recién nacidos a término, equivalente a 60,71 %. La nuliparidad también mostró porcentajes muy cercanos, con 37,45 % en

prematurados y 38,57 % en nacidos a término. La gran multiparidad fue ligeramente mayor en el grupo prematuro, con 1,29 %, frente a 0,72 % en el grupo a término; sin embargo, esta diferencia no fue suficiente para establecer asociación estadística. Por tanto, en esta población, la paridad no se comportó como factor obstétrico asociado a prematuridad.

A nivel internacional, el resultado coincide con van den Broek et al., quienes en Malawi no encontraron asociación significativa para primiparidad, reportando 39,8 % en el grupo prematuro y 35,8 % en el grupo a término, con $p = 0,18$. Este antecedente se aproxima al presente estudio, donde la nuliparidad fue de 37,45 % en prematuros y 38,57 % en nacidos a término, también sin significancia estadística. (28) En ambos estudios, las diferencias porcentuales fueron pequeñas, lo que respalda que la paridad, evaluada de forma aislada, no siempre permite diferenciar claramente a los nacimientos prematuros de los nacimientos a término.

A nivel nacional, los hallazgos difieren de Reyes Aguirre, quien en Iquitos encontró asociación para nuliparidad, con 46,0 % en el grupo prematuro y 54,0 % en el grupo a término, con $p = 0,038$; y para primiparidad, con 43,1 % en el grupo prematuro y 56,9 % en el grupo a término, con $p = 0,046$. (39) También difieren de Ramos Alvarez y Rojas Cerrón, quienes reportaron asociación para multiparidad, con 36,91 % en el grupo prematuro y 29,84 % en el grupo a término, con $p = 0,038$. (37) En cambio, el presente estudio mostró porcentajes muy similares entre prematuros y nacidos a término, especialmente en múltiparas, con 61,26 % y 60,71 %, respectivamente. No se encontraron más resultados nacionales directamente comparables para esta variable.

A nivel local, los resultados coinciden con Florez Condori, quien en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna tampoco encontró asociación significativa entre paridad y parto pretérmino, con $X^2 = 3,499$ y $p = 0,174$. En dicho estudio, la paridad 0 se presentó en 38,7 % del grupo pretérmino y 43,7 % del grupo a término; la paridad 1 en 32,4 % y 30,6 %; y la paridad mayor de 1 en 29,0 % y 25,7 %, respectivamente. (45) Esta tendencia es semejante a la presente tabla, donde las diferencias entre nulíparas, múltiparas y gran múltiparas fueron reducidas y no alcanzaron significancia estadística. No se encontraron más resultados locales directamente comparables para esta variable.

En síntesis, la paridad no mostró asociación significativa con prematuridad en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante 2021-2025.

Aunque algunos estudios nacionales reportaron asociación con nuliparidad, primiparidad o multiparidad, los antecedentes internacionales y locales revisados muestran que esta relación no es constante. Por ello, la paridad debería analizarse junto con otros factores obstétricos, como número de gestas, antecedente de parto pretérmino, control prenatal y complicaciones durante el embarazo.

En la Tabla N° 09, los controles prenatales de la madre presentaron asociación estadísticamente significativa con el recién nacido prematuro, con $p < 0,001$. En el grupo prematuro, el control prenatal inadecuado se observó en 462 registros, equivalente a 66,28 %, mientras que en el grupo a término se presentó en 4021 registros, equivalente a 39,79 %. En cambio, el control prenatal adecuado fue menor en prematuros, con 235 registros y 33,72 %, frente a 6085 nacidos a término, equivalente a 60,21 %. Por tanto, la tabla muestra que la prematuridad se concentró proporcionalmente en madres con controles prenatales inadecuados, lo que respalda su condición de factor obstétrico asociado en la población estudiada.

A nivel internacional, el resultado coincide con Fetene et al., quienes en Etiopía reportaron que la ausencia de control prenatal se presentó en 30,4 % del grupo prematuro y 13,0 % del grupo a término, con $p = 0,001$. (17) También se relaciona con Fajolu et al., quienes en Nigeria encontraron que la falta de control prenatal fue mayor en el grupo prematuro, con 16,7 %, frente a 7,2 % en el grupo a término, con $p < 0,001$. (29) Ambos antecedentes respaldan la tendencia observada en la presente investigación, donde el control prenatal inadecuado fue considerablemente más frecuente en prematuros que en nacidos a término.

A nivel nacional, los hallazgos son consistentes con Obregón Manzur y Rodríguez Machuca, quienes reportaron menos de seis controles prenatales en 69 % del grupo prematuro y 19 % del grupo a término, con $p < 0,0001$. De forma similar, Cerda Zuazo y López Martinelli encontraron control prenatal menor de seis atenciones en 63,0 % del grupo prematuro y 43,3 % del grupo a término, con $p < 0,001$. (34) Asimismo, Ramos Alvarez y Rojas Cerrón informaron atenciones prenatales menores de seis en 68,06 % del grupo prematuro y 22,25 % del grupo a término, con $p = 0,000$; y Bernuy Pajuelo encontró controles prenatales menores de seis en 45,9 % del grupo prematuro y 21,2 % del grupo a término, con $p < 0,001$. (37) Estos estudios muestran un patrón nacional bastante uniforme: la menor asistencia prenatal se presenta con mayor frecuencia en el grupo prematuro.

A nivel local, el resultado coincide con Chávez Pacoricona, quien en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna reportó control prenatal inadecuado en 81,3% del grupo prematuro y 63,0 % del grupo a término, identificándolo como factor asociado al parto pretérmino. Esta tendencia se mantiene en la presente investigación, aunque con porcentajes menores, pues el control prenatal inadecuado fue de 66,28 % en prematuros y 39,79 % en nacidos a término. No se encontraron más resultados locales directamente comparables para esta variable (44).

En síntesis, el control prenatal inadecuado mostró una relación consistente con la prematuridad tanto en la presente tabla como en antecedentes internacionales, nacionales y locales. Este hallazgo refuerza la importancia del seguimiento prenatal oportuno, no solo por el número de atenciones, sino por la posibilidad de detectar tempranamente anemia, infección urinaria, trastornos hipertensivos, ruptura prematura de membranas y otras condiciones que pueden preceder al nacimiento prematuro.

En la Tabla N° 10, la talla materna no presentó asociación estadísticamente significativa con el recién nacido prematuro, con $p = 0,096$. En ambos grupos predominó la talla normal, con 652 recién nacidos prematuros, equivalente a 93,54 %, y 9599 recién nacidos a término, equivalente a 94,98 %. La talla baja fue ligeramente mayor en el grupo prematuro, con 45 registros, equivalente a 6,46 %, frente a 507 nacidos a término, equivalente a 5,02 %; sin embargo, esta diferencia porcentual fue pequeña y no alcanzó significancia estadística. Por tanto, en esta población, la talla materna no se comportó como factor obstétrico asociado a prematuridad.

A nivel nacional, el resultado difiere de Pariona Bautista, quien en el Hospital Regional de Cañete reportó asociación significativa para talla materna menor de 150 cm, con 66 registros en el grupo prematuro, equivalente a 38,4 %, y 85 registros en el grupo a término, equivalente a 49,4 %, con $p = 0,001$. (35) Aunque ese antecedente encontró significancia estadística, la distribución porcentual no muestra el mismo patrón que la presente investigación, donde la talla baja fue ligeramente mayor en el grupo prematuro, pero sin asociación significativa. No se encontraron más resultados nacionales de esta variable con datos directamente comparables.

A nivel local, los resultados difieren parcialmente de Florez Condori, quien en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna encontró asociación significativa entre

talla materna y parto pretérmino, con $X^2 = 7,822$ y $p = 0,020$. En dicho estudio, la talla de 1,50 a 1,60 metros se presentó en 55,5 % del grupo pretérmino y 63,1 % del grupo a término. En comparación, la presente investigación agrupó la talla en normal y baja, encontrando talla baja en 6,46 % del grupo prematuro y 5,02 % del grupo a término, con $p = 0,096$. (45) Esta diferencia puede relacionarse con la forma de categorizar la talla materna y con el periodo de estudio analizado.

En síntesis, la talla materna no mostró asociación significativa con prematuridad en el presente estudio. Aunque algunos antecedentes nacionales y locales reportaron significancia estadística, los patrones porcentuales no fueron uniformes. Por ello, la talla materna debe interpretarse con cautela y no como un factor aislado, sino en relación con otros indicadores maternos, nutricionales y obstétricos que podrían influir de manera conjunta en el riesgo de nacimiento prematuro.

En la Tabla N° 11, el índice de masa corporal materno bajo no presentó asociación estadísticamente significativa con el recién nacido prematuro con $p = 0,097$. En el grupo prematuro, la categoría más frecuente fue sobrepeso, con 246 registros, equivalente a 35,29 %, seguida de obesidad con 31,56 %, IMC normal con 31,28 % y bajo peso con 1,87 %. En el grupo a término también predominó el sobrepeso, con 38,45 %, seguido de obesidad con 30,97 %, IMC normal con 29,93 % y bajo peso con 0,64 %. La diferencia porcentual más visible se observó en bajo peso, que fue casi tres veces más frecuente en prematuros, aunque en términos absolutos tuvo baja frecuencia. Por tanto, el IMC materno bajo no se comportó como factor obstétrico asociado y las diferencias entre sobrepeso, obesidad y normalidad fueron moderadas.

A nivel internacional, el resultado guarda relación parcial con van den Broek et al., quienes en Malawi reportaron que las mujeres con parto prematuro presentaron menor IMC promedio que las mujeres con parto a término, con 22,3 frente a 22,8 y $p = 0,006$. Además, el bajo peso, definido como IMC menor de 18,5, se observó en 4,8 % del grupo prematuro y 3,2 % del grupo a término, aunque sin significancia para prematuridad global, con $p = 0,09$; sin embargo, en prematuridad temprana sí se observó mayor frecuencia de bajo peso, con 9,3 % frente a 3,2 % en nacidos a término, con $p = 0,005$. (28) Este antecedente se aproxima al presente estudio en cuanto a la mayor proporción de bajo peso en el grupo prematuro, aunque en Tacna la asociación global del IMC no fue significativa y también se observó una alta frecuencia de sobrepeso y obesidad.

A nivel nacional, los resultados difieren parcialmente con Pariona Bautista, quien en Cañete encontró asociación significativa para IMC mayor de 30, presente en 12,8 % del grupo prematuro y 4,1 % del grupo a término, con $p = 0,005$. (35) También difieren con Ramos Alvarez y Rojas Cerrón, quienes reportaron asociación para IMC pregestacional menor de 18,5, con 10,73 % en el grupo prematuro y 5,49 % en el grupo a término, con $p = 0,008$; además, el IMC de 25,0 a 29,9 se presentó en 29,84 % del grupo prematuro y 18,32 % del grupo a término, con $p = 0,001$. (37) En comparación, la presente investigación no encontró significancia estadística, pero hubo un patrón mixto: bajo peso fue mayor en prematuros, obesidad fue ligeramente mayor, y sobrepeso fue menor en prematuros que en nacidos a término.

A nivel local, el resultado difiere de Florez Condori, quien en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna no encontró asociación significativa entre IMC pregestacional y parto pretérmino, con $X^2 = 2,775$ y $p = 0,250$. En dicho estudio, el IMC menor de 18,5 se presentó en 1,9 % del grupo pretérmino y 0,9 % del grupo a término; el IMC normal en 38,4 % y 40,8 %; y el IMC mayor de 25 en 59,7 % y 58,3 %, respectivamente. (45) Aunque el antecedente local también mostró mayor porcentaje de bajo peso e IMC elevado en el grupo pretérmino, sus diferencias no fueron estadísticamente significativas. En la presente tabla, el IMC bajo tampoco alcanzó significancia, con $p = 0,097$. No se encontraron más resultados locales directamente comparables para esta variable.

En síntesis, el IMC materno mostró asociación significativa con prematuridad, pero su comportamiento no fue lineal. La literatura revisada sugiere que tanto el bajo peso como el exceso de peso pueden relacionarse con desenlaces obstétricos adversos, aunque la magnitud y dirección de la asociación varían según la población. En el presente estudio, el hallazgo más consistente fue la mayor proporción de bajo peso en el grupo prematuro, junto con una elevada frecuencia de sobrepeso y obesidad en ambos grupos, lo que refuerza la importancia de valorar el estado nutricional materno desde el inicio del control prenatal.

En la Tabla N° 12, la anemia materna presentó asociación estadísticamente significativa con el recién nacido prematuro con $p < 0,001$. En el grupo prematuro, 172 madres presentaron anemia, equivalente a 24,68 %, mientras que en el grupo a término la anemia se observó en 1820 madres, equivalente a 18,01 %. En contraste, la ausencia de anemia fue mayor en los nacidos a término, con 81,99 %, frente a 75,32 % en prematuros. Por tanto, la

tabla evidencia que la anemia fue proporcionalmente más frecuente en madres de recién nacidos prematuros, lo que respalda su asociación como factor obstétrico en la población estudiada.

A nivel internacional, los resultados coinciden con van den Broek et al., quienes en Malawi reportaron que la anemia durante el embarazo fue más frecuente en el grupo prematuro, con 73,5 %, que en el grupo a término, con 64,2%, con $p = 0,001$. Además, en prematuridad temprana, la anemia alcanzó 76,7%, frente a 64,2 % en nacidos a término, con $p = 0,03$. (28) Esta tendencia es semejante a la presente investigación, donde la anemia también fue más frecuente en prematuros que en nacidos a término. No se encontraron más resultados internacionales directamente comparables para esta variable.

A nivel nacional, el hallazgo coincide con Obregón Manzur y Rodríguez Machuca, quienes en Loreto reportaron anemia en 65 % del grupo prematuro y 26 % del grupo a término, con $p < 0,0001$. (33) También coincide con Bernuy Pajuelo, quien en Lima encontró anemia en 75,3 % del grupo prematuro y 19,4% del grupo a término, con $p < 0,001$. (36) Asimismo, Murguía-Ricalde et al. identificaron anemia en 58,3 % del grupo prematuro y 38,3 % del grupo a término, con $X^2 = 6,465$ y $p = 0,011$. (41) Estos antecedentes muestran una tendencia nacional consistente, en la que la anemia materna aparece con mayor frecuencia en el grupo prematuro y mantiene significancia estadística.

A nivel local, Chávez Pacoricona, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, reportó que la anemia moderada se presentó en 30,1 % del grupo prematuro y la anemia severa en 12,2 %, identificando a la anemia severa como factor asociado, con $p = 0,001$. Este antecedente coincide con la presente investigación en cuanto a la relación entre anemia y prematuridad, aunque el estudio actual agrupa la anemia de forma dicotómica y muestra 24,68 % en prematuros frente a 18,01 % en nacidos a término. No se encontraron más resultados locales directamente comparables para esta variable (44).

En síntesis, la anemia materna mostró una asociación consistente con prematuridad en la presente tabla y en diversos antecedentes revisados. La literatura comparada sugiere que esta condición puede reflejar vulnerabilidad nutricional, control prenatal insuficiente o coexistencia de otras complicaciones maternas. Por ello, su identificación temprana durante el embarazo resulta relevante dentro de la vigilancia obstétrica, especialmente en gestantes con otros factores de riesgo asociados.

En la Tabla N° 13, la situación del producto presentó asociación estadísticamente significativa con el recién nacido prematuro, con $p < 0,001$. La situación longitudinal predominó en ambos grupos, con 671 recién nacidos prematuros, equivalente a 96,27 %, y 10053 recién nacidos a término, equivalente a 99,48 %. Asimismo, la situación transversal fue proporcionalmente mayor en el grupo prematuro, con 26 registros, equivalente a 3,73 %, frente a 53 nacidos a término, equivalente a 0,52 %. Por tanto, aunque la proporción de situación transversal fue más elevada entre los recién nacidos prematuros, la situación longitudinal fue más frecuente en este grupo.

A nivel nacional, no se encontraron más resultados de esta variable en los antecedentes revisados.

A nivel local, no se encontraron más resultados de esta variable.

En síntesis, la situación longitudinal fue más frecuente y la transversal fue poco frecuente, pero mostró una diferencia proporcional entre prematuros y nacidos a término. La comparación disponible sugiere que las posiciones o presentaciones fetales no habituales pueden vincularse con condiciones obstétricas de mayor complejidad y con la culminación prematura del embarazo. No obstante, por la limitada disponibilidad de antecedentes directamente comparables, este hallazgo debe interpretarse con prudencia y complementarse con otras variables obstétricas del estudio.

En la Tabla N° 14, la presentación del producto presentó asociación estadísticamente significativa con el recién nacido prematuro, con $p < 0,001$. La presentación cefálica predominó en ambos grupos, con 629 recién nacidos prematuros, equivalente a 90,24 %, y 9992 recién nacidos a término, equivalente a 98,87 %. Asimismo, la presentación no cefálica fue proporcionalmente mayor en el grupo prematuro, con 68 registros, equivalente a 9,76 %, frente a 114 nacidos a término, equivalente a 1,13 %. Por tanto, aunque la proporción de presentación no cefálica fue mayor en prematuros, la cantidad de recién nacidos prematuros con presentación cefálica fue predominante.

A nivel internacional, los resultados coinciden con De Medeiros et al., quienes en Brasil encontraron asociación significativa entre presentación fetal y prematuridad, con $p < 0,001$. En dicho estudio, la presentación cefálica se observó en 86,2 % del grupo prematuro y 95,6 % del grupo a término, mientras que la presentación podálica u hombro fue mayor en el grupo prematuro, con 13,8 %, frente a 4,4 % en el grupo a término. (27) También se relaciona con van

den Broek et al., quienes en Malawi reportaron que el parto en presentación podálica fue más frecuente en el grupo prematuro, con 1,9 %, que en el grupo a término, con 0,6 %, con $p = 0,02$. (28) Estos hallazgos respaldan la tendencia observada en la presente tabla, donde la presentación cefálica fue más frecuente en ambos grupos.

A nivel nacional, no se encontraron más resultados de esta variable. A nivel local, no se encontraron más resultados de esta variable.

En síntesis, la presentación no cefálica mostró una asociación con el recién nacido prematuro en esta población. La literatura internacional revisada muestra un patrón semejante, donde las presentaciones no cefálicas aparecen con mayor frecuencia en nacimientos prematuros a comparación de los a término. Este hallazgo puede relacionarse con la menor edad gestacional, ya que antes del término existe mayor posibilidad de que el producto aún no haya adoptado una presentación cefálica definitiva.

En la Tabla N° 15, la infección del tracto urinario materna presentó asociación estadísticamente significativa con el recién nacido prematuro, con $p < 0,001$. En el grupo prematuro, la infección del tracto urinario se registró en 264 madres, equivalente a 37,88 %, mientras que en el grupo a término se presentó en 1577 madres, equivalente a 15,60 %. Asimismo, la ausencia de infección urinaria fue mayor en los nacidos a término, con 84,40 %, frente a 62,12 % en prematuros. Por tanto, la tabla evidencia una diferencia porcentual, donde la infección urinaria fue más en el grupo prematuro, sin embargo la frecuencia fue mayor en los recién nacidos en ITU en ambos grupos.

A nivel internacional, los resultados se asemejan con Fetene et al., quienes en Etiopía reportaron infección urinaria en 32,6 % del grupo prematuro y 11,1 % del grupo a término, con $p = 0,001$. También son concordantes con Rodríguez-Márquez et al., quienes en Cuba encontraron infección urinaria en 61,5 % del grupo pretérmino y 31,9 % del grupo a término, con $X^2 = 53,24$ y $p = 0,0000$. En ambos antecedentes, al igual que en el presente estudio, la infección urinaria fue proporcionalmente mayor en el grupo prematuro y mostró significancia estadística, lo que refuerza la consistencia de esta asociación en diferentes contextos hospitalarios.

A nivel nacional, el hallazgo coincide con Obregón Manzur y Rodríguez Machuca, quienes reportaron infección urinaria en 37 % del grupo prematuro y 13 % del grupo a término, con $p < 0,0001$. (33) Asimismo, Ccorisoncco Cardenas

et al. encontraron infección urinaria en 68 % del grupo prematuro y 45 % del grupo a término, con $p = 0,043$; y Murguía-Ricalde et al. hallaron infección del tracto urinario en 21,7 % del grupo prematuro y 7,5 % del grupo a término, con $X^2 = 7,483$ y $p = 0,006$. (40) Sin embargo, Cueva Velarde reportó un resultado discrepante, pues la infección urinaria se presentó en 51,9 % del grupo prematuro y 48,1 % del grupo a término, sin asociación significativa, con $X^2 = 0,208$ y $p = 0,648$. (38) En conjunto, la mayoría de antecedentes nacionales respalda la relación entre infección urinaria y prematuridad, aunque no todos los estudios muestran la misma magnitud de asociación.

A nivel local, el resultado coincide con Chávez Pacoricona, quien en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna reportó infección del tracto urinario en 35 % del grupo prematuro y 15 % del grupo a término, identificándola como factor asociado al parto pretérmino. Esta tendencia es muy similar a la presente investigación, donde la infección urinaria se observó en 37,88 % de prematuros y 15,60 % de nacidos a término, con $p < 0,001$. (44) No se encontraron más resultados locales directamente comparables para esta variable.

En síntesis, la infección del tracto urinario mostró una asociación clara y consistente con prematuridad en la presente tabla y en la mayoría de antecedentes revisados. La literatura comparada sugiere que esta condición puede actuar como un marcador clínico relevante dentro del control prenatal, porque su identificación y tratamiento oportunos podrían reducir complicaciones obstétricas relacionadas con el nacimiento prematuro. No obstante, su efecto debe interpretarse junto con otros factores maternos y obstétricos, como controles prenatales, anemia, ruptura prematura de membranas y trastornos hipertensivos.

En la Tabla N° 16, la vaginosis bacteriana materna presentó asociación estadísticamente significativa con el recién nacido prematuro, con $p < 0,001$. En el grupo prematuro, la vaginosis bacteriana se registró en 100 madres, equivalente a 14,35 %, mientras que en el grupo a término se presentó en 400 madres, equivalente a 3,96 %. En contraste, la ausencia de vaginosis bacteriana fue mayor en los nacidos a término, con 96,04 %, frente a 85,65 % en prematuros. Por tanto, la tabla evidencia que aunque la vaginosis bacteriana fue proporcionalmente más frecuente en madres de recién nacidos prematuros, fueron más frecuentes los recién nacidos de madres sin vaginosis bacteriana.

A nivel internacional, el resultado es concordante con Rodríguez-Márquez et al., quienes en Cuba reportaron vaginosis en 61,5 % del grupo pretérmino y 38,5 % del grupo a término, con $X^2 = 31,17$ y $p = 0,0000$. (26) También coincide con Pacín George et al., quienes en Santiago de Cuba encontraron vaginosis bacteriana en 61,9 % del grupo pretérmino y 30,1 % del grupo a término, con $p = 0,009$. Ambos muestran una tendencia compatible con la presente tabla: las vaginosis bacterianas fueron proporcionalmente más frecuentes en los nacimientos prematuros.

A nivel nacional, los hallazgos coinciden con Ccorisoncco Cardenas et al., quienes reportaron vaginosis en 60 % del grupo pretérmino y 23% del grupo a término, con $p = 0,001$. En cambio, Murguía-Ricalde et al. no encontraron asociación significativa para vaginosis, ya que se presentó en 10,0 % del grupo prematuro y 5,0 % del grupo a término, con $X^2 = 1,607$ y $p = 0,205$. (40) Asimismo, Cueva Velarde mostró un resultado discrepante, pues la vaginosis se observó en 40,7 % del grupo prematuro y 59,3 % del grupo a término, con $X^2 = 5,197$ y $p = 0,023$ en el análisis bivariado, aunque perdió significancia en el modelo multivariado, con $p = 0,083$. (38) En conjunto, la evidencia nacional muestra resultados heterogéneos, aunque el presente estudio se aproxima más a los hallazgos donde las vaginosis bacterianas fueron más frecuentes en el grupo prematuro.

A nivel local, no se encontraron más resultados de esta variable.

En síntesis, la vaginosis bacteriana mostró una asociación significativa con prematuridad en la población estudiada. La comparación disponible sugiere que las infecciones vaginales y cervicovaginales tienden a presentarse con mayor frecuencia en el grupo prematuro, aunque no todos los estudios reportan resultados uniformes. Esta variabilidad puede depender del tipo de diagnóstico usado, la oportunidad del tratamiento y la forma en que cada estudio agrupa las infecciones genitales durante la gestación.

En la Tabla N° 17, el antecedente de aborto no presentó asociación estadísticamente significativa con el recién nacido prematuro. En el grupo prematuro, 443 madres no tuvieron antecedente de aborto, equivalente a 63,56%; 194 tuvieron aborto único, equivalente a 27,83 %; y 60 presentaron aborto recurrente, equivalente a 8,61 %. En el grupo a término, la ausencia de aborto fue de 66,87 %, el aborto único de 26,22 % y el aborto recurrente de 6,91%. Aunque el aborto único y recurrente fueron ligeramente más frecuentes

en el grupo prematuro, las diferencias porcentuales fueron pequeñas y no alcanzaron significancia estadística, por lo que esta variable no se comportó como factor obstétrico asociado en la población estudiada.

A nivel internacional, el resultado coincide con Najjarzadeh et al., quienes encontraron que el antecedente de aborto se presentó en 54,3 % de mujeres con parto pretérmino y en 45,7 % de mujeres con parto a término, sin asociación significativa, con $p = 0,382$. En cambio, Adugna reportó en Etiopía que el antecedente de aborto fue más frecuente en el grupo pretérmino, con 21,8 %, frente a 7,5 % en el grupo a término; sin embargo, este antecedente no se mantuvo como factor significativo en el análisis ajustado. (12) Por ello, la evidencia internacional revisada muestra resultados no uniformes, aunque el presente estudio se aproxima más al hallazgo donde el antecedente de aborto no alcanzó significancia estadística.

A nivel nacional, los resultados difieren de Obregón Manzur y Rodríguez Machuca, quienes reportaron antecedente de aborto en 39 % del grupo prematuro y 14 % del grupo a término, con $p < 0,0001$. En cambio, coinciden con Reyes Aguirre, quien en Iquitos encontró antecedente de aborto en 31,7 % del grupo prematuro y 68,3 % del grupo a término, sin significancia estadística, con $p = 0,688$. (33)

A nivel local, el resultado coincide con Florez Condori, quien en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna no encontró asociación significativa entre abortos previos y parto pretérmino, con $X^2 = 3,255$ y $p = 0,196$. En dicho estudio, la ausencia de abortos previos se presentó en 66,0 % del grupo pretérmino y 68,2 % del grupo a término; un aborto previo en 26,9 % y 27,0 %; y más de un aborto previo en 7,1 % y 4,8 %, respectivamente. (45) Esta distribución es muy semejante a la presente tabla, donde también predominó la ausencia de aborto en ambos grupos y las categorías de aborto único o recurrente mostraron diferencias reducidas, sin significancia estadística.

En síntesis, el antecedente de aborto no mostró asociación significativa con prematuridad en el presente estudio. Aunque algunos antecedentes nacionales reportan relación estadística, los hallazgos locales y parte de la evidencia internacional sugieren que esta variable, por sí sola, puede no ser suficiente para explicar el nacimiento prematuro.

En la Tabla N° 18, el antecedente de cesárea no presentó asociación estadísticamente significativa con el recién nacido prematuro, con $p = 0,225$. En

el grupo prematuro, 195 madres tuvieron antecedente de cesárea, equivalente a 27,98 %, mientras que en el grupo a término este antecedente se presentó en 2617 madres, equivalente a 25,90 %. En contraste, la ausencia de antecedente de cesárea fue ligeramente mayor en los nacidos a término, con 74,10 %, frente a 72,02 % en prematuros. Aunque el antecedente de cesárea fue un poco más frecuente en el grupo prematuro, la diferencia porcentual fue reducida y no alcanzó significancia estadística; por tanto, esta variable no se comportó como factor obstétrico asociado en la población estudiada.

A nivel internacional, los resultados difieren de De Medeiros et al., quienes en Brasil encontraron asociación significativa entre cesárea previa y prematuridad, con $p < 0,001$. En dicho estudio, no tener cesárea previa se observó en 80,3 % del grupo prematuro y 73,6 % del grupo a término; tener una a dos cesáreas previas se presentó en 18,5 % del grupo prematuro y 24,9 % del grupo a término; y tener tres o más cesáreas previas se registró en 1,1 % y 1,4%, respectivamente. (27)

A nivel nacional, no se encontraron más resultados de esta variable. A nivel local, no se encontraron más resultados de esta variable.

En síntesis, el antecedente de cesárea no mostró asociación significativa con prematuridad en el presente estudio. La comparación disponible es limitada y no permite establecer un patrón consistente, pues el único antecedente internacional directamente comparable reportó significancia, pero con una distribución porcentual distinta.

En la Tabla N° 19, el antecedente de prematuridad presentó asociación estadísticamente significativa con el recién nacido prematuro, con $p < 0,001$. En el grupo prematuro, 13 madres tuvieron antecedente de prematuridad, equivalente a 1,87 %, mientras que en el grupo a término este antecedente se presentó en 58 madres, equivalente a 0,57 %. En cambio, la ausencia de antecedente de prematuridad fue mayor en el grupo a término, con 99,43 %, frente a 98,13 % en prematuros. Aunque hubo una diferencia porcentual, la frecuencia absoluta del antecedente fue baja en ambos grupos en la población estudiada.

A nivel internacional, el resultado coincide levemente con Rodríguez-Márquez et al., quienes en Cuba reportaron antecedente de parto pretérmino en 30,5 % del grupo prematuro y 8,6 % del grupo a término, con $X^2 = 52,34$ y $p = 0,0000$. También se asemeja a van den Broek et al., quienes en Malawi

encontraron antecedente de parto pretérmino previo en 13,2 % del grupo prematuro y 6,1 % del grupo a término, con $p = 0,001$. (26) Estos antecedentes muestran una tendencia similar a la presente investigación, ya que el antecedente de prematuridad fue proporcionalmente mayor en el grupo prematuro, aunque en Tacna la frecuencia fue más baja que la observada en Cuba y Malawi.

A nivel nacional, los hallazgos se relacionan con Ccorisoncco Cardenas et al., quienes reportaron antecedente de parto pretérmino en 18 % del grupo prematuro y 3 % del grupo a término, con $p = 0,025$. Asimismo, Reyes Aguirre encontró asociación para antecedente de prematuridad, el cual se distribuyó en 75,0 % hacia el grupo prematuro y 25,0 % hacia el grupo a término, con $p = 0,011$. (40) En comparación, el presente estudio también evidenció significancia estadística, aunque con menor frecuencia absoluta del antecedente, pues solo 1,87 % de los prematuros y 0,57 % de los nacidos a término registraron antecedente de prematuridad.

A nivel local, los resultados coinciden con Parra Velarde, quien en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna encontró antecedente de parto pretérmino en 12,0 % del grupo prematuro y 3,0 % del grupo a término, identificándolo como factor asociado. (43) También coinciden con Chávez Pacoricona, quien reportó antecedente de parto pretérmino en 10,6 % del grupo prematuro y 2,4 % del grupo a término, con $p = 0,001$. (43).

En síntesis, el antecedente de prematuridad mostró asociación significativa con el recién nacido prematuro y mantiene coherencia con la mayoría de antecedentes revisados. Aunque su frecuencia fue baja en esta población, la tendencia comparativa es constante: las madres con antecedente de nacimiento prematuro presentan mayor proporción de nuevos nacimientos prematuros. Por ello, este antecedente debe considerarse un dato clínico relevante durante el control prenatal, especialmente cuando se combina con otros factores obstétricos o infecciosos.

En la Tabla N° 20, la preeclampsia presentó asociación estadísticamente significativa con el recién nacido prematuro, con $p < 0,001$. En el grupo prematuro, 23 madres presentaron preeclampsia, equivalente a 3,30 %, mientras que en el grupo a término se registraron 141 madres, equivalente a 1,40 %. En contraste, la ausencia de preeclampsia fue mayor en los nacidos a término, con

98,60 %, frente a 96,70 % en prematuros. Aunque hubo una diferencia proporcional, la frecuencia absoluta de preeclampsia fue baja en ambos grupos.

A nivel internacional, el resultado coincide con Rodríguez-Márquez et al., quienes en Cuba reportaron preeclampsia en 31,0 % del grupo pretérmino y 6,6% del grupo a término, con $X^2 = 69,04$ y $p = 0,0000$. También concuerda con Fetene et al., quienes en Etiopía encontraron preeclampsia en 28,9 % del grupo prematuro y 8,5 % del grupo a término, con $p = 0,001$. En ambos antecedentes, la proporción de enfermedad hipertensiva fue mayor en el grupo prematuro, igual que en la presente investigación, aunque los porcentajes reportados en Tacna fueron menores (26).

A nivel nacional, los hallazgos son consistentes con Obregón Manzur y Rodríguez Machuca, quienes reportaron preeclampsia en 28 % del grupo prematuro y 3 % del grupo a término, con $p < 0,0001$. (33) También coinciden con Cerda Zuazo y López Martinelli, quienes hallaron preeclampsia en 20,3 % del grupo prematuro y 6,3 % del grupo a término, con $p < 0,001$; así como con Bernuy Pajuelo, quien informó preeclampsia en 24,7 % del grupo prematuro y 5,3% del grupo a término, con $p < 0,001$. (34) De manera similar, Cueva Velarde registró preeclampsia en 82,1 % del grupo prematuro y 17,9 % del grupo a término, con $X^2 = 13,791$ y $p < 0,001$. (38) Por tanto, la evidencia nacional muestra una tendencia uniforme: la preeclampsia aparece con mayor frecuencia entre los nacimientos prematuros.

A nivel local, el resultado coincide con Florez Condori, quien en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna encontró preeclampsia en 21,8 % del grupo pretérmino y 3,4 % del grupo a término, con $X^2 = 125,870$ y $p = 0,000$. (45) También se relaciona con Chávez Pacoricona, quien reportó preeclampsia severa en 2,4 % del grupo prematuro y 0,4 % del grupo a término, con $p = 0,025$. (44) En comparación, la presente tabla muestra porcentajes menores que Florez Condori, pero conserva el mismo sentido estadístico: la preeclampsia fue más frecuente en prematuros que en nacidos a término, con significancia estadística (45).

En síntesis, la preeclampsia mostró una asociación significativa con prematuridad y este hallazgo es coherente con la mayoría de antecedentes internacionales, nacionales y locales revisados. Aunque la proporción observada en el presente estudio fue menor que en otros trabajos, el patrón comparativo se mantiene constante: la enfermedad hipertensiva del embarazo aparece con

mayor frecuencia en el grupo prematuro. Por ello, su identificación temprana durante el control prenatal continúa siendo un punto clave para la vigilancia obstétrica y la prevención de complicaciones materno-perinatales.

En la Tabla N° 21, el antecedente de hipertensión materna presentó asociación estadísticamente significativa con el recién nacido prematuro, con $p < 0,001$. En el grupo prematuro, 8 madres tuvieron antecedente de hipertensión, equivalente a 1,15 %, mientras que en el grupo a término este antecedente se presentó en 31 madres, equivalente a 0,31 %. En contraste, la ausencia de antecedente de hipertensión fue mayor en los nacidos a término, con 99,69 %, frente a 98,85 % en prematuros. La frecuencia absoluta fue baja en ambos grupos.

A nivel internacional, no se encontraron más resultados de esta variable.

A nivel nacional, el resultado coincide con Obregón Manzur y Rodríguez Machuca, quienes reportaron hipertensión arterial en 17 % del grupo prematuro y 2 % del grupo a término, con $p < 0,0001$. Este antecedente muestra una diferencia porcentual más amplia que la observada en la presente investigación; sin embargo, ambos estudios coinciden en que el antecedente hipertensivo fue más frecuente entre los nacimientos prematuros y alcanzó significancia estadística. No se encontraron más resultados nacionales ni locales directamente comparables para esta variable (33).

En síntesis, el antecedente de hipertensión materna mostró asociación significativa con prematuridad, aunque con baja frecuencia absoluta. La comparación disponible sugiere que los antecedentes hipertensivos pueden tener relevancia clínica, pero deben diferenciarse de la preeclampsia o de los trastornos hipertensivos propios del embarazo actual. Por ello, este antecedente debe interpretarse como parte de la historia clínica materna y valorarse junto con otros factores obstétricos asociados.

En la tabla N°22 se observa que, de 697 recién nacidos prematuros, 383 fueron de sexo masculino, equivalente al 54,95%, y 314 fueron de sexo femenino, correspondiente al 45,05%. En los recién nacidos a término, de 10 106 casos, 5119 fueron masculinos, equivalente al 50,65%, y 4987 femeninos, correspondiente al 49,35%. Al comparar ambos grupos, el porcentaje de sexo masculino fue mayor en los recién nacidos prematuros que en los recién nacidos a término, con una diferencia de 4,30 puntos porcentuales. En la distribución anual de los prematuros, el sexo masculino fue predominante en todos los años:

53,90% en 2021, 50,69% en 2022, 59,87% en 2023, 57,38% en 2024 y 52,80% en 2025; el mayor porcentaje masculino se registró en 2023.

A nivel internacional, Fajolu et al., en Nigeria, realizaron un análisis secundario de 69 698 nacimientos en 54 hospitales terciarios entre septiembre de 2019 y agosto de 2020; de 62 383 nacidos vivos, 9547 fueron prematuros. En su estudio, la razón masculino:femenino fue de 1,02:1 en los recién nacidos prematuros y de 1,08:1 en los recién nacidos a término. (29) Este hallazgo coincide parcialmente con el presente estudio porque también muestra presencia ligeramente mayor del sexo masculino entre los prematuros.

A nivel internacional, Díaz-Granda, en Ecuador, desarrollaron un estudio de casos y controles en el Hospital Vicente Corral de Cuenca durante 2016-2017, con 160 recién nacidos prematuros y 320 recién nacidos a término. En los casos, 78 fueron masculinos, equivalente al 48,8%, y 82 femeninos, equivalente al 51,2%; además, el sexo masculino no se asoció con prematuridad. (30) Este resultado discrepa con el presente estudio, donde el sexo masculino fue más frecuente en los prematuros.

A nivel nacional, Tapia Huamani, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima durante 2019, realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal en 132 gestantes con parto pretérmino. En la distribución por sexo del recién nacido prematuro, encontró 70 varones, equivalente al 53%, y 62 mujeres, equivalente al 47%. Este resultado es similar al presente estudio, donde también predominó el sexo masculino entre los recién nacidos prematuros, con 54,95%. La diferencia porcentual entre ambos estudios es pequeña, de 1,95 puntos porcentuales, lo que muestra una distribución cercana entre ambas poblaciones hospitalarias peruanas.

En conjunto, los resultados muestran predominio del sexo masculino entre los recién nacidos prematuros, tanto en el análisis general como en cada año evaluado. Aunque el cálculo estadístico de la tabla muestra una diferencia significativa, el sexo del recién nacido debe interpretarse como una característica neonatal no modificable. Por ello, su utilidad principal está en la descripción epidemiológica y en la estratificación de la población, mientras que la prevención del parto prematuro continúa dependiendo principalmente de la identificación y control de factores maternos y obstétricos modificables.

En la tabla N°23 se observa que, de 697 recién nacidos prematuros, 595 presentaron APGAR vigoroso al minuto 5, equivalente al 85,37%, mientras que

102 presentaron depresión neonatal, correspondiente al 14,63%. En los recién nacidos a término, de 10 106 casos, 10 073 fueron vigorosos, equivalente al 99,67%, y solo 33 presentaron depresión neonatal, correspondiente al 0,33%. Al comparar ambos grupos, la depresión neonatal al minuto 5 fue mayor en los recién nacidos prematuros que en los recién nacidos a término. En la distribución anual de los prematuros, la depresión neonatal fue de 14,29% en 2021, 14,58% en 2022, 13,82% en 2023, 9,84% en 2024 y 20,80% en 2025, siendo el valor más alto el registrado en 2025 y el más bajo en 2024.

A nivel nacional, Cerda López, en el Hospital Regional de Ayacucho durante el año 2020, evaluó 600 madres, distribuidas en 300 casos con parto pretérmino y 300 controles con parto a término. En dicho estudio, el APGAR bajo a los 5 minutos fue mayor en los recién nacidos prematuros que en los nacidos a término, con 4,7% frente a 1,3%, respectivamente; además, reportó OR=3,6, IC95%: 1,2-11,1 y $p=0,017$. Este hallazgo coincide con el presente estudio porque en ambos se observa mayor compromiso del APGAR a los 5 minutos en los prematuros. (34) No obstante, la magnitud observada en Tacna fue mayor, con 14,63% de depresión neonatal en prematuros frente a 0,33% en nacidos a término; esta diferencia puede relacionarse con el tamaño poblacional, el periodo de estudio y la forma de categorizar el APGAR.

En conjunto, los resultados muestran que la depresión neonatal al minuto 5 fue más frecuente en los recién nacidos prematuros que en los nacidos a término. El APGAR a los 5 minutos evalúa cómo se encuentra el recién nacido fuera del útero y su respuesta cuando requiere reanimación inmediata; además, un puntaje menor de 7 indica necesidad de atención médica. Por ello, aunque el APGAR no debe interpretarse como predictor absoluto de salud futura, su alteración en prematuros es un indicador clínico relevante para la atención inmediata y vigilancia neonatal.

En la tabla N°24 se observa que, de 697 recién nacidos prematuros, 565 presentaron peso adecuado para la edad gestacional, equivalente al 81,06%; 97 fueron pequeños para la edad gestacional, correspondiente al 13,92%; y 35 fueron grandes para la edad gestacional, equivalente al 5,02%. En los recién nacidos a término, de 10 106 casos, 7986 tuvieron peso adecuado, equivalente al 79,02%; 1935 fueron grandes para la edad gestacional, correspondiente al 19,15%; y 185 fueron pequeños para la edad gestacional, equivalente al 1,83%. Al comparar ambos grupos, los pequeños para la edad gestacional fueron más frecuentes en los prematuros que en los nacidos a término. En la distribución

anual de los prematuros, el mayor porcentaje de pequeños para la edad gestacional se registró en 2022, con 19,44%, seguido de 2021 con 16,23%, 2025 con 12,00%, 2024 con 11,48% y 2023 con 9,87%.

A nivel internacional, Fajolu et al., en Nigeria, realizaron un análisis secundario con una población de 69 698 nacimientos atendidos en 54 hospitales terciarios entre 2019 y 2020; de 62 383 nacidos vivos, 9547 fueron prematuros. En relación con el peso al nacer, reportaron que 54,1% de los prematuros y 6,2% de los nacidos a término tuvieron bajo peso al nacer; además, en los prematuros con edad gestacional ≥ 33 semanas evaluados con estándares INTERGROWTH-21st, 17,3% fueron pequeños para la edad gestacional y 18,7% grandes para la edad gestacional. Este resultado coincide parcialmente con la presente tabla, porque en ambos estudios los pequeños para la edad gestacional representan un grupo importante dentro de los prematuros; sin embargo, en Tacna el porcentaje de pequeños fue menor, con 13,92%, y el porcentaje de grandes fue mucho menor, con 5,02%. (29) La diferencia puede explicarse porque Fajolu et al. evaluaron la adecuación del crecimiento solo en prematuros de 33 semanas o más y utilizaron estándares INTERGROWTH-21st, mientras que la tabla actual incluye a todos los prematuros registrados durante 2021-2025.

A nivel internacional, Díaz-Granda, en Ecuador, realizaron un estudio de casos y controles en el Hospital Vicente Corral de Cuenca durante el periodo 2016-2017, con una muestra de 160 recién nacidos prematuros y 320 recién nacidos a término. En relación con el peso para la edad gestacional, encontraron que el peso PEG se presentó en 44 prematuros, equivalente al 27,5%, y en 47 recién nacidos a término, equivalente al 14,7%, con $p=0,001$. Asimismo, el peso AEG se observó en 116 prematuros, equivalente al 72,5%, y en 273 nacidos a término, equivalente al 85,3%. Estos resultados coinciden con el presente estudio en que el peso pequeño para la edad gestacional fue más frecuente en los recién nacidos prematuros que en los nacidos a término; sin embargo, en nuestra tabla la frecuencia de PEG fue menor, con 13,92% en prematuros y 1,83% en nacidos a término. No obstante, el porcentaje absoluto de PEG fue más alto en el estudio ecuatoriano tanto en prematuros como en nacidos a término. Además, en el análisis multivariado, Díaz-Granda identificó al peso de nacimiento menor al percentil 10 como factor asociado a prematuridad lo cual respalda la relación entre crecimiento fetal por debajo del percentil esperado y prematuridad. (30)

A nivel nacional, Bernuy Pajuelo, en el Hospital Santa Rosa de Lima durante enero a diciembre de 2024, realizó un estudio analítico, observacional,

retrospectivo, transversal y de casos y controles, con 85 gestantes con parto pretérmino y 170 gestantes con parto a término. En relación con el peso menor al percentil 10, estuvo presente en 21 casos de parto pretérmino, equivalente al 24,7%, y en 6 controles a término, equivalente al 3,5%. Asimismo, la ausencia se observó en 64 casos pretérmino, correspondiente al 75,3%, y en 164 controles, equivalente al 96,5%. (36) Estos resultados coinciden con la presente tabla, donde los recién nacidos pequeños para la edad gestacional fueron más frecuentes en el grupo prematuro, con 97 casos, equivalente al 13,92%, frente a 185 recién nacidos a término, correspondiente al 1,83%.

En conjunto, los resultados muestran que la mayoría de recién nacidos prematuros tuvo peso adecuado para la edad gestacional, pero la proporción de pequeños para la edad gestacional fue claramente mayor en los prematuros que en los nacidos a término.

CONCLUSIONES

PRIMERO:

El porcentaje del recién nacido prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2021-2025 fue de 6,45%.

SEGUNDO:

Los factores sociodemográficos de la madre no están asociados al recién nacido prematuro.

TERCERO:

Los factores obstétricos de la madre que están asociados al recién nacido prematuro son la anemia, multigestas y controles prenatales inadecuados.

CUARTO:

El sexo masculino, APGAR vigoroso y el peso adecuado para la edad gestacional son más frecuentes en el recién nacido prematuro.

RECOMENDACIONES

PRIMERO:

Se recomienda fortalecer el control prenatal oportuno y continuo en las gestantes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, priorizando la captación temprana, la detección y tratamiento de anemia, y el seguimiento de madres multigestas, con el fin de disminuir el riesgo de recién nacidos prematuros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth. *Lancet*.;379:2162–2172.
2. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*.;371:75–84.
3. World Health Organization. Born Too Soon: The global action report on preterm birth. Geneva: WHO; 2022.
4. Lawn JE, Blencowe H, Oza S, et al. Every Newborn: Progress, priorities, and potential beyond survival. *Lancet*. 2018;384:189–205.
5. March of Dimes, PMNCH, Save the Children, WHO. Born Too Soon: The global action report on preterm birth. New York: March of Dimes; 2018.
6. Ministerio de Salud del Perú. Análisis de la situación de salud neonatal en Perú 2024. Lima: MINSA; 2024.
7. UNICEF. Committing to Child Survival: A promise renewed. New York: UNICEF; 2024.
8. Hospital Hipólito Unanue. Estadísticas de atención obstétrica. Tacna, Perú; 2023.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin No. 217: Preterm birth. *Obstet Gynecol*. 2020;135:e237–e255.
10. Moore K, Persaud T, Torchia M. The Developing Human. 11th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.
11. Goldenberg RL, Culhane JF. Preterm birth and maternal health. *Lancet*. 2007;370:75–84.
12. Adugna DG. Prevalence and associated risk factors of preterm birth among neonates in referral hospitals of Amhara Region, Ethiopia. *PLoS ONE*. 2022;17:e0276793.
13. Ministerio de Salud del Perú. Análisis de situación de salud neonatal regional. Lima: MINSA; 2022.
14. van den Broek N, Jean-Baptiste R, Neilson JP. Factors associated with preterm, early preterm and late preterm birth in Malawi. *PLoS ONE*. 2014;9:e90128.
15. Murguía-Ricalde FN, Indacochea-Cacéda S, Roque Quezada JC, et al. Factores de riesgo maternos asociados a prematuridad en adolescentes en Lima, Perú. *Rev Peru Investig Matern Perinat*. 2021;10(2):35–41.

16. Toro-Huamanchumo CJ, Barboza J, Pinedo-Castillo L, et al. Maternal factors associated with prematurity in pregnant women from a public hospital in Trujillo, Peru. RCMHNA. 2021;14(3):287–290.
17. Fetene G, Tesfaye T, Negesse Y, Dulla D. Factors associated with preterm birth among mothers who gave birth at public Hospitals in Sidama regional state, Southeast Ethiopia: Unmatched case-control study. PLoS ONE. 2022;17: e0265594.
18. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna. Lima: MINSA; 2013.
19. Ministerio de Salud del Perú. Embarazadas deben recibir como mínimo 6 atenciones durante la gestación. Lima: MINSA; 2019.
20. Huertas Tacchino E. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. Rev Peru Ginecol Obstet. 2018;64(3):399-404.
21. Hillier SL, Nugent RP, Eschenbach DA, Krohn MA, Gibbs RS, Martin DH, et al. Association between bacterial vaginosis and preterm delivery of a low-birth-weight infant. N Engl J Med. 1995;333(26):1737-1742.
22. Collantes L, Cruz P, Webb V, Huayanay L, Zegarra J. Costos del cuidado intensivo del prematuro en un Hospital Nacional durante el año 2009. Rev Peru Pediatr. 2011;64(2):16-21.
23. World Health Organization. Preterm birth [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2026 May 31]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
24. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud para la atención integral de salud neonatal. NTS N.º 106-MINSA/DGSP-V.01. Lima: MINSA; 2013. *Prevalence and associated risk factors of preterm birth among neonates in referral*
25. Chavarría L. Factores de riesgo relacionados con el parto prematuro en El Salvador. Alerta. 2019;2(2):144-152. doi:10.5377/alerta.v2i2.7922. Disponible en: <https://camjol.info/index.php/alerta/article/download/7922/8576/58113>
26. Rodríguez-Márquez A, Hernández-Barrio E, Villafuerte-Reinante J, Mesa-Montero ZT, Hernández-Cabrera Y, López-Rodríguez-del-Rey AM. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Cienfuegos 2012. Medisur. 2019;17(4):505-513. Disponible en: <https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4214>

27. de Medeiros BKB, Cornetta MC, Crispim JO, Cobucci RN. Risk factors associated with preterm birth in a Brazilian maternal and child health hospital. *Obstet Gynecol Cases Rev.* 2018;5:136. doi:10.23937/2377-9004/1410136. Disponible en: <https://clinmedjournals.org/articles/ogcr/obstetrics-and-gynaecology-cases-review-ogcr-5-136.php>
28. van den Broek NR, Jean-Baptiste R, Neilson JP. Factors associated with preterm, early preterm and late preterm birth in Malawi. *PLoS One.* 2014;9(3):e90128. doi:10.1371/journal.pone.0090128. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0090128>
29. Fajolu IB, Dedek IOF, Oluwasola TA, Oyeneyin L, Imam Z, Ogundare E, et al. Determinants and outcomes of preterm births in Nigerian tertiary facilities. *BJOG.* 2024;131 Suppl 3:30-41. doi:10.1111/1471-0528.17869. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.17869>
30. Díaz-Granda R, Díaz-Granda L. Factores fetales asociados a prematuridad. *Arch Med (Manizales).* 2020;20(1):97-106. doi:10.30554/archmed.20.1.3204.2020. Disponible en: <https://revistasum.umanizales.edu.co/index.php/archivosmedicina/article/view/3204>
31. Zewde GT. Preterm birth and associated factors among mother who gave birth in public health hospitals in Harar Town Eastern Ethiopia 2019. *OSP J Health Care Med.* 2020;1:HCM-1-103. Disponible en: <https://www.ospublishers.com/pdf/HCM-1-103.pdf>
32. Mawolle GG, Moshi FV. The prevalence and factors associated with premature birth among post-delivery women in the Mbeya region: an analytical cross-sectional study. *medRxiv.* 2022. doi:10.1101/2022.11.14.22282321. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.11.14.22282321v1>
33. Obregon Manzur CJ, Rodriguez Machuca DA. Factores asociados a parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto Felipe Santiago Arriola Iglesias Perú 2023 [tesis]. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2024. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12727/16038>
34. Cerda Zuazo SA, López Martinelli VM. Factores asociados al parto pretérmino en el Hospital Regional de Ayacucho, Perú, año 2020 [tesis]. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2024. Disponible en: <https://repositorioslaianoamericanos.uchile.cl/handle/2250/9255569>

35. Pariona Bautista KN. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino, en pacientes atendidas en el área de ginecología y obstetricia, Hospital Regional de Cañete año 2023 [tesis]. Chíncha: Universidad Privada San Juan Bautista; 2024. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/0cf4e947-e8bd-4669-85df-74de0f0071af>
36. Bernuy Pajuelo MC. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes en el Hospital Santa Rosa de enero a diciembre del 2024, Lima-Perú [tesis]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2026. Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/items/29d2f09d-3e93-4f52-a916-289e71159f00>
37. Ramos Alvarez L, Rojas Cerron GT. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en mujeres gestantes atendidas en un Hospital Regional de Junín, Huancayo 2022-2023 [tesis]. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes; 2025. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12848/9166>
38. Cueva Velarde DA. Factores de riesgo maternos asociados a parto prematuro en gestantes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia de la Clínica Adventista Good Hope en el año 2023-2024 [tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2025. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/entities/publication/e7b1b600-d89c-4648-ae24-86527c35a2a9>
39. Reyes Aguirre FM. Factores maternos atribuibles a prematuridad en un hospital del III nivel de la ciudad de Iquitos 2020-2021 [tesis]. San Juan Bautista: Universidad Científica del Perú; 2022. Disponible en: <https://repositorio.ucp.edu.pe/items/a27b36ac-18c5-46b5-9442-8d0bb3832183>
40. Ccorisoncco Cardenas Z, Gómez Alcarraz L, Sulca Carbajo KY. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM-Cusco, 2023. Cienc Lat Rev Cient Multidiscip. 2025;9(5):832-870. doi:10.37811/cl_rcm.v9i5.19743. Disponible en: <https://ciencia-latina.org/index.php/cienciala/article/view/19743>
41. Murguía-Ricalde FN, Indacochea-Cacéda S, Roque Quezada JCE, De La Cruz-Vargas JA. Factores de riesgo maternos asociados a parto prematuro en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo año 2018 al 2019, Lima-Perú. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2021;10(2):35-41. doi:10.33421/inmp.202122636. Disponible en: <https://investigacionmaterno-perinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/226>

42. Toro-Huamanchumo CJ, Barboza JJ, Pinedo-Castillo L, Barros-Sevillano S, Gronerth-Silva JK, Gálvez-Díaz NC, et al. Factores maternos asociados a prematuridad en gestantes de un hospital público de Trujillo, Perú. *Rev Cuerpo Med HNAAA*. 2021;14(3):287-290. doi:10.35434/rcmhnaaa.2021.143.1246. Disponible en: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/1246>
43. Parra Velarde F. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período enero 2010-diciembre 2012 [tesis]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2013.
44. Chávez Pacoricona DM. Factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino en pacientes atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna-MINSA durante el periodo 2011 al 2015 [tesis]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2016.
45. Florez Condori JL. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna-MINSA, 2017-2018 [tesis]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2020.
46. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*. 2008;371(9606):75-84. doi:10.1016/S0140-6736(08)60074-4
47. Romero R, Dey SK, Fisher SJ. Preterm labor: one syndrome, many causes. *Science*. 2014;345(6198):760-765. doi:10.1126/science.1251816
48. Muglia LJ, Katz M. The enigma of spontaneous preterm birth. *N Engl J Med*. 2010;362(6):529-535. doi:10.1056/NEJMra0904308
49. World Health Organization. Adolescent pregnancy [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [citado 2026 May 31]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
50. Gantt A, Metz TD, Kuller JA, Louis JM, Cahill AG, Turrentine MA. Pregnancy at age 35 years or older: ACOG Obstetric Care Consensus No. 11. *Obstet Gynecol*. 2022;140(2):348-366. doi:10.1097/AOG.0000000000004873
51. Londero AP, Rossetti E, Pittini C, Cagnacci A, Driul L. Maternal age and the risk of adverse pregnancy outcomes: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):261. doi:10.1186/s12884-019-2400-x
52. Ruiz M, Goldblatt P, Morrison J, Kukla L, Švancara J, Riitta-Järvelin M, et al. Mother's education and the risk of preterm and small for gestational age birth: a

- DRIVERS meta-analysis of 12 European cohorts. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69(9):826-833. doi:10.1136/jech-2014-205387
53. Granés L, Torà-Rocamora I, Palacio M, De la Torre L, Llupia A. Maternal educational level and preterm birth: exploring inequalities in a hospital-based cohort study. *PLoS One*. 2023;18(4). doi:10.1371/journal.pone.0283901
 54. Blumenshine P, Egerter S, Barclay CJ, Cubbin C, Braveman PA. Socioeconomic disparities in adverse birth outcomes: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2010;39(3):263-272. doi:10.1016/j.amepre.2010.05.012
 55. Shah PS, Zao J, Ali S. Maternal marital status and birth outcomes: a systematic review and meta-analyses. *Matern Child Health J*. 2011;15(7):1097-1109. doi:10.1007/s10995-010-0654-z
 56. Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. An examination of the association between marital status and prenatal mental disorders using linked health administrative data. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22:727. doi:10.1186/s12884-022-05045-8
 57. Adane HA, Iles R, Boyle JA, Gelaw A, Collie A. Maternal occupational risk factors and preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *Public Health Rev*. 2023;44:1606085. doi:10.3389/phrs.2023.1606085
 58. Bizuayehu HM, Harris ML, Chojenta C, Loxton D. Maternal residential area effects on preterm birth, low birth weight and caesarean section in Australia: a systematic review. *Midwifery*. 2023;123:103704. doi:10.1016/j.midw.2023.103704
 59. Levine LD, Gonzales GF, Tapia VL, Gasco M, Sammel MD, Srinivas SK, et al. Preterm birth risk at high altitude in Peru. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;212(2):210.e1-210.e8. doi:10.1016/j.ajog.2014.08.024
 60. Grant ID, Giussani DA, Aiken CE. Fetal growth and spontaneous preterm birth in high-altitude pregnancy: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Int J Gynaecol Obstet*. 2022;157(2):221-229. doi:10.1002/ijgo.13779
 61. Koullali B, van Zijl MD, Kazemier BM, Oudijk MA, Mol BWJ, Pajkrt E, et al. The association between parity and spontaneous preterm birth: a population based study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):233. doi:10.1186/s12884-020-02940-w

62. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016.
63. Tunçalp Ö, Peña-Rosas JP, Lawrie T, Bucagu M, Oladapo OT, Portela A, et al. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience-going beyond survival. *BJOG*. 2017;124(6):860-862.
64. Institute of Medicine, National Research Council. Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines. Washington, DC: National Academies Press; 2009. doi:10.17226/12584
65. Han Z, Mulla S, Beyene J, Liao G, McDonald SD; Knowledge Synthesis Group. Maternal underweight and the risk of preterm birth and low birth weight: a systematic review and meta-analyses. *Int J Epidemiol*. 2011;40(1):65-101. doi:10.1093/ije/dyq195
66. McDonald SD, Han Z, Mulla S, Beyene J; Knowledge Synthesis Group. Overweight and obesity in mothers and risk of preterm birth and low birth weight infants: systematic review and meta-analyses. *BMJ*. 2010;341. doi:10.1136/bmj.c3428
67. Goldstein RF, Abell SK, Ranasinha S, Misso M, Boyle JA, Black MH, et al. Association of gestational weight gain with maternal and infant outcomes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2017;317(21):2207-2225. doi:10.1001/jama.2017.3635
68. World Health Organization. Guideline on haemoglobin cutoffs to define anaemia in individuals and populations. Geneva: World Health Organization; 2024.
69. Haider BA, Olofin I, Wang M, Spiegelman D, Ezzati M, Fawzi WW; Nutrition Impact Model Study Group. Anaemia, prenatal iron use, and risk of adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2013;346. doi:10.1136/bmj.f3443
70. Young MF, Oaks BM, Tandon S, Martorell R, Dewey KG, Wendt AS. Maternal hemoglobin concentrations across pregnancy and maternal and child health: a systematic review and meta-analysis. *Ann N Y Acad Sci*. 2019;1450(1):47-68. doi:10.1111/nyas.14093
71. Rahmati S, Azami M, Badfar G, Parizad N, Sayehmiri K. The relationship between maternal anemia during pregnancy with preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2020;33(15):2679-2689. doi:10.1080/14767058.2018.1555811

72. American College of Obstetricians and Gynecologists. Urinary tract infections in pregnant individuals: ACOG Clinical Consensus No. 4. *Obstet Gynecol.* 2023;142(2):435-445.
73. Nicolle LE, Gupta K, Bradley SF, Colgan R, DeMuri GP, Drekonja D, et al. Clinical practice guideline for the management of asymptomatic bacteriuria: 2019 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2019;68(10). doi:10.1093/cid/ciy1121
74. Smaill FM, Vazquez JC. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;2019(11). doi:10.1002/14651858.CD000490.pub4
75. Matuszkiewicz-Rowinska J, Małyszko J, Wieliczko M. Urinary tract infections in pregnancy: old and new unresolved diagnostic and therapeutic problems. *Arch Med Sci.* 2015;11(1):67-77. doi:10.5114/aoms.2013.39202
76. Baer RJ, Nidey N, Bandoli G, Chambers BD, Chambers CD, Feuer S, et al. Risk of early birth among women with a urinary tract infection: a retrospective cohort study. *AJP Rep.* 2021;11(1). doi:10.1055/s-0040-1721668
77. Werter DE, Schneeberger C, Mol BWJ, de Groot CJM, Pajkrt E, Geerlings SE, et al. The risk of preterm birth in low risk pregnant women with urinary tract infections. *Am J Perinatol.* 2023;40(14):1558-1566. doi:10.1055/s-0041-1739289
78. Gonçalves LF, Chaiworapongsa T, Romero R. Intrauterine infection and prematurity. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev.* 2002;8(1):3-13. doi:10.1002/mrdd.10008
79. Centers for Disease Control and Prevention. Bacterial vaginosis: sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. Atlanta: CDC; 2021.
80. Leitch H, Bodner-Adler B, Brunbauer M, Kaider A, Egarter C, Husslein P. Bacterial vaginosis as a risk factor for preterm delivery: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189(1):139-147. doi:10.1067/mob.2003.339
81. Brocklehurst P, Gordon A, Heatley E, Milan SJ. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(1). doi:10.1002/14651858.CD000262.pub4
82. Ravel J, Gajer P, Abdo Z, Schneider GM, Koenig SSK, McCulle SL, et al. Vaginal microbiome of reproductive-age women. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2011;108 Suppl 1:4680-4687. doi:10.1073/pnas.1002611107

83. Amsel R, Totten PA, Spiegel CA, Chen KCS, Eschenbach D, Holmes KK. Nonspecific vaginitis: diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. *Am J Med.* 1983;74(1):14-22. doi:10.1016/0002-9343(83)91112-9
84. Nugent RP, Krohn MA, Hillier SL. Reliability of diagnosing bacterial vaginosis by a standardized method of Gram stain interpretation. *J Clin Microbiol.* 1991;29(2):297-301. doi:10.1128/jcm.29.2.297-301.1991
85. Fettweis JM, Serrano MG, Brooks JP, Edwards DJ, Girerd PH, Parikh HI, et al. The vaginal microbiome and preterm birth. *Nat Med.* 2019;25(6):1012-1021. doi:10.1038/s41591-019-0450-2
86. DiGiulio DB, Callahan BJ, McMurdie PJ, Costello EK, Lyell DJ, Robaczewska A, et al. Temporal and spatial variation of the human microbiota during pregnancy. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2015;112(35):11060-11065. doi:10.1073/pnas.1502875112
87. Callahan BJ, DiGiulio DB, Goltsman DSA, Sun CL, Costello EK, Jeganathan P, et al. Replication and refinement of a vaginal microbial signature of preterm birth. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2017;114(37):9966-9971. doi:10.1073/pnas.1705899114
88. Magee LA, Brown MA, Hall DR, Gupte S, Hennessy A, Karumanchi SA, et al. The 2021 International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy classification, diagnosis and management recommendations for international practice. *Pregnancy Hypertens.* 2022;27:148-169. doi:10.1016/j.preghy.2021.09.008
89. World Health Organization. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Geneva: World Health Organization; 2011.
90. Mol BWJ, Roberts CT, Thangaratinam S, Magee LA, de Groot CJM, Hofmeyr GJ. Pre-eclampsia. *Lancet.* 2016;387(10022):999-1011. doi:10.1016/S0140-6736(15)00070-7
91. Burton GJ, Redman CW, Roberts JM, Moffett A. Pre-eclampsia: pathophysiology and clinical implications. *BMJ.* 2019;366. doi:10.1136/bmj.l2381
92. Rana S, Lemoine E, Granger JP, Karumanchi SA. Preeclampsia: pathophysiology, challenges, and perspectives. *Circ Res.* 2019;124(7):1094-1112. doi:10.1161/CIRCRESAHA.118.313276

93. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 200: early pregnancy loss. *Obstet Gynecol.* 2018;132(5). doi:10.1097/AOG.0000000000002899
94. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertil Steril.* 2012;98(5):1103-1111. doi:10.1016/j.fertnstert.2012.06.048
95. Oliver-Williams C, Fleming M, Wood AM, Smith GCS. Previous miscarriage and the subsequent risk of preterm birth in Scotland, 1980-2008: a historical cohort study. *BJOG.* 2015;122(11):1525-1534. doi:10.1111/1471-0528.13276
96. Lemmers M, Verschoor MAC, Hooker AB, Opmeer BC, Limpens J, Huirne JAF, et al. Dilatation and curettage increases the risk of subsequent preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod.* 2016;31(1):34-45. doi:10.1093/humrep/dev274
97. Saccone G, Perriera L, Berghella V. Prior uterine evacuation of pregnancy as independent risk factor for preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;214(5):572-591. doi:10.1016/j.ajog.2015.12.044
98. Shah PS, Zao J, Ali S. Induced termination of pregnancy and low birthweight and preterm birth: a systematic review and meta-analyses. *BJOG.* 2009;116(11):1425-1442. doi:10.1111/j.1471-0528.2009.02278.x
99. Swingle HM, Colaizy TT, Zimmerman MB, Morriss FH Jr. Abortion and the risk of subsequent preterm birth: a systematic review with meta-analyses. *J Reprod Med.* 2009;54(2):95-108.
100. Wu CQ, Nichols K, Carwana M, Cormier N, Maratta C. Preterm birth after recurrent pregnancy loss: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril.* 2022;117(4):811-819. doi:10.1016/j.fertnstert.2022.01.004
101. Bhattacharya S, McCall SJ, Woolner AMF. Recurrent pregnancy loss and subsequent preterm birth: association or causation? *Fertil Steril.* 2022;117(4):820-821. doi:10.1016/j.fertnstert.2022.01.038
102. Organización Panamericana de la Salud, Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Sistema de Información Perinatal. Washington, DC: OPS/CLAP; 2024.

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: Factores sociodemográficos y obstétricos de la madre asociados al recién nacido prematuro del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2025

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
General	General			
¿Cuáles son los factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos asociados al recién nacido prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2021-2025?	Determinar los factores sociodemográficos y obstétricos de la madre asociados al recién nacido prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2021-2025.	Los factores sociodemográficos de la madre asociados al recién nacido prematuro son la edad >34 años y el grado de instrucción primaria.	Prematuridad	Diseño Descriptivo y Asociativo Población Estará conformada por todas las pacientes cuya gestación culminó en parto de recién nacido vivo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2021 – 2025. Técnica Análisis documental Instrumento Sistema Informático Perinatal Estadística IC95% p valor
	Específicos		Factores sociodemográficos	
	Identificar el porcentaje del recién nacido prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el periodo 2021-2025.	Los factores obstétricos asociados al recién nacido prematuro son la anemia y la infección del tracto urinario.	-Edad materna -Grado de instrucción -Estado civil -Ocupación	
	Determinar la asociación entre los factores sociodemográficos de la madre y el recién nacido prematuro y a término en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2021-2025.		Factores obstétricos	
	Determinar la asociación entre los factores obstétricos de la madre y el recién nacido prematuro y a término en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2021-2025.		-Gestas -Paridad -Antecedente de prematuridad -Controles prenatales -Talla materna -Índice de masa corporal -Anemia -Situación -Presentación -Infección del tracto urinario -Vaginosis bacteriana -Antecedente de aborto -Antecedente de cesárea -Antecedente de prematuridad -Preeclampsia -Antecedente de hipertensión	
	Describir las características neonatales del recién nacido prematuro y a término en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2021-2025	Las características neonatales más frecuentes en el recién nacido prematuro son la depresión neonatal y el bajo peso para la edad gestacional.	Características neonatales	
			-Sexo -Apgar a los 5 minutos -Peso para la edad gestacional	

ANEXO 2: APROBACIÓN POR COMITÉ DE ÉTICA

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN



HHUT
HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA

Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

EL DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA AUTORIZA, POR INTERMEDIO DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN CIÉI-HHUT.

Por Resolución Directoral N°270-2024-ETARRRH-OEGDRRH-DRS.T/GOB.REG.TACNA, otorga

CREDENCIAL

Del Proyecto de Investigación:

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y OBSTÉTRICOS DE LA MADRE ASOCIADOS AL RECIÉN NACIDO PREMATURO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021-2025	CÓDIGO
	35-CIÉI-HHUT-2025

Autoría (es):

FERNANDO ALFREDO CALIZAYA PERALTA

Dictamen otorgado por Miembro activo del CIÉI, **OBSTA LUZ MARINA LIENDO CÁCERES**, Miembro activo del Comité Institucional de Ética en Investigación informa como:

Titular ☒ Suplente ☐

Según Resolución Directoral N°080-2026-UADI-DIREC-EJEC-HHUT-DRS.T/GOB.REG.TACNA, quien luego de la revisión del trabajo, DETERMINA:

Que puede ejecutarse: SI ☒ NO ☐

Cumple con el Marco ético legal de la Investigación en seres humanos SI ☐ NO ☒

Vulnera derechos SI ☐ NO ☒

Aplicará Instrumentos:

Pacientes ☐

Personal ☐

Otros ☒

Consentimiento informado:

Verbal SI ☐ NO ☒ Escrito SI ☐ NO ☒ Pertinente SI ☐ NO ☒

Impacto Ambiental Positivo ☐ Negativo ☒

En base a ello el Comité Institucional de Ética en Investigación concluye que el proyecto:

SI ☒ NO ☐ Cumple con los requisitos de calidad exigidos para ser desarrollado

y en consecuencia SI ☒ NO ☐ Otorga la Aprobación, por intermedio del Comité Institucional de Ética en Investigación

Se expide el presente documento el día 30 de abril del 2026

Válido hasta el 30 de abril del 2027



MÉD. EDDY RICHARD VICENTE CHOQUE
Director Ejecutivo
Hospital Hipólito Unanue Tacna



LIC. DANIEL MARTÍN CENTELLA CENTENO
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
Hospital Hipólito Unanue Tacna