



Universidad Nacional

SAN LUIS GONZAGA



[Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0)

Esta licencia permite que otros distribuyan, mezclen, adapten y construyan sobre su trabajo, incluso comercialmente, siempre que le reconozcan la creación original. Esta es la licencia más complaciente que se ofrece. Recomendado para la máxima difusión y uso de materiales con licencia.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>



UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIDAD DE INVESTIGACION
EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA N° 002 – 2026

El que suscribe, deja constancia que se la realizado el análisis con el software de verificación de similitud al **INFORME FINAL** cuyo título es:

“Riesgos maternos y fetales relacionados a prematuridad en un hospital público de Ica – Perú, 2024-2025”

Presentado por:

Bach. LARA MIRANDA MARGARITA DE JESÚS

Bachiller del nivel de Pregrado de la Facultad de Enfermería El resultado obtenido es 1% por el cual se otorga el calificativo de APROBADO, según Reglamento para la evaluación de la Originalidad de los documentos de investigación. Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

Ica, 13 de enero del 2026

Operador KDT
Fecha y hora: 13 de enero 2026 10:12 A.M.
Id: 545721670

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIDAD DE INVESTIGACION
Dra. NORMA PASTOR RAMIREZ
DIRECTORA

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE ENFERMERIA



Riesgos maternos y fetales relacionados a prematuridad en un
hospital público de Ica – Perú, 2024-2025.

Línea de investigación

Salud Pública y Conservación del Medio Ambiente

INFORME FINAL DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO
PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Autor

Bach. LARA MIRANDA, MARGARITA DE JESÚS

Asesor

Dra. Margarita Córdova Delgado

<https://orcid.org/0000-0002-5881-8134>

Ica – Perú

2026

Dedicatoria

A mis padres, por ser los pilares en mi vida, quienes con su amor, paciencia y constancia me brindaron la mejor educación y me inculcaron buenos valores.

A mis hermanas, por su apoyo incondicional y por enseñarme que la vida es hermosa cuando hay compañía.

A mis compañeros peludos Lester y Charlie que curaron las heridas de mi corazón y siempre los llevo en mi memoria.

Agradecimiento

A Dios, por el regalo de la vida, quien me ha dado la oportunidad de crecer y aprender a lo largo de esta carrera profesional.

A las autoridades de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga, por su gestión responsable para entregarnos una institución con licenciamiento.

A las autoridades, docentes y servidores administrativos responsables de la Facultad de Enfermería por su apoyo y compromiso permanente en nuestra formación académica profesional.

A la Dra. Margarita Córdova Delgado, por su esfuerzo permanente para cumplir con los requerimientos para realizar la presente investigación.

Índice

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de tablas	v
Índice de figuras.....	vi
Resumen	vii
Abstract.....	viii
I. INTRODUCCION	9
II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	15
III. RESULTADOS.....	18
IV. DISCUSIÓN	27
V. CONCLUSIONES	30
VI. RECOMENDACIONES	31
VII. REFERENCIAS BIBIOGRÁFICAS.....	32
VIII. ANEXOS.....	36

Índice de tablas

Tabla 1. Riesgos maternos en prematuridad en un Hospital Público de Ica – Perú, 2024-2025	18
Tabla 2. Edad materna y parto prematuro.....	19
Tabla 3. Multiparidad y parto prematuro.....	20
Tabla 4. IMC y parto prematuro.....	21
Tabla 5. Riesgos fetales en prematuridad en un hospital público de Ica – Perú, 2024-2025.....	22
Tabla 6. Prematuridad en un Hospital Público de Ica – Perú, 2024-2025.....	23
Tabla 7. Chi cuadrado de riesgos maternos y fetales y prematuridad	24
Tabla 8. Chi cuadrado de riesgos maternos y prematuridad	25
Tabla 9. Chi cuadrado de riesgos fetales y prematuridad	26

Índice de figuras

Gráfico 1. Edad materna y parto pretérmino en un Hospital Público de Ica – Perú, 2024-2025	43
Gráfico 2. Multiparidad (≥ 3) y parto pretérmino en un Hospital Público de Ica – Perú, 2024-2025	44
Gráfico 3. Control prenatal y parto pretérmino en un Hospital Público de Ica – Perú, 2024-2025	45
Gráfico 4. Antecedente de parto pretérmino y parto pretérmino en un Hospital Público de Ica – Perú, 2024-2025	46
Gráfico 5. Infección del tracto urinario y parto pretérmino en un Hospital Público de Ica – Perú, 2024-2025	47
Gráfico 6. Ruptura prematura de membranas y parto pretérmino en un Hospital Público de Ica – Perú, 2024-2025	48
Gráfico 7. Gestación múltiple y parto pretérmino en un Hospital Público de Ica – Perú, 2024-2025	49
Gráfico 8. Periodo intergenésico corto y parto pretérmino en un Hospital Público de Ica – Perú, 2024-2025	50
Gráfico 9. Antecedente de aborto y parto pretérmino en un Hospital Público de Ica – Perú, 2024-2025	51
Gráfico 10. Anemia gestacional y parto pretérmino en un Hospital Público de Ica – Perú, 2024-2025	52
Gráfico 11. IMC y parto pretérmino en un Hospital Público de Ica – Perú, 2024-2025	53
Gráfico 12. Polihidramnios y parto pretérmino en un Hospital Público de Ica – Perú, 2024-2025	54
Gráfico 13. Sexo del recién nacido y parto pretérmino en un Hospital Público de Ica – Perú, 2024-2025	55
Gráfico 14. Peso del recién nacido y prematuridad en un Hospital Público de Ica – Perú, 2024-2025	56
Gráfico 15. Apgar del recién nacido y parto pretérmino en un Hospital Público de Ica – Perú, 2024-2025.....	57

Resumen

Objetivo: Determinar la relación que existe entre los riesgos maternos y fetales y la prematuridad en un hospital público de Ica, Perú 2024-2025. **Metodología:** El tipo de investigación fue observacional, retrospectiva, con un nivel relacional y diseño no experimental; se trabajó con 137 pacientes que tuvieron parto pretérmino; utilizando como instrumento una ficha de recolección de datos y la prueba estadística inferencial utilizada fue el Chi cuadrado. **Resultados:** al analizar los riesgos maternos y fetales y la prematuridad se observó que las variables tienen relación significativa (p valor 0.000). En cuanto a los factores de riesgo maternos se observó que la edad de las pacientes osciló entre 20 a 34 años con 61.3%, la multiparidad mayor o igual a 3 partos fue del 13.9%; el 51,1% de las gestantes no realizaron controles prenatales, el 16,8% con antecedente de parto pretérmino, el 38,0% presentó infección del tracto urinario, el 38.7% con ruptura prematura de membranas, el 16,8% presentó hemorragia de la segunda mitad del embarazo, 15,3% presentó periodo intergenésico corto, el 31,4% con antecedente de aborto, 35.8% con anemia gestacional y 24.8% con corioamnionitis, por tanto, existe relación significativa entre los riesgos maternos y la prematuridad ($p= 0.008$). Dentro de los factores de riesgo fetales se halló que predomina el sexo masculino con un 62.1%, el 40.9% con polihidramnios y 51.8% con peso menor a 2500g, teniendo que existe relación significativa entre los riesgos fetales y la prematuridad con (p valor 0.004) **Conclusión:** Existe relación significativa entre los riesgos maternos y fetales y la prematuridad (p valor 0.000) en un hospital público de Ica, Perú 2024-2025.

Palabras clave: Riesgo, materno, fetales, prematuridad

Abstract

Objective: To determine the relationship between maternal and fetal risks and prematurity in a public hospital in Ica, Peru, 2024-2025. **Methodology:** The research was observational, retrospective, with a relational approach and a non-experimental design. The study involved 137 patients who had preterm births, using a data collection form as a tool. The statistical test used was the Chi-square test. **Results:** When analyzing maternal and fetal risks and prematurity, it was observed that the variables have a significant relationship (p value 0.000). Regarding maternal risk factors, it was observed that the age of the patients ranged from 20 to 34 years in 61.3%, multiparity greater than or equal to 3 births was 13.9%; 51.1% of pregnant women did not undergo prenatal check-ups, 16.8% had a history of preterm delivery, 38.0% had urinary tract infection, 38.7% had premature rupture of membranes, 16.8% had hemorrhage in the second half of pregnancy, 15.3% had a short intergenital period, 31.4% had a history of abortion, 35.8% had gestational anemia, and 24.8% had chorioamnionitis, therefore, there is a significant relationship between maternal risks and prematurity, (p=0.008). Among the fetal risk factors, it was found that male sex predominates with 62.1%, 40.9% had polyhydramnios, and 51.8% weighed less than 2500g, indicating a significant relationship between fetal risks and prematurity with a (p value of 0.004). **Conclusion:** There is a significant relationship between maternal and fetal risks and prematurity (p value 0.000) in a public hospital in Ica, Peru, 2024-2025.

Keywords: Risk, maternal, fetal, prematurity

I. INTRODUCCION

La prematuridad es el resultado del parto que se produce antes de las 37 semanas de gestación, siendo causa de morbilidad neonatal ⁽¹⁾. El parto pretérmino tiene causas probables que pueden ser personales, fetales y/o sociales teniendo en cuenta los aspectos socioeconómicos y culturales, algunos de ellos pueden ser modificables ⁽²⁾

Según la “Organización Mundial de la Salud (OMS), la complicación principal que ocasiona la muerte de niños menores de cinco años viene a ser la prematuridad; en forma anual son 15 millones de niños que nacen a una edad gestacional pretérmino” de los cuales un millón fallece por las complicaciones que presenta el niño prematuro ⁽³⁾. A “nivel mundial se tiene que el porcentaje del parto pretérmino es del 11%, existiendo incremento en su prevalencia; es así como en China en el 2022 se reportó que la prevalencia era del 7.4%”, siendo sus factores de riesgo la placenta previa, corioamnionitis y los trastornos hipertensivos durante la gestación ⁽⁴⁾

Los partos pretérminos se producen en mayor porcentaje en África Subsahariana y Asia Meridional existiendo un problema mayor sobre la supervivencia de estos recién nacidos según la región donde nacen; el 90% a más de los neonatos pretérmino extremo fallecen durante los primeros 10 días de nacidos en las regiones de bajos recursos a diferencia de los prematuros nacidos en países de ingresos altos donde se observa que la mortalidad es menor al 10% ⁽⁵⁾.

En forma diaria se tiene la muerte de siete mil neonatos prematuros a nivel mundial; generalmente mueren el 80% en su primer día de nacido. En los países de ingresos altos se tiene una mortalidad de 3 neonatos prematuros por cada 1000 nacimientos y en los países de ingresos bajos la tasa es de 27 muertes por 1000 nacidos; en Japón la supervivencia es de uno por cada 1000 nacimientos, a diferencia de Nigeria que se tiene una mortalidad de 46 muertes por cada 1000 nacidos ⁽⁶⁾.

En República Dominicana, se halló que la prevalencia de parto pretérmino fue del 25%, siendo el parto pretérmino anterior, la edad materna mayor y la ruptura prematura de membranas los factores que condicionaron este problema ⁽⁷⁾ En el 2021 en Colombia se encontró una incidencia de parto pretérmino del 10.4% siendo el factor principal la preeclampsia ⁽²⁾.

A nivel nacional durante el año 2022 se tuvo 27,383 partos prematuros, observando un aumento del 0.10% en relación al año 2021, es decir, el porcentaje de prematuridad aumentó a 6.89% ⁽⁶⁾. Para el año 2023 el “Registro del Certificado de Nacido Vivo” registró un 7% de prematuros, teniendo un promedio en todo el año de 30,000 partos pretérminos con un promedio mayor a 2000 muertes ⁽⁷⁾. En el año 2021 se tuvo una mortalidad por prematuridad moderada del 26.07% y en el 2022 del 26.46% ⁽⁸⁾.

La mortalidad neonatal por prematuridad para el año 2022 a nivel nacional fue del 53%, de ellos Apurímac tuvo el 52%, Arequipa presentó el 47%, Huancavelica el 46%, Áncash tuvo el 27%, Tacna 41% e Ica tuvo una mortalidad del 36% del total de nacimientos por prematuridad ⁽⁸⁾.

El parto pretérmino constituye un desafío vigente de la salud pública. Si bien es cierto que los partos pretérminos en buen porcentaje se producen en forma espontánea, se tienen factores epidemiológicos, ambientales y clínicos que desencadenan un parto pretérmino. Los factores de la madre, sociales o circunstanciales como el nivel socioeconómico, la estructura familiar, nutricionales, acceso a los servicios de salud, factores infecciosos, entre otros. Uno de los factores con mayor riesgo es la gestación de menores de 18 años y mayores de 35 años; también se encuentra el embarazo múltiple⁽⁶⁾.

Tenemos **antecedentes** que respaldan nuestra investigación:

Jiménez L, et al.,⁽¹²⁾ realizaron un estudio en Ecuador en el año 2024, con el propósito de “determinar los factores de riesgo del parto prematuro en base a la edad materna y controles insuficientes en el Hospital Básico Luis Moscoso, Cantón Piñas”. La metodología empleada fue un estudio observacional, analítico, retrospectivo y con enfoque cuantitativo; trabajaron con una muestra de 50 historias clínicas. Los resultados hallados fueron que, todas las gestantes tuvieron atención prenatal, de las cuales empezaron su atención en el primer trimestre el 70%, 30% en el segundo o tercer trimestre de gestación. En cuanto al número de atenciones prenatales se observó que el 53.3% tuvieron de 2 a 4 atenciones, 43.3% de 5 a 7 atenciones y sólo el 3,3% de 8 a más atenciones. En los factores de riesgo se halló que el 53.3% tenía edades entre 18 a 20 años, eran solteras y de procedencia urbana respectivamente, el 76.7% con estudios secundarios, el 50% padecía de alcoholismo, el 63,3% con antecedentes de abortos, 20% con partos pretérminos anteriores, el 90% con infección de las vías urinarias, 30% con ruptura prematura de membranas. Concluyeron que los principales factores de riesgo son la edad materna de 18 a 20 años.

Rodríguez M.⁽¹³⁾ en una investigación realizada en México en el año 2024, cuyo objetivo fue “determinar la prevalencia de los factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes atendidas en la UMF 9 IMSS Querétaro”. La metodología empleada fue una investigación observacional, transversal; con una muestra de 172 historias clínicas. Los resultados hallados fueron, el 63.4% tenían edades entre los 18 a 33 años, el 43% se encontraba estudiando la preparatoria, las multigestas eran el 67.4%, 93,6% con gestación única, 50.9% con periodo intergenésico largo. Las gestantes con complicaciones tenían infección de las vías urinarias en 52.3%, 32% infección vaginal, 26.7% preeclampsia. Concluyendo que los “factores de riesgo que se relacionan al parto prematuro son la infección de las vías urinarias, preeclampsia, infecciones vaginales, ruptura prematura de membranas, bajo grado de instrucción y la edad mayor de 34 años”

Mayorga J, et al.,⁽¹⁴⁾ realizaron un estudio en Ecuador en el año 2022, planteándose el objetivo de “determinar los factores de riesgo más predominante para parto pretérmino en pacientes atendidas en el hospital General Latacunga”. La metodología que emplearon fue observacional, retrospectivo y transeccional; con una muestra de 190 gestantes con factores de riesgo para parto pretérmino. Los resultados fueron, el 37% tuvo amenaza de parto pretérmino, el 83% con atenciones prenatales; entre los factores de riesgo se presentó la infección de las vías urinarias en

el 41%, con antecedentes de preeclampsia el 27%. De las pacientes con factores de riesgo el 45% presentaba preeclampsia, 30% con diabetes gestacional y desnutrición respectivamente y 20% presentó traumatismo. Concluyeron que el parto pretérmino constituye un problema de salud no sólo en Ecuador, sino que es en todo el mundo.

Vado M ⁽¹⁵⁾, publicó un estudio en Nicaragua en el año 2023 planteándose el objetivo de “analizar los factores de riesgo que se asocian al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Escuela Regional Santiago Jinotepe. enero-junio 2021”. La metodología empleada fue un estudio analítico, retrospectivo y transeccional; la muestra la formaron 150 pacientes, 50 casos y 100 controles. Los resultados observados fueron que las edades entre 20 a 24 años fueron el 65% del total de las pacientes, 65.2% con estudios secundarios y amas de casa respectivamente. Se encontró asociación entre el parto pretérmino con el sobrepeso u obesidad $p= 0.002$; la infección del tracto urinario $p= 0.001$; hipertensión inducida por el embarazo $p=$ menor de 4 atenciones prenatales $p= 0.002$; y la infección vaginal $p= 0.0008$. Concluyendo que el parto pretérmino tiene asociación significativa con los factores maternos obstétricos y preconceptionales

Díaz A, et al., ⁽⁷⁾ los autores realizaron un estudio en la República Dominicana en el año 2021, cuyo objetivo fue “identificar los factores de riesgo asociados al parto prematuro y determinar la prevalencia de partos prematuros”. La metodología empleada fue analítica, de casos y control, retrospectivo; teniendo 394 pacientes con parto prematuro y 1150 sin la patología. Los resultados obtenidos dentro de los factores de riesgo fueron los antecedentes de la familia de parto prematuro ($p < 0.001$), antecedente de parto prematuro ($p= 0.005$), edad avanzada de la madre ($p < 0.001$), el consumo de tabaco ($p < 0.001$), ruptura prematura de membranas ($p < 0.001$), prescripción de medicamentos ($p=0.004$) y atención prenatal inadecuada ($p < 0,001$). Concluyendo que el que la madre tenga más de 35 años, los antecedentes familiares y el antecedente propio de parto pretérmino juntamente con rotura prematura de membranas constituyeron ser causas probables para la presencia de la prematuridad.

Leiva E, et al., ⁽¹⁶⁾ en un trabajo realizado en Nicaragua en el año 2021, planteándose el objetivo de “determinar los factores de riesgo asociados a la amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas en el Centro de Salud Camila Díaz del municipio de El castillo SILAIS Río San Juan”. La metodología empleada fue una investigación analítica de casos y control, transversal; con una muestra de 25 casos y 50 controles. Los resultados fueron que dentro de los factores sociodemográficos tenemos que la edad menor a los 20 años eran el 38.7% ($p= 0.005$), el 64% eran analfabetas ($p= 0-190$), el 93.3% eran casadas o convivientes ($p=0.190$), 96% amas de casa ($p=0.009$). Entre los factores de riesgo preconceptionales se observó que el 56% eran multíparas ($p=0.140$), 12% con antecedente de aborto ($p=0.140$), 81.3% con atenciones prenatales menos de 4; entre las complicaciones de la gestación hallaron que la infección vaginal ($p= 0.96$). Dentro de los factores fetales el 60% presentaba polihidramnios ($p= 0.006$), 25% con gestación gemelar

(p=0.56). Concluyendo que la edad, atención prenatal inadecuada, insuficiente atención prenatal, cantidad aumentada de líquido amniótico son factores de riesgo para el parto pretérmino

Nacionales

Rodríguez G.⁽¹⁷⁾ presenta un trabajo de investigación en Cajamarca en el año 2023, cuyo objetivo fue “determinar la relación entre los principales factores maternos y la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Simón Bolívar 2022-2023”. La metodología empleada fue una investigación relacional, transversal y de diseño no experimental; con una muestra de 72 historias clínicas. Los resultados hallados fueron que la edad de 18 a 29 años pertenecía al 58.3%, de estado civil conviviente el 59.7%, las gestantes cuya ocupación eran amas de casa fueron el 76.4% y el grado de instrucción secundaria el 52.8%. el 37.5% de las pacientes con sobrepeso, las multíparas con el 54.2%, 68.1% contaban con más de 6 atenciones prenatales, el 94.4% sin antecedente de prematuridad, la ITU se presentó en 68.1%, infección vaginal en 65.3%. Concluyó que la amenaza de parto pretérmino tuvo asociación significativa con la ocupación y procedencia, el sobrepeso, infección de las vías urinarias y la infección vaginal

Sánchez A.⁽¹⁸⁾ en su investigación en Cerro de Pasco en el año 2023, con el propósito de “determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen”. La metodología empleada fue un estudio analítico, retrospectivo, transversal. Los resultados fueron que el 58.8% tenían edades entre 20 a 34 años, 64.71% con estudios primarios y secundarios, 52.9% de procedencia urbano marginal, 35.3% con antecedente de parto pretérmino, 58.8% con 6 a más atenciones prenatales. Entre las complicaciones observaron que la ITU se presentó en 58.8%, preeclampsia 47%, ruptura prematura de membranas el 41.2% y anemia en 52.9%. Existe asociación significativa entre la prematuridad y los factores probables

Santos X, et al.⁽¹⁹⁾ realizaron un estudio en Huancavelica en el año 2021, cuyo objetivo fue “determinar si los factores obstétricos están relacionados al nacimiento prematuro atendidos en el Hospital de Apoyo Felipe Huamán Poma de Ayala de Ayacucho, 2019-2021”. La metodología empleada fue un estudio de tipo analítico, transversal y observacional y de diseño relacional; trabajaron con una muestra de 76 pacientes. Los resultados hallados fueron que dentro de las características demográficas el 47.4% pertenecía al grupo etéreo de jóvenes, 50% con estudios secundarios, 68.4% convivientes. Entre las características obstétricas hallaron que el 55.3% eran multíparas, 5.3% tenían antecedente de parto pretérmino, 35,5% con periodo intergenésico largo, 52.6% con atención prenatal adecuada. Se observó que el 18.4% presentaba infección de las vías urinarias, 10.5% con preeclampsia, 6.6% ruptura prematura de membranas y anemia en el 35.5%. Concluyeron que los factores obstétricos no tienen relación con los partos pretérmino.

Ayala F, et al.⁽²⁰⁾ en Lima en el 2022, realizaron una investigación con el propósito de “evaluar los factores de riesgo para el parto pretérmino idiopático según la prematuridad”. La metodología empleada fue un estudio longitudinal, observacional; con una muestra de 218 pacientes. Los

resultados encontrados fueron que el promedio de la longitud cervical fue 21.1 ± 9.2 versus 29.2 ± 8.2 ($p = <0.01$). Entre los factores de riesgo idiopáticos se hallaron la obesidad ($OR=5.7$), antecedentes de parto pretérmino ($OR=5.5$), madre añosa ($OR=2.5$), cesareadas anteriores ($OR=2.0$), periodo intergenésico corto y largo ($OR= 1.7$ y 1.4) respectivamente, primíparas ($OR= 1$). Concluyeron que los factores que intervienen en la presencia del parto pretérmino son longitud del cuello uterino, obesidad materna, madres añosas, cesareadas anteriores, periodo intergenésico corto y largo y las primíparas.

Sernaque K. ⁽²¹⁾ en Piura realizó un estudio en el año 2020, siendo el objetivo “determinar los factores maternos y fetales asociados a la prematuridad en recién nacidos atendidos en el Hospital Santa Rosa de Piura”. El método empleado fue analítico, transeccional, observacional y no experimental; con una muestra de 70 historias clínicas. Los resultados indican que la media de la edad fue de 20 años, 38% multíparas, 59% con patologías obstétricas, con atenciones prenatales incompletas el 64%, gestación gemelar el 11%. Entre las características fetales se halló que fueron de sexo masculino el 57%, el peso fue menor a 2500 g en 83%, con oligohidramnios el 58%, con retardo del crecimiento intrauterino el 34%. Tuvieron asociación significativa la prematuridad con el embarazo gemelar ($p < 0.001$), con las patologías obstétricas ($p = 0.002$). Las características fetales con asociación son el sexo masculino ($p = 0.004$), el RCIU ($p = 0.00$) y el oligohidramnios ($p = 0.001$). Concluyó que las causas maternas y del feto tienen asociación significativa con la prematuridad.

Por lo que nos planteamos el **Problema general:** ¿Cuál es la relación que existe entre los riesgos maternos y fetales y la prematuridad en un hospital público de Ica-Perú, 2024-2025?; siendo los **problemas específicos:**

1. ¿Cuál es la relación que existe entre los riesgos maternos y la prematuridad en un hospital público de Ica-Perú, 2024-2025?
2. ¿Cuál es la relación que existe entre los riesgos fetales y la prematuridad en un hospital público de Ica-Perú, 2024-2025?

La **justificación teórica** de este estudio contribuirá a ampliar los conocimientos sobre los factores maternos que pueden ocasionar el parto pretérmino para tratar de controlarlos e incluso evitarlos; de igual manera contribuirá en que el personal amplíe sus conocimientos sobre los factores fetales que pudieran causar esta patología y realizar las coordinaciones con el personal de neonatología para que en equipo pudieran evitar complicaciones.

En cuanto a la **justificación práctica** de este estudio radica en que con nuestros resultados el personal involucrado en la atención materno y fetal podrán plantear estrategias para evitar el parto pretérmino y de esta manera contribuir al bienestar del producto ya que un recién nacido pretérmino puede presentar múltiples complicaciones e incluso llegar a la muerte.

Tiene una **justificación metodológica** ya que con nuestros resultados se podrán realizar guías de atención ya que se contará con estadística real con la población asignada al hospital; de igual

manera los resultados traerán nuevas interrogantes que será motivo del planteamiento de nuevos estudios futuros; a la vez, servirá de consulta tanto para el personal como para los futuros investigadores relacionados al tema.

Este estudio es de suma **importancia** ya que con el conocimiento de las causas del parto pretérmino el personal de enfermería juntamente con el personal involucrado en la atención de la gestante podremos evitar el nacimiento de un recién nacido pretérmino; y a la vez se podrá estar preparados para recepcionar a un producto pretérmino realizando los cuidados necesarios y fundamentales para evitar sus complicaciones.

Tenemos como **objetivo general:** Determinar la relación que existe entre los riesgos maternos y fetales y la prematuridad en un hospital público de Ica-Perú, 2024-2025; nos planteamos los siguientes **objetivos específicos:**

1. Estimar la relación que existe entre los riesgos maternos y la prematuridad en un hospital público de Ica-Perú, 2024-2025.
2. Analizar la relación que existe entre los riesgos fetales y la prematuridad en un hospital público de Ica-Perú, 2024-2025.

Las hipótesis planteadas fueron como **hipótesis general:**

Ha= Existe relación significativa entre los riesgos maternos y fetales y la prematuridad en un hospital público de Ica-Perú, 2024-2025.

Ho= No existe relación significativa entre los riesgos maternos y fetales y la prematuridad en un hospital público de Ica-Perú, 2024-2025.

Teniendo como **hipótesis específicas:**

1. Existe relación significativa entre los riesgos maternos y la prematuridad en un hospital público de Ica-Perú, 2024-2025.
2. Existe relación significativa entre los riesgos fetales y la prematuridad en un hospital público de Ica-Perú, 2024-2025.

La presente investigación tiene la siguiente estructura:

I. Introducción. Trata brevemente sobre la problemática de los riesgos maternos y fetales relacionados a prematuridad, justificación, objetivos e hipótesis. **II. Estrategia metodológica.** Cómo se desarrolló la estrategia metodológica. **III. Resultados.** De la presente investigación. **IV. Discusión.** Se compara e interpreta los resultados cotejándolos con la teoría establecida. **V. Conclusiones.** Las conclusiones específicas derivadas de la investigación. **VI. Recomendaciones.** Deben centrarse en posibles aplicaciones prácticas de los resultados obtenidos. **VII. Referencias bibliográficas.** Se presenta un listado consolidado de todas las fuentes de información. **VIII. Los anexos.** Se agrupan los documentos adicionales que complementan el informe y se vinculan directamente con la investigación realizada.

II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

2.1. Tipo de investigación

Tipo de investigación observacional y de corte retrospectivo.

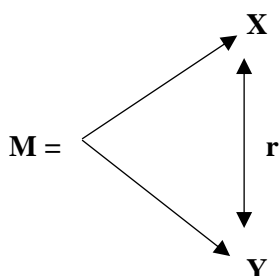
Según la intervención del investigador fue observacional porque en este tipo de estudios se describieron las variables como se presentan ⁽²²⁾

Según el tiempo en que sucedieron los hechos se utilizó un tipo de investigación retrospectiva, este estudio investiga eventos pasados utilizando datos existentes ⁽²²⁾.

2.2. Nivel de investigación

El nivel del estudio fue correlacional, es una investigación no experimental en la que los investigadores miden dos o más variables y evalúan la relación o correlación entre ellas sin manipulación alguna ⁽²²⁾, es decir demostraremos la presencia de relación entre la variable factores maternos y fetales con la variable prematuridad.

Esquema gráfico del estudio



Donde:

M= corresponde a la muestra

X= corresponde a los partos pretérminos

Y= corresponde a los riesgos maternos y fetales

r= corresponde a la probabilidad de la relación estadística

2.3. Diseño de investigación

El diseño de investigación fue no experimental, este diseño de investigación es un estudio que se realiza sin manipular las variables de estudio en forma intencionada, es decir, se observaron los fenómenos tal como se presentan ⁽²²⁾

2.4. Población y muestra

Población

La población estuvo conformada por los recién nacidos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Ica en el año 2024, que según los informes de la estrategia materno neonatal fueron 212 nacimientos.

Muestra

La muestra fue obtenida con la fórmula de población finita que es la siguiente:

$$n = \frac{N * z^2 * P * Q}{d^2 * (N-1) + z^2 * P * q}$$

N= 212

p= 0.5

q= 1 – 0.5 = 0.5

Z= 1.96

d= 5% = 0.05

n= tamaño de la muestra

n= 137 nacimientos prematuros

Muestreo

El muestreo fue probabilístico aleatorio simple.

Criterios de inclusión

- Recién nacidos con diagnóstico de parto pretérmino.
- Gestantes cuyos partos fueron atendidos en el Hospital Regional de Ica.
- Historias clínicas con datos completos y legibles.

Criterios de exclusión

- Recién nacidos con diagnóstico de parto a término.
- Gestantes cuyos partos a término no fueron atendidos en el Hospital Regional de Ica.
- Historias clínicas ilegibles e incompletas.

2.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica

La técnica fue el análisis documental, que es la obtención de datos mediante los registros, bibliografía y otros materiales que parten de otros conocimientos que son recogidas en forma moderada de cualquier realidad, de manera selectiva, de manera que son útiles para cumplir con los objetivos del estudio ⁽²³⁾. En este caso se revisaron los registros de nacimientos y las historias clínicas de los neonatos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el año 2024.

Instrumento

El instrumento a utilizar fue la ficha de recolección de datos, este tipo de instrumento permite registrar los datos más significativos o que nos sirva de fuentes muy confiables ⁽²³⁾. Este instrumento consta de cinco aspectos, el primero donde se consignó la clasificación del parto pretérmino, características del recién nacido; el tercer aspecto los datos maternos, el cuarto los factores de riesgo maternos y por último los factores de riesgo fetales.

Se tomó como instrumento de recolección de datos el diseñado por Diana Evelyng Balvin Chacón publicada en Pasco en el 2020, que indica sobre “confiabilidad se realizó una prueba piloto con 15 neonatos pretérminos de la muestra y se aplicó la prueba estadística de fiabilidad del Alfa de

Cronbach, con resultado de 0.804 y acuerdo a las pautas de la Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA”⁽²⁴⁾

2.6. Procesamiento y análisis de datos

Una vez que se cuenta con los datos establecidos en nuestro estudio, se elaboró una base de datos en el programa SPSS versión 26 para luego realizar la estadística descriptiva mediante tablas y gráficos de frecuencias y de doble entrada; se realizó también la estadística inferencial donde se contrastaron la hipótesis planteada; para que una relación sea significativa deberá ser $p \leq 0.05$ ya que se trabajó al 95% de confianza y 5% de error.

2.7. Componente ético

Se solicitó autorización a las dependencias correspondientes del hospital respetando así el criterio de autoridad. También se tomó en cuenta los principios éticos de acuerdo con el código de ética de Helsinki, resguardando la confidencialidad de la información de los individuos de la muestra. Se tuvo en cuenta los valores, la originalidad y el estado de referencias en cuanto a las citas de otros autores respecto al tema. Así también nuestro estudio no es experimental, y se mantuvo la confidencialidad de la información, por lo tanto, se respeta el anonimato y la confidencialidad de la información.

Se tuvo en cuenta el principio de la no maleficencia que es el derecho a la intimidad ya que los datos obtenidos se manejaron con códigos y sólo sirvieron para los fines del estudio.

El consentimiento informado no fue necesario ya que es un trabajo de investigación el cual la recolección de datos se obtuvo de las historias clínicas.

III. RESULTADOS

Estadística descriptiva

Tabla 1. Riesgos maternos en prematuridad en un Hospital Público de Ica – Perú, 2024-2025

Factores de riesgo maternos		Recuento	% de N totales de tabla
Controles prenatales	Si	67	48.9%
	No	70	51.1%
	Total	137	100.0%
Antecedentes parto pretérmino	Si	23	16.8%
	No	114	83.2%
	Total	137	100.0%
Infección del tracto urinario	Si	52	38.0%
	No	85	62.0%
	Total	137	100.0%
Ruptura prematura de membranas	Si	53	38.7%
	No	84	61.3%
	Total	137	100.0%
Hemorragia de la segunda mitad del embarazo	Si	23	16,8%
	No	114	83,2%
	Total	137	100.0%
Periodo intergenésico corto	Si	21	15.3%
	No	116	84.7%
	Total	137	100.0%
Antecedentes de aborto	Si	43	31.4%
	No	94	68.6%
	Total	137	100.0%
Anemia durante el embarazo	Si	49	35.8%
	No	88	64.2%
	Total	137	100.0%
Corioamnionitis	Si	34	24.8%
	No	103	75.2%
	Total	137	100.0%

Fuente: Resultado (SPSS)

Interpretación.

En relación con los factores de riesgo maternos, se encontró que el 51,1% de las gestantes no tuvieron controles prenatales y el 48,9% sí lo hicieron; con respecto a los antecedentes de parto pretérmino, el 83,2% no lo presentó y el 16,8% sí tuvo antecedente de parto pretérmino; las gestantes presentaron infección del tracto urinario en 38.0% y no lo presentaron en el 62.0%; presentaron ruptura prematura de membranas en 38.7%, mientras que el 61,3% no lo presentaron; las hemorragias en la segunda del embarazo presentaron un 16.8%, los que no lo presentaron fueron el 83.2%: las gestantes tuvieron periodo intergenésico corto en el 15.3%, no lo presentaron el 84.7%; las que tuvieron antecedentes de aborto fueron el 31.4%, no tuvieron antecedentes el

68.6%; en cuanto a la anemia gestacional se presentó en el 35.8%, sin anemia fueron el 64.2%; la corioamnionitis se presentó en el 24.8% de las gestantes en tanto no se presentó en el 75.2%

Tabla 2. Edad materna y parto prematuro

		Clasificación de parto pretérmino				Total	
		Parto pretérmino Extremo (<28ss)	Parto pretérmino Severo (28-31ss)	Parto pretérmino Moderado (32 - 33ss)	Parto pretérmino Tardío (34 - 36ss)		
Edad de la madre	11 a 19 años	Recuento	2	15	6	12	35
		% del total	1,5%	10,9%	4,4%	8,8%	25,5%
	20 a 34 años	Recuento	1	16	36	31	84
		% del total	0,7%	11,7%	26,3%	22,6%	61,3%
	>35 años	Recuento	0	5	8	5	18
		% del total	0,0%	3,6%	5,8%	3,6%	13,1%
Total	Recuento	3	36	50	48	137	
	% del total	2,2%	26,3%	36,5%	35,0%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia (SPSS)

Los resultados indican que la mayoría de los partos pretérmino ocurrió en gestantes de 20 a 34 años, quienes representaron el 61,3% del total. En este grupo predominó el parto pretérmino moderado con 26,3%, seguido del parto pretérmino tardío con 22,6%, el severo con 11,7% y finalmente, el extremo con 0,7%. En las gestantes de 11 a 19 años se concentró el 25,5% de los casos, siendo más frecuente el parto pretérmino severo con 10,9%, seguido del tardío con 8,8%, el moderado con 4,4% y el extremo con 1,5%. Por su parte, las gestantes mayores de 35 años representaron el 13,1% del total, predominando el parto pretérmino moderado con 5,8%, seguido del severo y tardío con 3,6% cada uno, sin presentarse casos de parto pretérmino extremo. En general, el tipo de parto pretérmino más común fue el moderado con 36,5%, seguido del tardío con 35,0%.

Tabla 3. Multiparidad y parto prematuro**Paridad >3 y Clasificación de parto pretérmino**

		Clasificación de parto pretérmino				Total	
		Parto pretérmino Extremo (<28ss)	Parto pretérmino Severo (28-31ss)	Parto pretérmino Moderado (32 - 33ss)	Parto pretérmino Tardío (34 - 36ss)		
Paridad >3	Sí	Recuento	1	4	19	16	40
		% del total	0,7%	2,9%	13,9%	11,7%	29,2%
No		Recuento	2	32	31	32	97
		% del total	1,5%	23,4%	22,6%	23,4%	70,8%
Total		Recuento	3	36	50	48	137
		% del total	2,2%	26,3%	36,5%	35,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia (SPSS)

Los resultados muestran que las gestantes con paridad mayor a tres, representaron el 29,2% del total de partos pretérmino. En este grupo predominó el parto pretérmino moderado con 13,9%, seguido del parto pretérmino tardío con 11,7%, el severo con 2,9% y el extremo con 0,7%. Por otro lado, las gestantes con paridad menor o igual a tres concentraron el 70,8% de los casos, observándose principalmente parto pretérmino severo y tardío con 23,4% cada uno, seguido del parto pretérmino moderado con 22,6% y el extremo con 1,5%. En general, el parto pretérmino moderado fue el más frecuente con 36,5%, seguido del tardío con 35,0%, lo que indica que los tipos de menor severidad fueron los más comunes, tanto en gestantes con paridad mayor a tres como en aquellas con menor paridad.

Tabla 4. IMC y parto prematuro

		Clasificación de parto pretérmino				Total
		Parto pretérmino Extremo (<28ss)	Parto pretérmino Severo (28-31ss)	Parto pretérmino Moderado (32 - 33ss)	Parto pretérmino Tardío (34 - 36ss)	
IMC <18.5	Recuento	0	1	2	2	5
	% del total	0,0%	0,7%	1,5%	1,5%	3,6%
18.5 - 24.9	Recuento	2	19	19	20	60
	% del total	1,5%	13,9%	13,9%	14,6%	43,8%
25 – 29.9	Recuento	1	11	21	15	48
	% del total	0,7%	8,0%	15,3%	10,9%	35,0%
>30	Recuento	0	5	8	11	24
	% del total	0,0%	3,6%	5,8%	8,0%	17,5%
Total	Recuento	3	36	50	48	137
	% del total	2,2%	26,3%	36,5%	35,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia (SPSS)

En relación con el IMC y la clasificación del parto pretérmino, las gestantes con IMC menor de 18,5 presentaron baja frecuencia de parto pretérmino, concentrándose principalmente en las categorías moderada y tardía con 1,5% cada una, seguido del parto pretérmino severo con 0,7%, sin registrarse casos de parto pretérmino extremo.

Por su parte, las gestantes con IMC entre 18,5 y 24,9 mostraron una distribución relativamente homogénea entre las categorías de parto pretérmino, destacando el parto pretérmino tardío con 14,6%, seguido del severo y moderado con 13,9% cada uno, y el parto pretérmino extremo con 1,5%. Este grupo representó la mayor proporción del total con 43,8%.

Respecto a las gestantes con IMC entre 25 y 29,9, predominó el parto pretérmino moderado con 15,3%, seguido del tardío con 10,9% y del severo con 8,0%, mientras que el parto pretérmino extremo fue menos frecuente con 0,7%. Este grupo constituyó el 35,0% del total.

Finalmente, las gestantes con IMC mayor de 30 presentaron mayor proporción de parto pretérmino tardío con 8,0%, seguido del parto pretérmino moderado con 5,8% y del severo con 3,6%, sin registrarse casos de parto pretérmino extremo.

Tabla 5. Riesgos fetales en prematuridad en un hospital público de Ica – Perú, 2024-2025

Factores de riesgos fetales		Recuento	% de N totales de tabla
Sexo del recién nacido	Femenino	52	37,9%
	Masculino	85	62,1%
	Total	137	100.00%
Polihidramnios	Si	56	40,9%
	No	81	59,1%
	Total	137	100.00%
Peso del recién nacido	2500-3999 g	15	10,9%
	<2500 g	71	51,8%
	< 1500 g	47	34,3%
	< 1000 g	4	2,9%
	Total	137	100%

Fuente: Resultado (SPSS)

Interpretación:

Al observar los factores de riesgo fetales para la presencia de prematuridad se halló que el sexo de los recién nacidos en el 62.1% pertenecían al sexo masculino y el 37.9% al sexo femenino; el polihidramnios se presentó en el 40.9% de las gestantes, con líquido amniótico normal el 59.1%; finalmente, respecto al peso del recién nacido, se observó que el peso entre 2500 a 3999g representaba el 10.9%, seguido del peso menor a 2500g en 51.8%, luego los neonatos con peso menor a 1500 g en 34.3% y el peso menor a 1000g se halló en el 2.9% del total de los recién nacidos.

Tabla 6. Prematuridad en un Hospital Público de Ica – Perú, 2024-2025

Clasificación de parto pretérmino					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Parto pretérmino Extremo (<28ss)	3	2,2	2,2	2,2
	Parto pretérmino Severo (28-31ss)	36	26,3	26,3	28,5
	Parto pretérmino Moderado (32 - 33ss)	50	36,5	36,5	65,0
	Parto pretérmino Tardío (34 - 36ss)	48	35,0	35,0	100,0
	Total	137	100,0	100,0	

Fuente: Resultado (SPSS)

Interpretación:

En cuanto a la prematuridad se observaron que, el 36.5% de los neonatos pertenecían a parto prematuro moderado, seguido del 35% de parto prematuro tardío, el 26.3% de los recién nacidos fueron prematuros severos y el 2.2% prematuros extremos.

Estadística inferencial

Hipótesis general

H_a= Existe relación significativa entre los riesgos maternos y fetales y la prematuridad en un hospital público de Ica, Perú 2024-2025

H_o= No existe relación significativa entre los riesgos maternos y fetales y la prematuridad en un hospital público de Ica, Perú 2024-2025

Tabla 7. Chi cuadrado de riesgos maternos y fetales y prematuridad

Pruebas de chi-cuadrado, riesgos maternos y fetales y prematuridad

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28,914 ^a	14	,000
Razón de verosimilitud	31,339	14	,000
Asociación lineal por lineal	2,765	1	,012
N de casos válidos	137		

Fuente: Elaboración propia (SPSS)

Los resultados de la prueba muestran que el valor de Chi-cuadrado de Pearson tuvo un nivel de significación de (p valor 0,000), lo que indica una asociación estadísticamente significativa entre las variables analizadas. Es decir, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. Por ende: Existe relación significativa entre los riesgos maternos y fetales y la prematuridad en un hospital público de Ica, Perú 2024-2025.

Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1

H_a: Existe relación significativa entre los riesgos maternos y la prematuridad en un hospital público de Ica, Perú 2024-2025

H_o: No existe relación significativa entre los riesgos maternos y la prematuridad en un hospital público de Ica, Perú 2024-2025

Tabla 8. Chi cuadrado de riesgos maternos y prematuridad

Prueba de chi-cuadrado, riesgos maternos y prematuridad			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	29,914 ^a	14	,008
Razón de verosimilitud	32,549	14	,003
Asociación lineal por lineal	3,765	1	,052
N de casos válidos	137		

Fuente: Elaboración propia (SPSS)

Los resultados de la prueba muestran que el valor de Chi-cuadrado de Pearson con un nivel de significación de (p valor 0,008), lo cual indica que existe una asociación estadísticamente significativa entre las variables analizadas. Entonces, se acepta la hipótesis planteada: Existe relación significativa entre los riesgos maternos y la prematuridad en un hospital público de Ica, Perú 2024-2025.

Hipótesis específica 2

Ha: Existe relación significativa entre los riesgos fetales y la prematuridad en un hospital público de Ica, Perú 2024-2025

Ho: No existe relación significativa entre los riesgos fetales y la prematuridad en un hospital público de Ica, Perú 2024-2025

Tabla 9. Chi cuadrado de riesgos fetales y prematuridad

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,268 ^a	6	,004
Razón de verosimilitud	21,255	6	,002
Asociación lineal por lineal	,519	1	,471
N de casos válidos	137		

Fuente: Elaboración propia (SPSS)

Los resultados de la prueba evidencian que el valor de Chi-cuadrado de Pearson con un nivel de significación de (p valor 0,004), lo que demuestra que existe una asociación estadísticamente significativa entre las variables estudiadas. Entonces: se acepta la hipótesis planteada: Existe relación significativa entre los riesgos fetales y la prematuridad en un hospital público de Ica, Perú 2024-2025.

IV. DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación concluye que: Existe relación significativa entre los riesgos maternos y fetales y la prematuridad en un hospital público de Ica, Perú 2024-2025. El estudio de **Sernaque K.** ⁽²¹⁾ realizado en Piura concluyó que las causas maternas y del feto tienen relación significativa con la prematuridad.

En la dimensión de riesgos maternos se concluyó que existe relación significativa entre los riesgos maternos y la prematuridad en un hospital público de Ica con (p valor 0.008); se observó que la edad 20 a 34 años son el 61.3%. El estudio de **Rodríguez M** ⁽¹³⁾ en México halló que la edad de las gestantes era de 18 a 33 años en el 63.4%; **Leiva E, et al.** ⁽¹⁶⁾ en Nicaragua en su estudio nos muestra que las menores de 20 años eran el 38.7% resultado diferente al nuestro; **Díaz A, et al.**, ⁽⁷⁾, encontraron un factor de riesgo para la prematuridad como la edad materna avanzada $p < 0.001$; por otro lado, **Leiva E, et al.**, ⁽¹⁶⁾ hallaron relación entre la prematuridad y la edad menor a 20 años $p = 0.005$. A nivel nacional, en Cajamarca **Rodríguez G.** ⁽¹⁷⁾ coincide con el presente trabajo quien observó que la edad de las pacientes era de 18 a 29 años en un 58.3%; lo mismo que **Sánchez A.** ⁽¹⁸⁾ en Cerro de Pasco obtuvo edades entre 20 a 34 años con el 58.8%.

La multiparidad mayor o igual a 3 partos fue del 13.9%. **Rodríguez M** ⁽¹³⁾ en México en su investigación observó que las multigestas eran el 67.4% teniendo los resultados diferentes al presente trabajo; lo mismo **Leiva E, et al.** ⁽¹⁶⁾ en Nicaragua también observó que las múltiparas predominaban con el 56% lo mismo que **Rodríguez G.** ⁽¹⁷⁾ indicando que el porcentaje de las múltiparas fue del 54.2%; **Sernaque K.** ⁽²¹⁾ en Piura halló que las múltiparas eran el 38% del total de la muestra. **Leiva E, et al.**, ⁽¹⁶⁾ no encontraron relación entre la prematuridad y ser múltiparas $p = 0.140$.

El 48,9% de las gestantes tuvieron control prenatal. Coincidiendo con el estudio de **Santos X, et al** ⁽¹⁹⁾ en Huancavelica cuyo valor fue de 52.6% de las gestantes tuvieron atención prenatal. Resultado diferente se encontró en el estudio de **Mayorga J, et al.** ⁽¹⁴⁾ en Ecuador quien halló que el 83% de las pacientes tuvieron atención prenatal; lo mismo que **Díaz A, et al.**, ⁽⁷⁾ indican que el factor control prenatal inadecuado tiene relación con la prematuridad con p valor < 0.001 .

El 16,8% tuvo antecedente de parto pretérmino. El estudio de **Jiménez L, et al.** ⁽¹²⁾ en Ecuador halló que el 20% de las pacientes tuvieron partos pretérminos anteriores. **Sánchez A** ⁽¹⁸⁾ en su investigación en Cerro de Pasco encontró que este tipo de pacientes tenían antecedentes de prematuridad en el 35.3% del total. Resultados muy diferentes al nuestro lo hallamos en el estudio de **Rodríguez G** ⁽¹⁷⁾ en Cajamarca quien reportó que las pacientes con antecedente de prematuridad lo presentaron el 5.6%; resultado similar se encontró en la investigación de **Santos X, et al** ⁽¹⁹⁾ en Huancavelica donde observaron que el antecedente de prematuridad fue del 5.3%; **Díaz A, et al.**, ⁽⁷⁾ en su estudio halló que la prematuridad y el antecedente de prematuridad tienen relación significativa $p = 0.005$.

La infección del tracto urinario la padecieron el 38,0% en el embarazo. Estudio algo similar encontramos en el trabajo de **Mayorga J, et al.** ⁽¹⁴⁾ en Ecuador, donde la infección del tracto urinario se observó en el 41% de las gestantes; tenemos a **Rodríguez M** ⁽¹³⁾ en México, donde las gestantes tenían infección de las vías urinarias en 52.3%; **Rodríguez G** ⁽¹⁷⁾ en Cajamarca también halló que la infección de las vías urinarias se presentó en el 68.1%. Encontramos el estudio de **Jiménez L, et al.** ⁽¹²⁾ en Ecuador donde hallaron que el 90% de las pacientes con parto prematuro presentaron infección del tracto urinario, lo que corrobora lo leído en la literatura que una de las causas de la prematuridad son las infecciones.

El 38.7% de las pacientes presentaron ruptura prematura de membranas. **Jiménez L, et al.** ⁽¹²⁾ en Ecuador en su estudio encontraron que el 30% de las pacientes presentaron ruptura prematura de membranas; al igual que el estudio de **Santos X, et al** ⁽¹⁹⁾ en Huancavelica quienes encontraron que las pacientes que presentaron prematuridad tuvieron ruptura prematura de membranas en 6.6%; **Díaz A, et al.**, ⁽⁷⁾ encontraron relación significativa entre la prematuridad y la ruptura prematura de membranas $p < 0.001$.

El 15,3% presentó periodo intergenésico corto. El estudio de **Rodríguez M** ⁽¹³⁾ en México halló que el periodo intergenésico fue largo en el 50.9% de las pacientes; al igual que **Santos X, et al** ⁽¹⁹⁾ en Huancavelica quienes observaron que el periodo intergenésico fue largo en la prematuridad dando un porcentaje de 35.5%.

El 31,4% de las gestantes tuvieron antecedente de aborto. El estudio de **Jiménez L, et al.** ⁽¹²⁾ en Ecuador encontró que el 63.3% de pacientes con parto prematuro tenía antecedentes de aborto. Encontramos el estudio de **Leiva E, et al** ⁽¹⁶⁾ en Nicaragua donde las pacientes tuvieron antecedentes de aborto en 12% del total. **Leiva E, et al.**, ⁽¹⁶⁾ halló que el antecedente de aborto no se relacionaba con la prematuridad $p=0.140$

El 35,8% padeció anemia durante el embarazo. Resultado similar se halló en el estudio de **Santos X, et al** ⁽¹⁹⁾ en Huancavelica donde el 35.5% de las pacientes presentaron anemia gestacional. Tenemos el estudio de **Sánchez A** ⁽¹⁸⁾ en Cerro de Pasco encontró que las gestantes con parto prematuro cursaron con anemia en el 52.9%.

Dentro de los riesgos fetales concluimos que existe relación significativa entre los riesgos fetales y la prematuridad en un hospital público de Ica ($p= 0.004$), se halló que el sexo de los recién nacidos el 62.1% pertenecían al sexo masculino y el 37.9% al sexo femenino. Coincidiendo con el estudio de **Sernaque K.** ⁽²¹⁾ en Piura, similar a nuestro trabajo nos muestra que el sexo masculino representaba 57% y el sexo femenino 43%.

El 40,9% de las gestantes presentaron polihidramnios. **Leiva E, et al.** ⁽¹⁶⁾ en Nicaragua nos muestra que el polihidramnios se presentó en el 60% de las pacientes; a diferencia del estudio de **Sernaque K** ⁽²¹⁾ quien halló que en el 58% se encontró oligohidramnios.

Sernaque K ⁽²¹⁾, encontró relación significativa entre el parto prematuro y el sexo masculino ($p= 0.004$)

En el peso del recién nacido, se observó que el 51.8% pesó menos de 2500g. El estudio de **Sernaque K.** ⁽²¹⁾ en Piura halló que los recién nacidos presentaron un peso menor de 2500g en 83%.

V. CONCLUSIONES

1. Existe relación significativa entre los riesgos maternos y fetales y la prematuridad en un hospital público de Ica-Perú, 2024-2025, teniendo p valor 0.000.
2. Existe relación significativa entre los riesgos maternos y la prematuridad en un hospital público de Ica-Perú, 2024-2025, $p= 0.008$. Entre los riesgos maternos con mayor incidencia se encuentra la infección del tracto urinario, ruptura prematura de membranas, anemia, antecedente de aborto y corioamnionitis.
3. Existe relación significativa entre los riesgos fetales y la prematuridad en un hospital público de Ica-Perú 2024-2025, encontrando p valor de 0.004. Los riesgos fetales son el sexo masculino, polihidramnios y el peso del neonato menor a 2500 g.

VI. RECOMENDACIONES

- 1.** Se sugiere que las gestantes en el Hospital Regional de Ica inicien la atención prenatal tan pronto sepan que están embarazadas y asistan a todas sus citas programadas.
- 2.** Que los controles sean estrictos en las gestantes con antecedentes de parto pretérmino.
- 3.** Si se produce un parto prematuro, es vital el acceso a cuidados neonatales especializados, incluyendo el método canguro y el seguimiento estricto después del alta, como recomiendan las normas técnicas del Ministerio de Salud del Perú.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carvajal J. Manual de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 15 ed. Chile. Pontificia Universidad Católica de Chile.2024. 8p. [Online]. Chile: Facultad de medicina de la Universidad Católica de Chile; 2024 [cited 2024 setiembre 20. Available from: https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2023/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2023-FINAL_compressed.pdf.
2. Ahumada J, Barrera A, Canosa D, Cárdenas L, et al. Factores de riesgo de parto pretérmino en Bogotá D.C., Colombia. Revista de la Facultad de Medicina, Bogotá oct/ dec , 68(4). [Online].; 2021 [cited 2025 julio 12. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112020000400556.
3. Organización Mundial de la Salud. Un nuevo estudio indica que los corticosteroides aumentan la supervivencia de los bebés prematuros en los lugares de bajos recursos. [Online].; 2020 [cited 2024 diciembre 12. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/23-10-2020-steroids-boost-survival-of-preterm-babies-in-low-resource-settings-new-study-finds>.
4. Zhang Y, Zhu Y, Zhu L, Lu C, et al,. Prevalence of preterm birth and risk factors associated with it at different gestational ages: A multicenter retrospective survey in China.Saudi Med J. 2022 Jun;43(6). [Online].; 2022 [cited 2025 julio 23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35675930/>.
5. Organización Mundial de la Salud. Incorporación del Día Mundial de la Prematuridad al calendario de la OMS, con el fin de reforzar los métodos para prevenir los nacimientos prematuros y tratar y atender a los recién nacidos prematuros. [Online].; 2025 [cited 2025 noviembre 16. Available from: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB156/B156_\(29\)-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB156/B156_(29)-sp.pdf).
6. Matos, L, reyes K, López G, Aguilar E, et al. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. Rev Médico Científica de la Secretaría de Salud Pública. [Online].; 2021 [cited 2025 noviembre 16. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2020/sj203h.pdf>.
7. Díaz A, Feliz L, Ruíz C. Factores de riesgo asociados al parto prematuro en república Dominicana. Revista BMJ Open , dec 21; 11(12). [Online].; 2021 [cited 2025 julio 23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34933854/>.
8. MINSA. Mortalidad neonatal y prematuridad. [Online].; 2022 [cited 2025 noviembre 16. Available from: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2022-11-16/ppt-cdc-minsa-jeannette-avila-15112022.pdf>.

9. Organización Mundial de la salud. Nacimientos prematuros. [Online].; 2023 [cited 2025 agosto 24. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
10. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Día Mundial del prematuro 2024. [Online].; 2024 [cited 2025 agosto 25. Available from: <https://www.figo.org/es/news/dia-mundial-del-prematuro-2024-defender-una-atencion-de-calidad-para-todos-los-recien-nacidos>.
11. Instituto Nacional Materno Perinatal - Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología Alvarado C, Meza L , editor. Lima: INMP; 2023.
12. Jimenez L, Gómez H, Romero I. Factores de riesgo del parto prematuro en base a la edad materna y controles insuficientes. Revista Polo del Conocimiento; agosto 2024;9(4). [Online].; 2024 [cited 2025 julio 25. Available from: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/7041>.
13. Rodríguez M. Prevalencia de los factores de riesgo para Parto Pretérmino en gestantes de la UMF 9, IMSS Querétaro. [Tesis de posgrado]. Universidad Autónoma de Querétaro. [Online].; 2024 [cited 2024 diciembre 12. Available from: <https://ri-ng.uaq.mx/bitstream/123456789/10459/2/MEESC-302683%20%28PDF-A%29.pdf>.
14. Mayorga J, Medina D, Castañeda C, Garzón R. Factores de Riesgo que predisponen a una amenaza de parto pretérmino y parto prematuro. Revista Aplicada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud y Vida; julio 2022; 6(2). [Online].; 2022 [cited 2025 juli 24. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8966355>.
15. Vado M. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Escuela Regional Santiago Jinotepe, de enero a junio 202, Nicaragua; [Tesis de licenciatura]; Universidad Católica Redemptoris Mater. [Online].; 2023 [cited 2025 noviembre 15. Available from: <https://repositorio.unica.edu.ni/150/1/Factores%20de%20riesgo%20asociados%20a%20parto%20pret%C3%A9rmino%20en%20gestantes%20atendidas%20en%20el%20Hospital%20Escuela%20Regional%20Santiago%20Jinotepe.pdf>.
16. Leiva E, Díaz A. Factores de riesgo asociados a amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Centro de Salud Camilo Díaz, Municipio El Castillo, SILAIS Río San Juan, durante abril 2020 a marzo 2021. [Tesis de posgrado]. Universidad Nacional Autónoma de Nicarag. [Online].; 2021 [cited 2024 didicembre 12. Available from: <https://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/17533/1/17533.pdf>.

17. Rodríguez G. Factores maternos asociados a la amenaza de parto pretérmino. Hospital II - E Simón Bolívar Cajamarca, 2022-2023.[Tesis de pregrado].Universidad Nacional de Cajamarca. [Online].; 2023 [cited 2024 Diciembre 21. Available from: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/6836/TESIS-JOHANA%20RODR%C3%8DGUEZ%20MALAVER.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
18. Sánchez A. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil[Tesis posgrado]. Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión. [Online].; 2023 [cited 2024 diciembre 23. Available from: http://repositorio.undac.edu.pe/bitstream/undac/3061/1/T026_77535300_T.pdf.
19. Santos X, Condorchoa J. Factores Obstétricos y nacimientos prematuros atendidos en el Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala de Ayacucho 2019-2021. [Tesis de posgrado]. Universidad Nacional de Huancavelica. [Online].; 2021 [cited 2024 diciembre 20. Available from: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/973776f8-7f3f-4564-935f-845c73ce1dc5/content>.
20. Ayala F, González C, Minaya, P, Mejico M, et al. Factores de riesgo para parto pretérmino idiopático según prematuridad. Revista Peruana De Investigación Materno Perinatal, 11(1). [Online].; 2022 [cited 2025 julio 24. Available from: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/277>.
21. Sernaqué K. Factores Maternos y Fetales Asociados a Prematuridad en Recién Nacidos Atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Santa Rosa, Piura 2019. [Online].; 2020 [cited 2025 enero 15. Available from: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/40372/Sernaque_AKE.pdf?sequence=5&isAllowed=y.
22. Hernández R FCBP. Metodología de la Investigación. Editorial McGraw/Interamericana Editores, SADECV. 6ta edición. [Online]. México: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A.DE C.V.; 2016 [cited 2023 diciembre 16. Available from: https://periodicooficial.jalisco.gob.mx/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf.
23. Hernandez R. Metodología de la Investigación. México 2016. Editorial Mc Graw Hill. [Online]. México: Editorial Mc Graw Hill; 2016 [cited 2024 mayo 30. Available from: <https://www.icmujeres.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Sampieri.Met.Inv.pdf>.
24. D. Balvin Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el servicio de neonatología del Hospital Daniel Alcides Carrión. Tesis. Pasco;; 2020-2021.

VIII. ANEXOS

8.1. Matriz de Consistencia

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología	Instrumento
<p>Problema general ¿Cuál es la relación que existe entre los riesgos maternos y fetales y la prematuridad en un hospital público de Ica, Perú 2024-2025?</p>	<p>Objetivo general Determinar la relación que existe entre los riesgos maternos y fetales y la prematuridad en un hospital público de Ica, Perú 2024-2025</p>	<p>Hipótesis general Ha= Existe relación significativa entre los riesgos maternos y fetales y la prematuridad en un hospital público de Ica, Perú 2024-2025 Ho= No existe relación significativa entre los riesgos maternos y fetales y la prematuridad en un hospital público de Ica, Perú 2024-2025</p>	<p>Variable 1 Riesgos maternos y fetales</p> <p>Variable 2 Prematuridad</p>	<p>Tipo de investigación Según la intervención del investigador será observacional Según el tiempo en que sucedieron los hechos será retrospectivo Según el número de mediciones de las variables será transversal</p> <p>Nivel de investigación Será relacional</p> <p>Esquema gráfico del estudio</p> <pre> graph LR M[M] --> X[X] M --> Y[Y] X <--> r Y </pre>	<p>Técnica Será la documental para las dos variables (historias clínicas)</p> <p>Instrumento Se utilizará la ficha de recolección de datos</p>
<p>-Problemas específicos - ¿Cuál es la relación que existe entre los riesgos maternos y la prematuridad en un hospital público de Ica, Perú 2024-2025?</p> <p>- ¿Cuál es la relación que existe entre los riesgos fetales y la prematuridad en un hospital público de Ica, Perú 2024-2025?</p>	<p>Objetivos específicos - Estimar la relación que existe entre los riesgos maternos y la prematuridad en un hospital público de Ica, Perú 2024-2025</p> <p>- Analizar la relación que existe entre los riesgos fetales y la prematuridad en un hospital público de Ica, Perú 2024-2025</p>	<p>Hipótesis específicas - Existe relación significativa entre los riesgos maternos y la prematuridad en un hospital público de Ica, Perú 2024-2025</p> <p>- Existe relación significativa entre los riesgos fetales y la prematuridad en un hospital público de Ica, Perú 2024-2025</p>		<p>Donde: M= corresponde a la muestra X= corresponde a los partos pretérminos Y= son los riesgos maternos y fetales r= corresponde a la probabilidad de la relación estadística</p> <p>Población conformada por los recién nacidos prematuros atendidos en el Hospital Regional de Ica durante el año 2024, que fueron 212</p> <p>Muestra Muestra hallada con fórmula de población finita que son 137.</p> <p>Muestreo Probabilístico aleatorio simple.</p>	

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Variable 1 Riesgos maternos y fetales	Probabilidad tanto materna y fetal que puede ocasionar un daño o complicación	Riesgos maternos	Edad	< 19 años 19 a 34 años ≥ 35 años	Ordinal
			Multiparidad (≥ 3)	Si – No	Nominal
			Embarazo gemelar	Si - No	Nominal
			Infección de vías urinarias	Si - No	Nominal
			Ruptura prematura de membranas	Si – No	Nominal
			Periodo intergenésico corto	Si – No	Nominal
			Antecedente de Aborto	Si – No	Nominal
			Antecedente de parto pretérmino	Si – No	Nominal
			Anemia durante el embarazo	Si – No	Nominal
			Control prenatal ≥6		Nominal
		Riesgos fetales	Sexo	Femenino Masculino	Nominal
			Peso al nacimiento	< 2500 g 2501-3999 g ≥ 4000 g	Ordinal
			Polihidramnios	Si - No	Nominal

Variable 2 Prematuridad	Producto de la concepción nacido después de las 22 semanas y antes de las 37 semanas de gestación	Recién nacido prematuro	Prematuro extremo Muy prematuro Prematuro tardío	Antes de las 28 semanas 28 a 32 semanas 33 a 36 semanas	Ordinal

8.2. Instrumento

Riesgos maternos y fetales relacionados a prematuridad en un Hospital Público de Ica – Perú, 2024

Fuente: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN (PASCO) 2020-2021. Autora Balvin D.2020-2021⁽²⁴⁾

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº de Ficha: _____

A) CLASIFICACIÓN DEL PARTO PRETÉRMINO:

- Parto Pretérmino Extremo: < 28 ss ()
- Parto Pretérmino Severo: 28 – 31 ss ()
- Parto Pretérmino Moderado: 32 -33 ss ()
- Parto Pretérmino Tardío: 34 – 36 ss ()

B) CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO:

- Peso: 2.500 a 4000 () <2500 () <1500 () <1000 ()
- Apgar al 1': 7 a 10 () 4 a 6 () 0 a 3 ()
- Sexo: Masculino () Femenino ()

C) DATOS MATERNOS

- A) Edad de Madre: 11 a 19 años () 20 a 34 años () ≥ 35 años ()
- B) Paridad >3: Si () No ()
- C) Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

D) FACTORES DE RIESGO MATERNOS

DATOS	SI	NO
1. Controles prenatales (≥ 6)		
2. Antecedente de Parto pretérmino		
3. Infección del tracto urinario		
4. Ruptura prematura de membranas		
5. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo		
6. Periodo intergenésico corto		
7. Antecedente de Aborto		
8. Anemia durante el embarazo		
9. Corioamnionitis		

E) FACTORES DE RIESGO FETALES

Sexo del recién nacido:

- a) Femenino
- b) Masculino

Peso al nacimiento:


- a) Peso: 2.500 a 4000
- b) <2500
- c) <1500
- d) <1000

Polihidramnios


- a) Si
- b) No

8.3. Otros

Autorización del Hospital Regional de Ica


GOBIERNO REGIONAL ICA
Hospital Regional de Ica

N° 202 -2025-HR/DE


Resolución Directoral

Ica, 26 de Marzo del 2025

VISTO:
El Expediente N° 25-004876-001, que contiene el Memorando N° 302-2025-HR/DE, de fecha 13 de Marzo del año 2025, emitido por el Director Ejecutivo del Hospital Regional de Ica, donde se autoriza emitir el acto resolutorio aprobando el Proyecto de Investigación, revisado por el Comité de Ética en Investigación, según Oficio N° 087-2025-GORE-DIRESA-HR/OADI.

CONSIDERANDO:
Que, los numerales I y XV del Título Preliminar de la Ley N° 26842 Ley General de Salud establecen que la protección de la salud es de interés público y por tanto es de responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla y que el Estado promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud.
Que el artículo 28 de la Ley N° 26842 Ley General de Salud, dispone que la investigación experimental con personas debe ceñirse a las legislaciones especiales sobre la materia y a los postulados éticos contenidos en la declaración Helsinki y sucesivas declaraciones que actualicen los referidos postulados.
Que por Decreto Supremo N° 021-2017-SA, se aprueba el reglamento de ensayos clínicos, norma legal que en su artículo 58° denomina Comité Institucional de Ética en Investigación a la instancia sin fines de lucro, es una institución de investigación, con disposición de participar, encargado de velar por la protección de los derechos seguridad y bienestar de los sujetos de investigación.
Que, mediante Oficio N° 087-2025-GORE-DIRESA-HR/OADI, de fecha 13 de Marzo del año 2025, el Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Regional de Ica, solicita emitir el acto resolutorio de aprobación del proyecto de tesis, titulado: **"RIESGOS MATERNOS Y FETALES RELACIONADOS A PREMATURIDAD EN UN HOSPITAL PUBLICO DE ICA – PERU, 2024-2025"** presentado por el Investigador: **LARA MIRANDA, MARGARITA DE JESUS**, alumna de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería, de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" de Ica, para optar el Título de Licenciado en Enfermería, el cual ha sido revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de esta sede docente; adjuntando el Acta de evaluación y Aprobación de fecha 13 de Marzo del año 2025.
Que, con Memorando N° 302-2025-HR/DE, de fecha 13 de Marzo del año 2025, el Director Ejecutivo del Hospital Regional de Ica, autoriza emitir el acto resolutorio aprobando el Proyecto de Investigación, revisado por el Comité de Ética en Investigación y detallado, en el Oficio N° 087-2025-GORE-DIRESA-HR/OADI.
En uso de las facultades contenidas en el Reglamento de Organización y Funciones del

....///

W...

Hospital Regional de Ica, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 0001-2012-GORE-ICA; y con la visación de la Dirección General del Hospital Regional de Ica, Oficina Ejecutiva de Administración, Oficina de Recursos Humanos y la Oficina de Asesoría Jurídica.



SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. - APROBAR EL PROYECTO DE INVESTIGACION, revisado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Regional de Ica, el mismo que se detalla a continuación:

N	TITULO DEL PROYECTO	INVESTIGADORA
01	"RIESGOS MATERNOS Y FETALES RELACIONADOS A PREMATURIDAD EN UN HOSPITAL PUBLICO DE ICA – PERU, 2024-2025"	LARA MIRANDA, MARGARITA DE JESUS



ARTICULO SEGUNDO. - NOTIFICAR la presente Resolución a los interesados e instancias competentes.

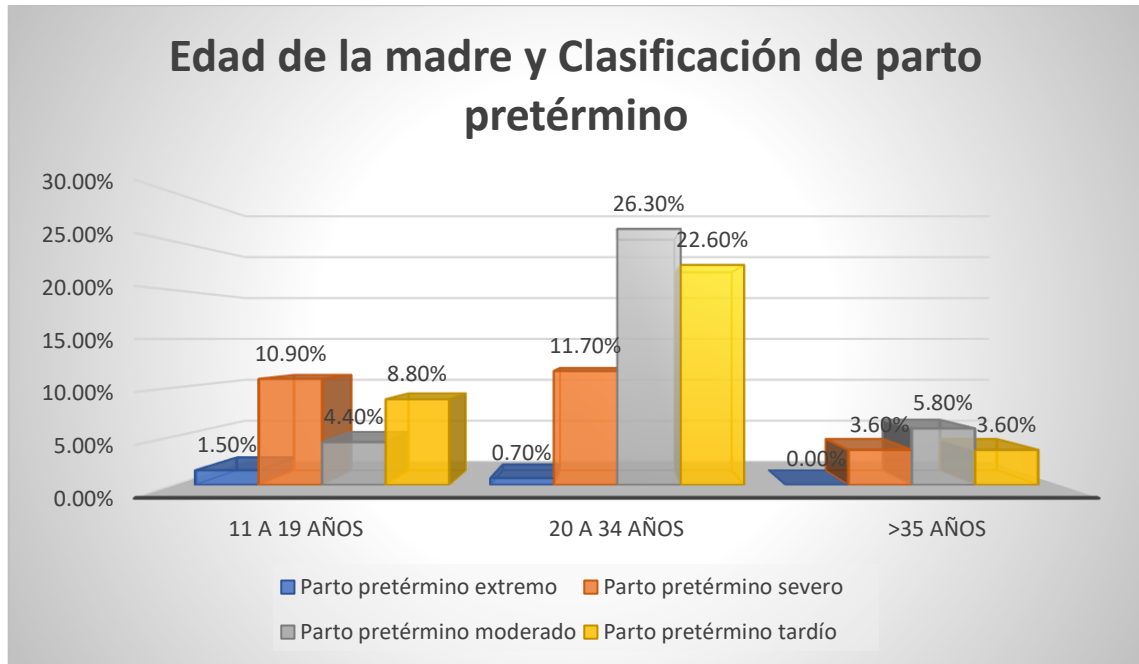
Regístrese y Comuníquese.


 GORE ICA
 HOSPITAL REGIONAL DE ICA
 ANTONIO GARCÍA MENDOZA
 DIRECTOR EJECUTIVO DEL HRI
 CASP 050470

COMITE DE
 ETHICA DE ICA
 TUMI J. ORRIBI
 JAT/J AJ

Gráficos

Gráfico 1. Edad materna y parto pretérmino en un Hospital Público de Ica – Perú, 2024-2025

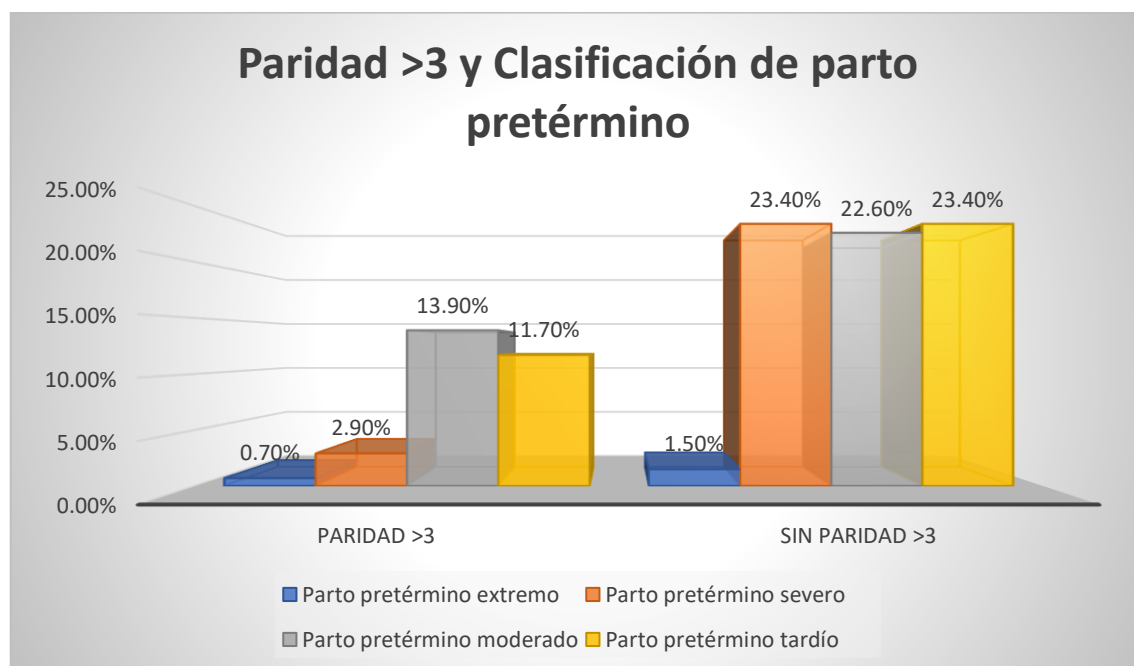


Fuente: Resultados (SPSS)

Interpretación:

Los resultados indican que la mayoría de los partos pretérmino ocurrió en gestantes de 20 a 34 años, quienes representaron el 61,3% del total. En este grupo predominó el parto pretérmino moderado con 26,3%, seguido del parto pretérmino tardío con 22,6%, el severo con 11,7% y finalmente, el extremo con 0,7%. En las gestantes de 11 a 19 años se concentró el 25,5% de los casos, siendo más frecuente el parto pretérmino severo con 10,9%, seguido del tardío con 8,8%, el moderado con 4,4% y el extremo con 1,5%. Por su parte, las gestantes mayores de 35 años representaron el 13,1% del total, predominando el parto pretérmino moderado con 5,8%, seguido del severo y tardío con 3,6% cada uno, sin presentarse casos de parto pretérmino extremo. En general, el tipo de parto pretérmino más común fue el moderado con 36,5%, seguido del tardío con 35,0%.

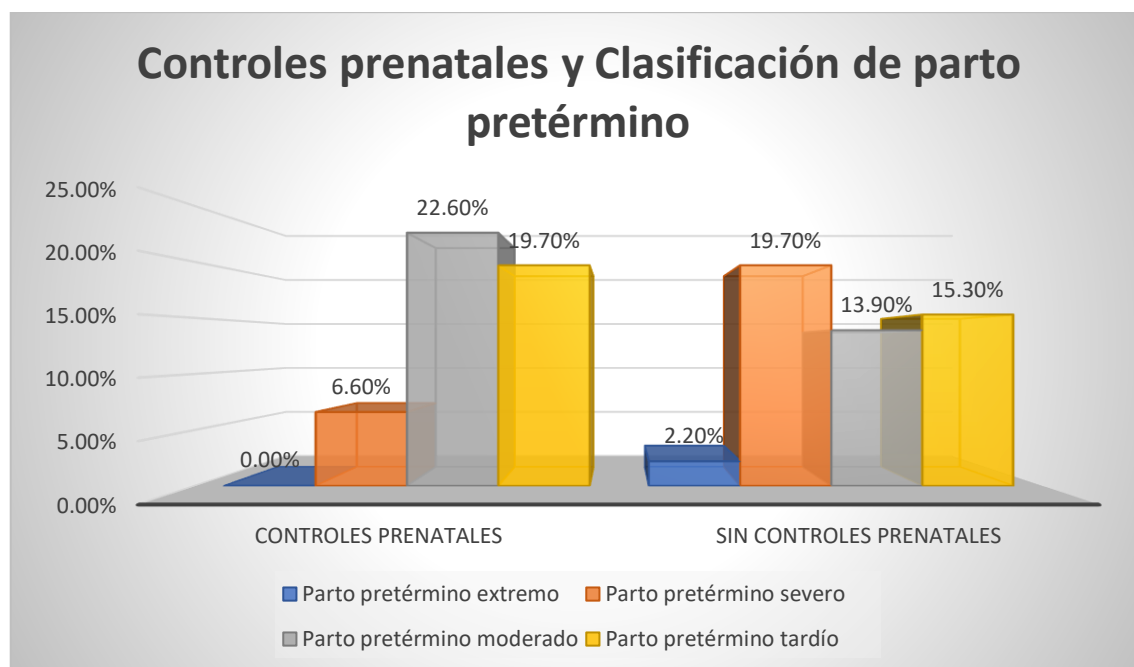
Gráfico 2. Multiparidad (≥ 3) y parto pretérmino en un Hospital Público de Ica – Perú, 2024-2025



Fuente: Resultados (SPSS)

Los resultados muestran que las gestantes con paridad mayor a tres representaron el 29,2% del total de partos pretérmino. En este grupo predominó el parto pretérmino moderado con 13,9%, seguido del parto pretérmino tardío con 11,7%, el severo con 2,9% y el extremo con 0,7%. Por otro lado, las gestantes con paridad menor o igual a tres concentraron el 70,8% de los casos, observándose principalmente parto pretérmino severo y tardío con 23,4% cada uno, seguido del parto pretérmino moderado con 22,6% y el extremo con 1,5%. En general, el parto pretérmino moderado fue el más frecuente con 36,5%, seguido del tardío con 35,0%, lo que indica que los tipos de menor severidad fueron los más comunes, tanto en gestantes con paridad mayor a tres como en aquellas con menor paridad.

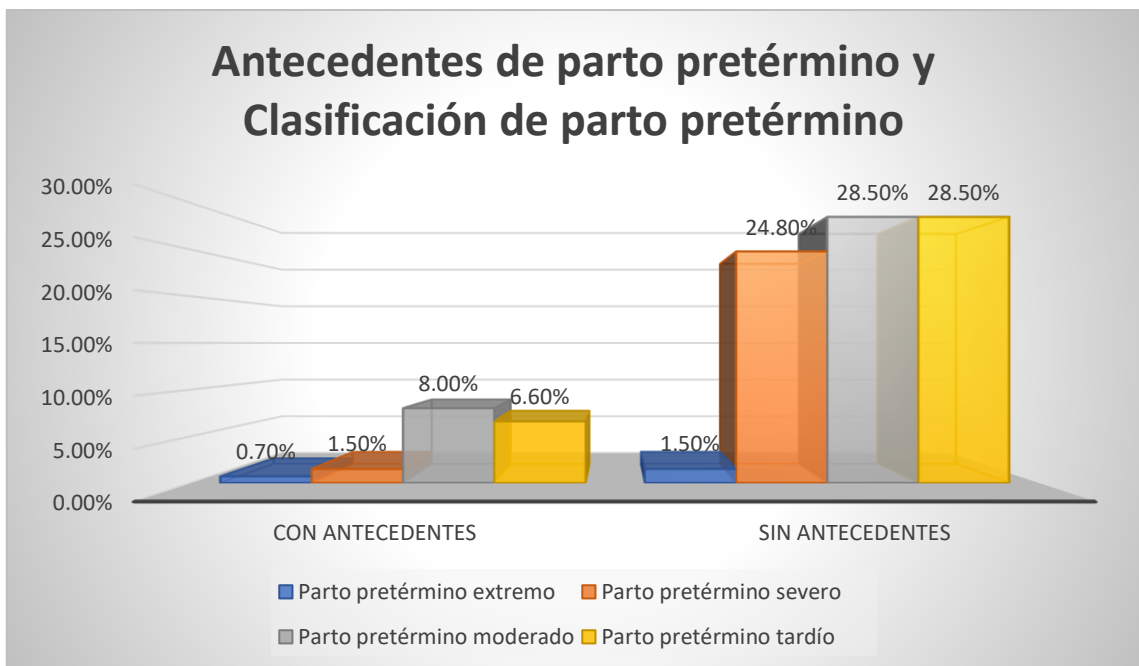
Gráfico 3. Control prenatal y parto pretérmino en un Hospital Público de Ica – Perú, 2024-2025



Fuente: Resultados (SPSS)

En relación con los controles prenatales, se observa que las gestantes que sí los realizaron presentaron principalmente parto pretérmino moderado con 22,6% y parto pretérmino tardío con 19,7%, mientras que en quienes no tuvieron controles predominó el parto pretérmino severo con 19,7% y el tardío con 15,3%, además de concentrar todos los casos de parto pretérmino extremo con 2,2%.

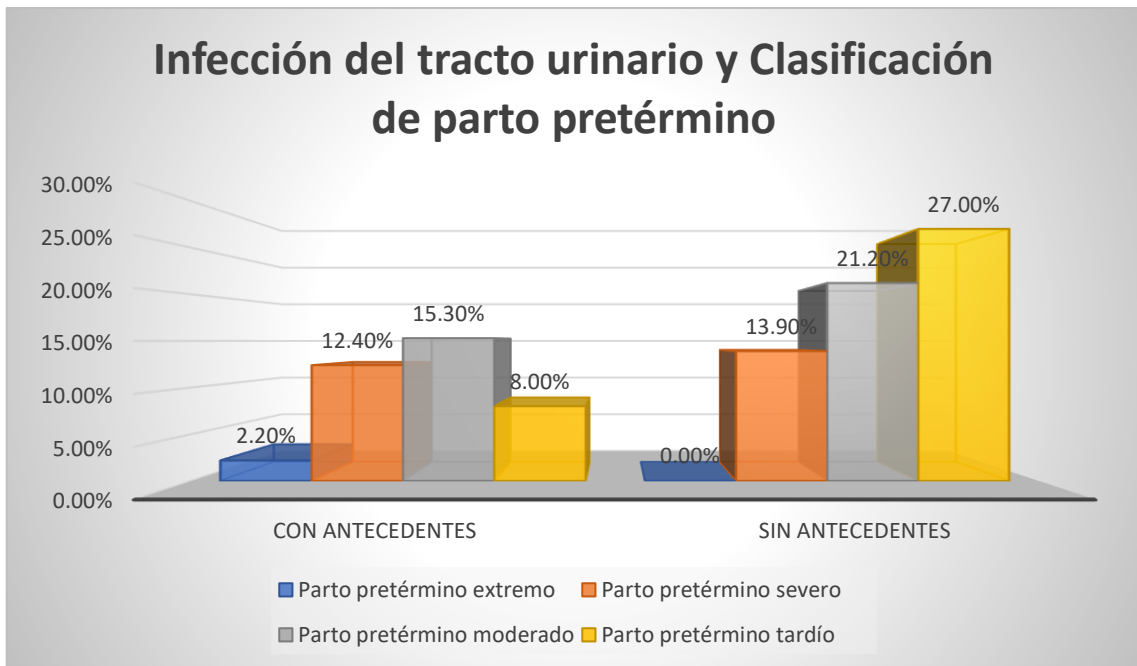
Gráfico 4. Antecedente de parto pretérmino y parto pretérmino en un Hospital Público de Ica – Perú, 2024-2025



Fuente: Resultados (SPSS)

Respecto a los antecedentes de parto pretérmino, las gestantes con este antecedente presentaron mayor frecuencia de parto pretérmino moderado con 8,0% y tardío con 6,6%, mientras que en aquellas sin antecedente predominaron el parto pretérmino moderado y tardío, ambos con 28,5%.

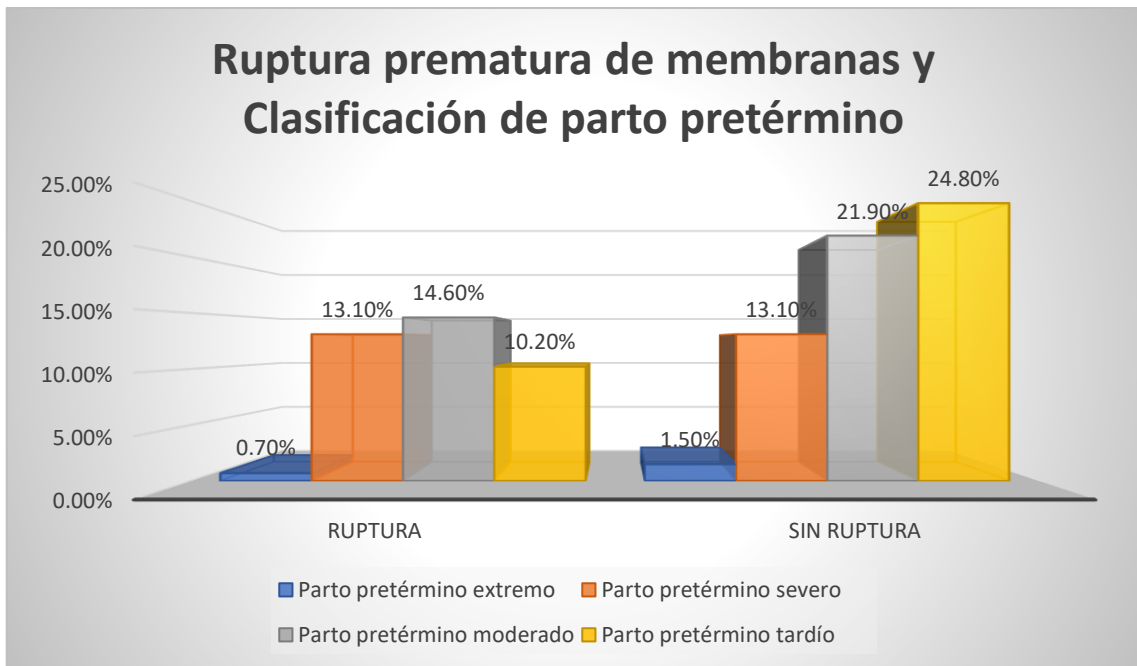
Gráfico 5. Infección del tracto urinario y parto pretérmino en un Hospital Público de Ica – Perú, 2024-2025



Fuente: Resultados (SPSS)

En cuanto a la infección del tracto urinario, las gestantes que sí presentaron esta condición mostraron mayor frecuencia de parto pretérmino moderado con 15,3% y severo con 12,4%, mientras que en las que no presentaron infección predominó el parto pretérmino tardío con 27,0% y el moderado con 21,2%.

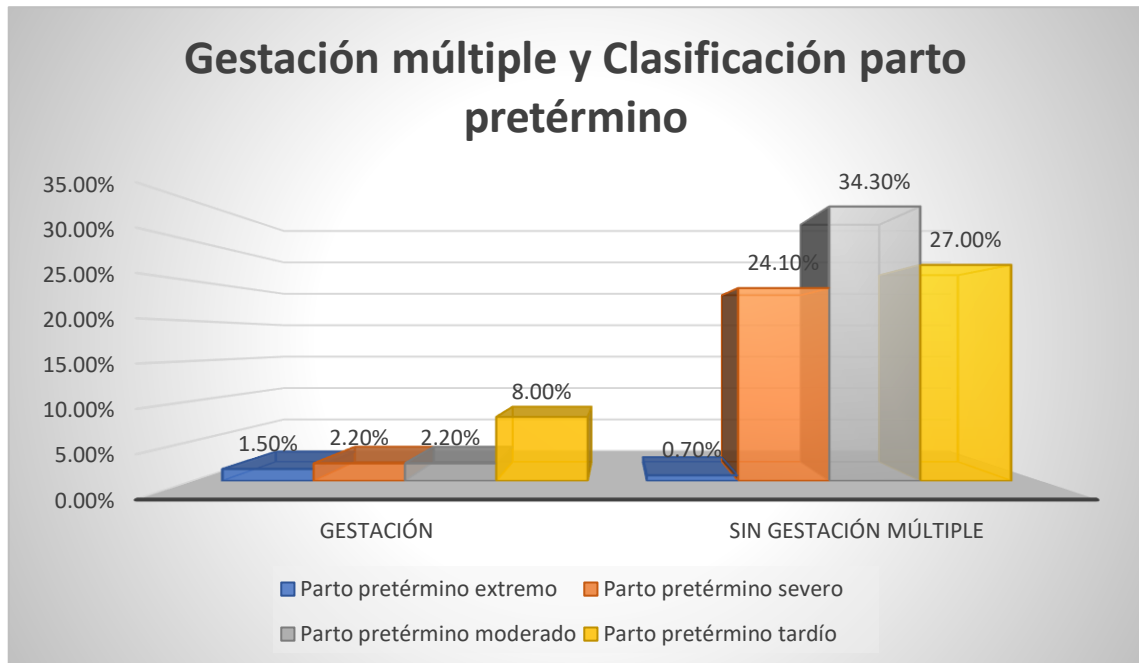
Gráfico 6. Ruptura prematura de membranas y parto pretérmino en un Hospital Público de Ica – Perú, 2024-2025



Fuente: Resultados (SPSS)

La ruptura prematura de membranas se asoció principalmente con parto pretérmino moderado con 14,6% y severo con 13,1%, mientras que en ausencia de esta condición fue más frecuente el parto pretérmino tardío con 24,8% y el moderado con 21,9%.

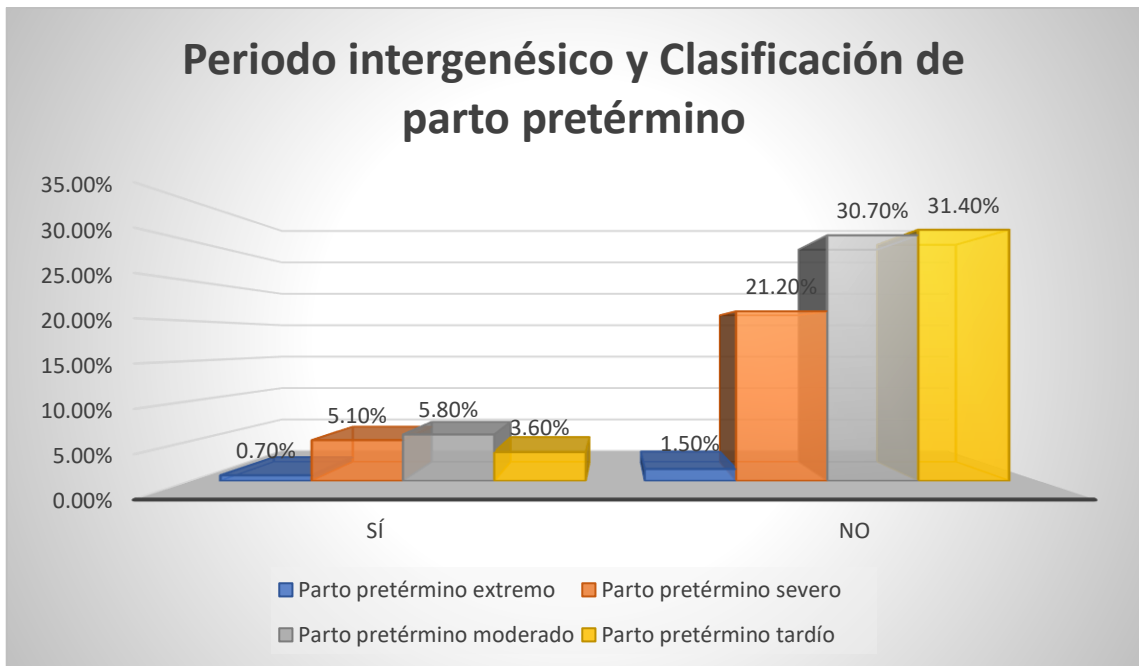
Gráfico 7. Gestación múltiple y parto pretérmino en un Hospital Público de Ica – Perú, 2024-2025



Fuente: Resultados (SPSS)

En relación con la gestación múltiple, las gestantes que sí presentaron esta condición concentraron principalmente los partos pretérmino tardíos con 8,0%, seguidos del parto pretérmino severo y moderado con 2,2% cada uno, y el parto pretérmino extremo con 1,5%. En contraste, las gestantes sin gestación múltiple mostraron mayor frecuencia de parto pretérmino moderado con 34,3%, seguido del tardío con 27,0% y del severo con 24,1%, mientras que el parto pretérmino extremo fue menos frecuente con 0,7%.

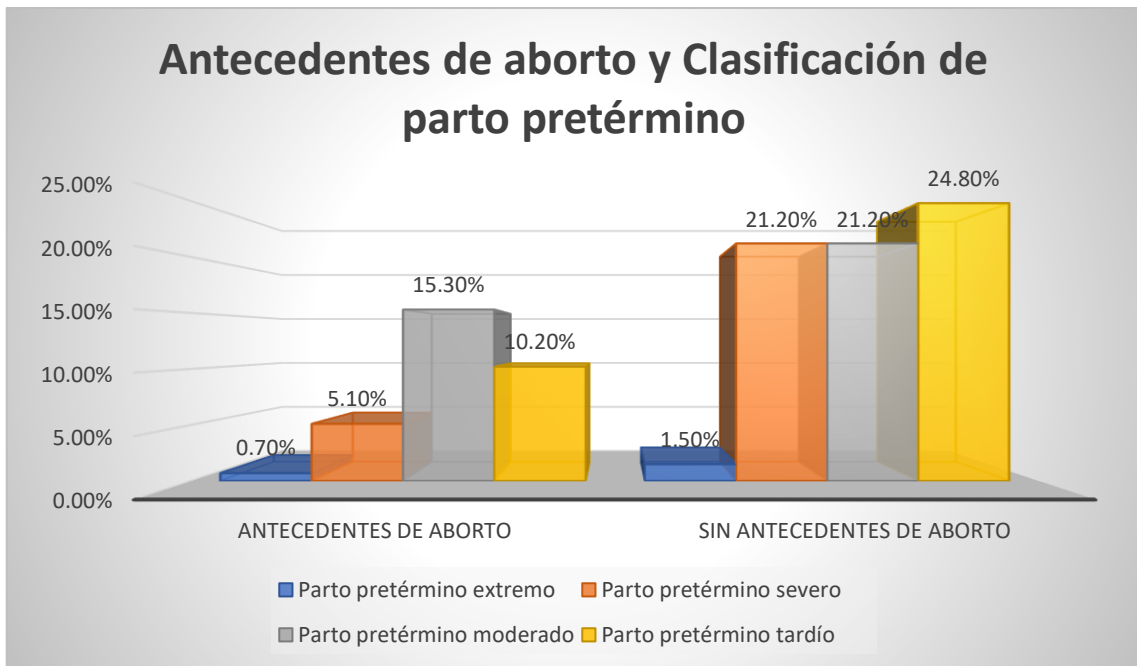
Gráfico 8. Periodo intergenésico corto y parto pretérmino en un Hospital Público de Ica – Perú, 2024-2025



Fuente: Resultados (SPSS)

El periodo intergenésico corto se asoció principalmente con parto pretérmino moderado con 5,8% y severo con 5,1%, mientras que en las gestantes sin periodo intergenésico corto predominó el parto pretérmino tardío con 31,4% y el moderado con 30,7%.

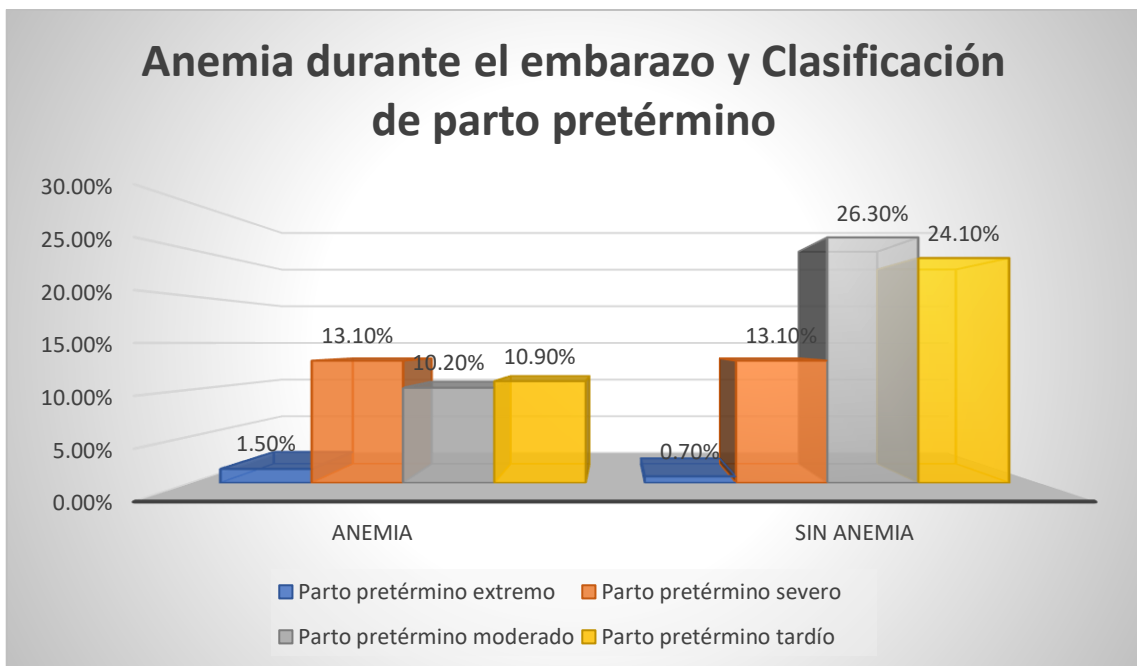
Gráfico 9. Antecedente de aborto y parto pretérmino en un Hospital Público de Ica – Perú, 2024-2025



Fuente: Resultados (SPSS)

En cuanto a los antecedentes de aborto, las gestantes que los presentaron tuvieron mayor frecuencia de parto pretérmino moderado con 15,3% y tardío con 10,2%, mientras que en aquellas sin antecedente predominó el parto pretérmino tardío con 24,8% y el moderado con 21,2%.

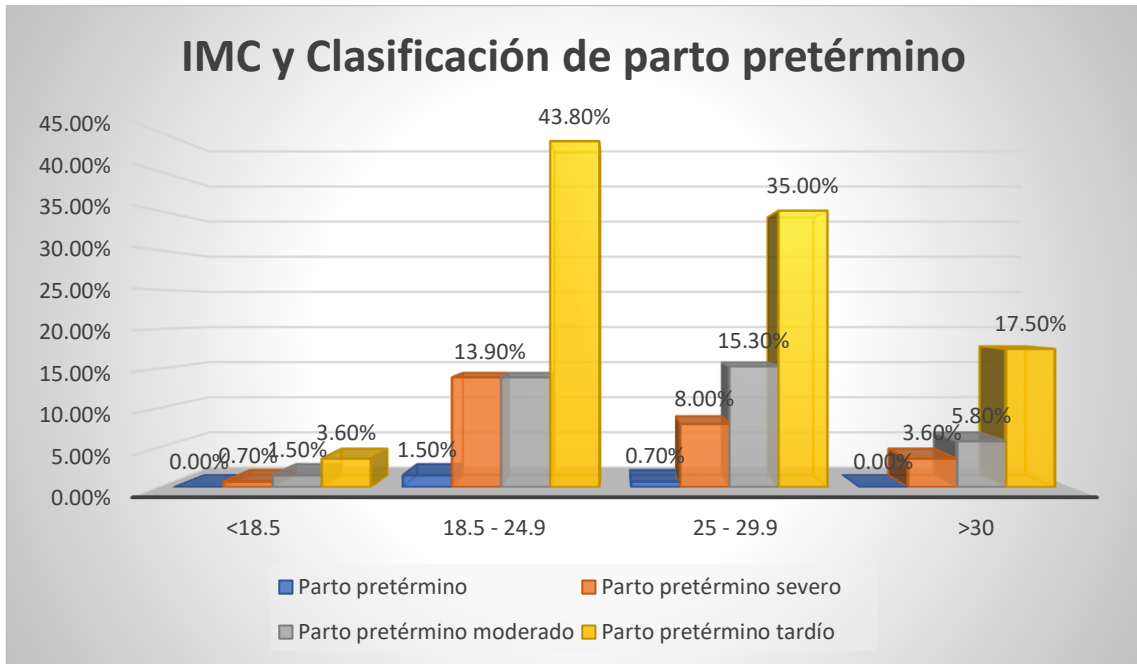
Gráfico 10. Anemia gestacional y parto pretérmino en un Hospital Público de Ica – Perú, 2024-2025



Fuente: Resultados (SPSS)

Respecto a la anemia durante el embarazo, las gestantes con anemia presentaron principalmente parto pretérmino severo con 13,1% y tardío con 10,9%, mientras que en las gestantes sin anemia fue más frecuente el parto pretérmino moderado con 26,3% y tardío con 24,1%.

Gráfico 11. IMC y parto pretérmino en un Hospital Público de Ica – Perú, 2024-2025



Fuente: Resultados (SPSS)

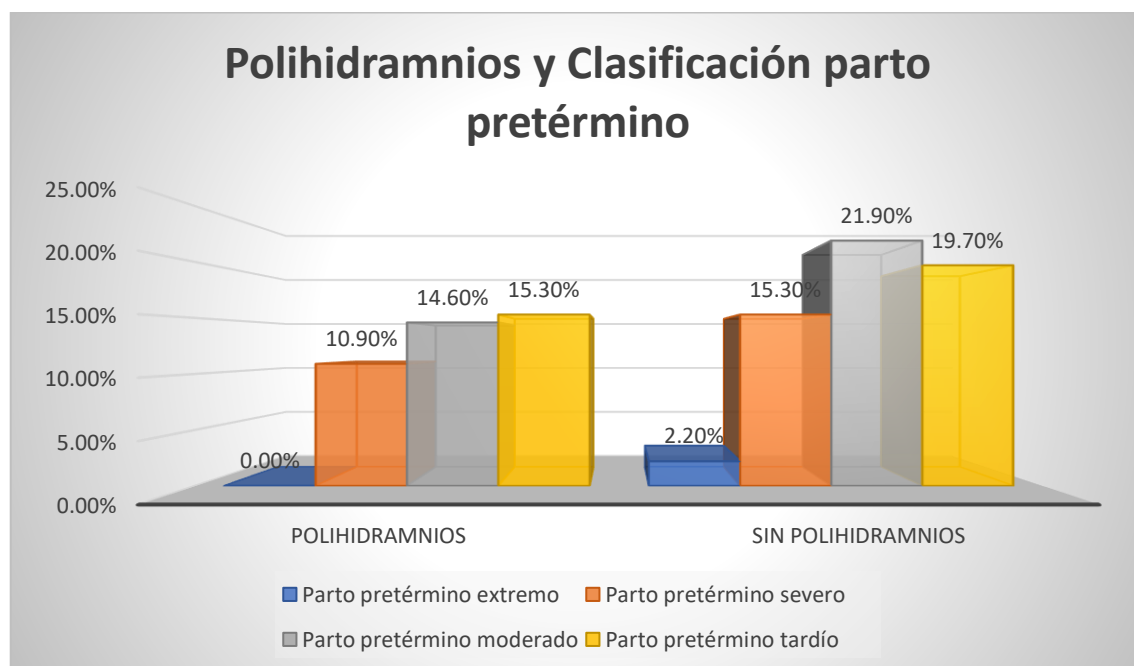
En relación con el IMC y la clasificación del parto pretérmino, las gestantes con IMC menor de 18,5 presentaron baja frecuencia de parto pretérmino, concentrándose principalmente en las categorías moderada y tardía con 1,5% cada una, seguido del parto pretérmino severo con 0,7%, sin registrarse casos de parto pretérmino extremo.

Por su parte, las gestantes con IMC entre 18,5 y 24,9 mostraron una distribución relativamente homogénea entre las categorías de parto pretérmino, destacando el parto pretérmino tardío con 14,6%, seguido del severo y moderado con 13,9% cada uno, y el parto pretérmino extremo con 1,5%. Este grupo representó la mayor proporción del total con 43,8%.

Respecto a las gestantes con IMC entre 25 y 29,9, predominó el parto pretérmino moderado con 15,3%, seguido del tardío con 10,9% y del severo con 8,0%, mientras que el parto pretérmino extremo fue menos frecuente con 0,7%. Este grupo constituyó el 35,0% del total.

Finalmente, las gestantes con IMC mayor de 30 presentaron mayor proporción de parto pretérmino tardío con 8,0%, seguido del parto pretérmino moderado con 5,8% y del severo con 3,6%, sin registrarse casos de parto pretérmino extremo.

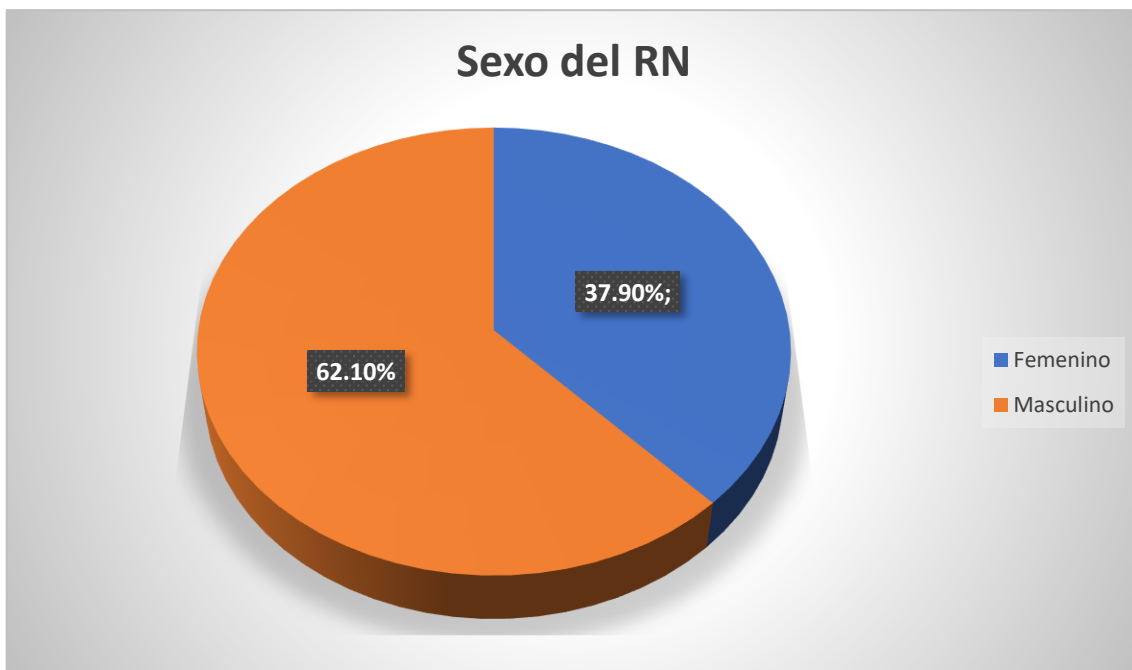
Gráfico 12. Polihidramnios y parto pretérmino en un Hospital Público de Ica – Perú, 2024-2025



Fuente: Resultados (SPSS)

Respecto al polihidramnios, las gestantes que sí lo presentaron tuvieron mayor proporción de parto pretérmino tardío con 15,3% y moderado con 14,6%, seguido del severo con 10,9%, sin registrarse casos de parto pretérmino extremo. En las gestantes sin polihidramnios, predominó el parto pretérmino moderado con 21,9%, seguido del tardío con 19,7%, el severo con 15,3% y el extremo con 2,2%.

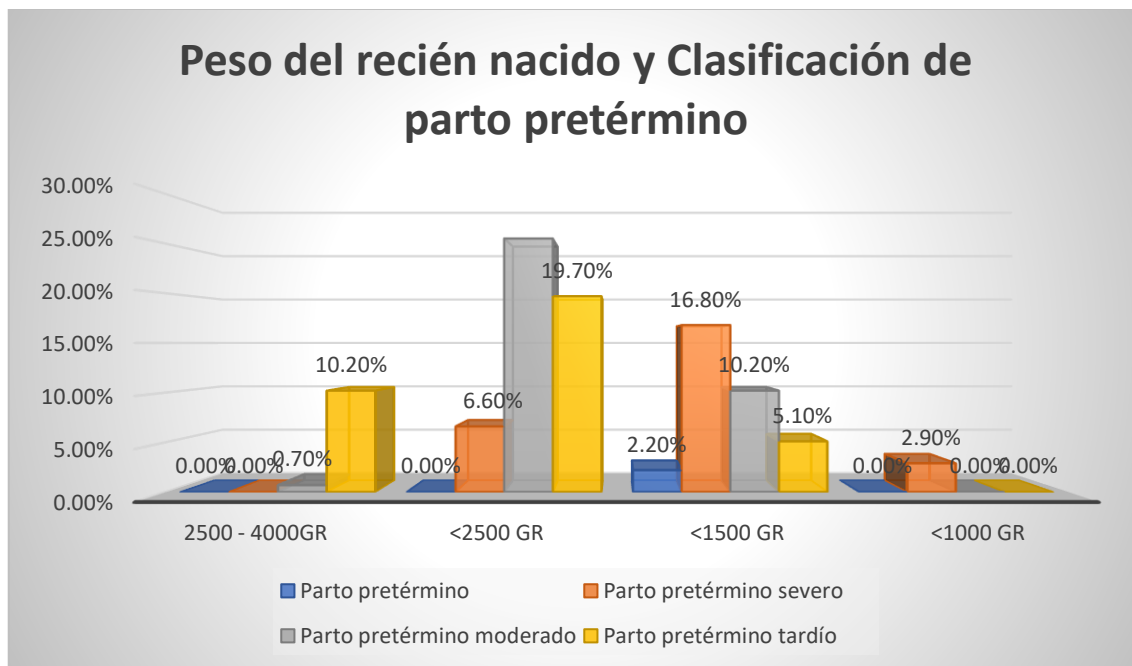
Gráfico 13. Sexo del recién nacido y parto pretérmino en un Hospital Público de Ica – Perú, 2024-2025



Fuente: Resultados (SPSS)

En cuanto al sexo de los recién nacidos se observó que el 62.1% pertenecían al sexo masculino y en menor porcentaje el 37.9% al sexo femenino.

Gráfico 14. Peso del recién nacido y prematuridad en un Hospital Público de Ica – Perú, 2024-2025



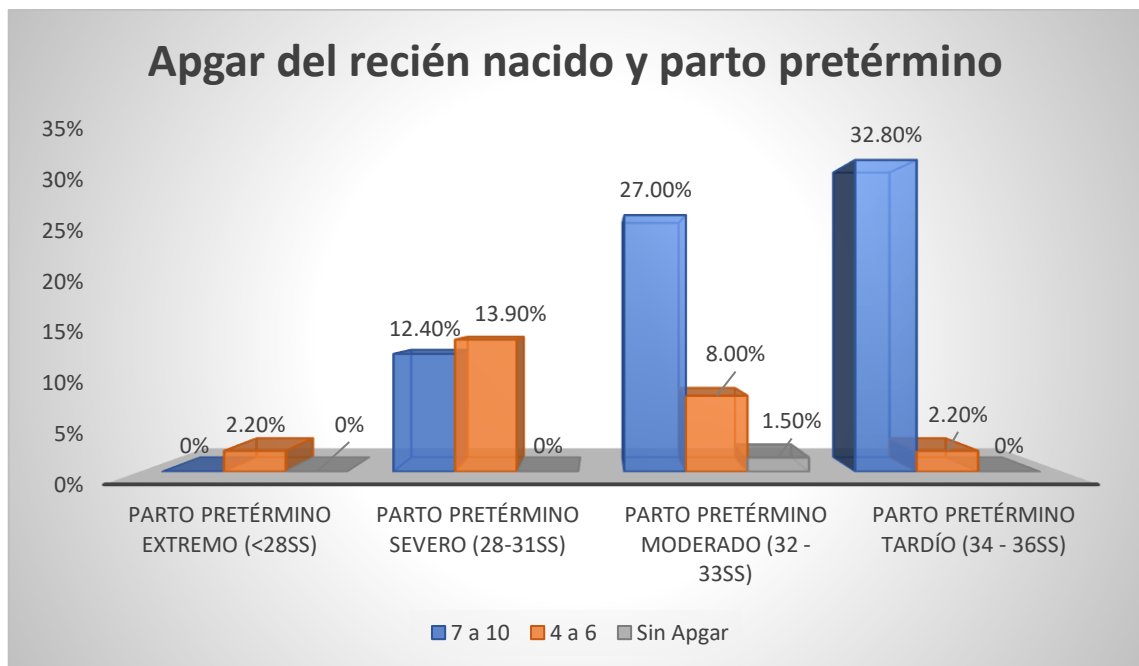
Fuente: Resultados (SPSS)

En relación con el peso del recién nacido y la clasificación del parto pretérmino, se observa que los recién nacidos con peso entre 2500 y 4000 g se concentraron casi exclusivamente en el parto pretérmino tardío, con 10,2% del total, mientras que el parto pretérmino moderado representó solo 0,7%, sin registrarse casos en las categorías extremo ni severo.

Por otro lado, los recién nacidos con peso menor de 2500 g presentaron mayor frecuencia en el parto pretérmino moderado, con 25,5%, seguido del parto pretérmino tardío con 19,7% y del severo con 6,6%, no observándose casos de parto pretérmino extremo en este grupo. Esta categoría constituyó más de la mitad del total de recién nacidos, con 51,8%.

Respecto a los recién nacidos con peso menor de 1500 g, predominó el parto pretérmino severo, con 16,8%, seguido del moderado con 10,2% y del tardío con 5,1%, mientras que el parto pretérmino extremo alcanzó 2,2%. Este grupo representó el 34,3% del total.

Gráfico 15. Apgar del recién nacido y parto pretérmino en un Hospital Público de Ica – Perú, 2024-2025



Fuente: Resultados (SPSS)

En el Apgar de 7 a 10 se halló que el 32.8% tuvo un parto pretérmino tardío, seguido del 27% con parto pretérmino moderado, 12.4% con parto pretérmino severo.

Los recién nacidos con Apgar de 4 a 6 se obtuvo que el 13.9% tuvo parto pretérmino severo, 8.0% con parto pretérmino moderado y 2.2% con parto pretérmino extremo.

Los neonatos sin Apgar, es decir 0 de Apgar sólo se encontró en el parto pretérmino moderado con 1.5%

Base de datos

BASE DE DATOS - MARGARITA LARA.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 24 de 24 variables

ID	PRETERMINO	PESORIN	APGAR	SEXO	EDAD	PARIDAD	PESOMADRE	TALLAMADRE	IMC	CONTROLES_PR_ENATAL	ANTECEDENTES_PARTO	INFECCION_TU	RUPTURAPREMATURA	HEMORRAGIA	PERIODONTER	ANTECEDENTE
1	Parto preté...	<1500 gr	7 a 10	Femenino	20 a 34 años	No	65,00	146,00	30,50	No	No	No	No	No	No	No
2	Parto preté...	2500 - 400...	7 a 10	Masculino	11 a 19 años	No	42,00	146,00	19,70	No	No	No	No	No	No	No
3	Parto preté...	2500 - 400...	Sin appar	Femenino	>35 años	No	68,00	152,00	29,40	No	No	No	No	No	No	Si
4	Parto preté...	<2500 gr	Sin appar	Femenino	20 a 34 años	No	65,00	151,00	28,50	No	No	No	No	No	No	No
5	Parto preté...	<1500 gr	7 a 10	Masculino	20 a 34 años	No	56,00	162,00	21,30	Si	No	No	Si	No	No	No
6	Parto preté...	<1500 gr	7 a 10	Masculino	20 a 34 años	No	49,00	150,00	21,70	No	No	Si	No	No	No	No
7	Parto preté...	<1500 gr	4 a 6	Masculino	20 a 34 años	Si	48,00	140,00	24,50	No	No	No	Si	No	No	Si
8	Parto preté...	<1000 gr	7 a 10	Femenino	20 a 34 años	No	67,00	156,00	27,60	No	No	No	No	No	No	No
9	Parto preté...	2500 - 400...	7 a 10	Femenino	11 a 19 años	No	68,00	150,00	30,20	Si	No	No	No	No	No	No
10	Parto preté...	<1500 gr	7 a 10	Masculino	>35 años	No	90,00	154,00	37,90	No	No	No	No	No	No	No
11	Parto preté...	<1500 gr	7 a 10	Masculino	20 a 34 años	Si	58,00	150,00	25,80	No	No	No	No	No	No	Si
12	Parto preté...	<2500 gr	7 a 10	Femenino	20 a 34 años	No	61,00	146,00	28,60	No	No	Si	No	No	No	No
13	Parto preté...	<1500 gr	4 a 6	Masculino	>35 años	Si	75,00	150,00	33,30	No	No	No	No	No	No	No
14	Parto preté...	<2500 gr	7 a 10	Femenino	20 a 34 años	Si	70,00	155,00	29,10	Si	No	Si	No	No	No	No
15	Parto preté...	<1500 gr	7 a 10	Femenino	20 a 34 años	Si	54,00	151,00	23,60	No	No	Si	No	No	No	Si
16	Parto preté...	<1500 gr	4 a 6	Femenino	>35 años	Si	59,00	152,00	25,50	Si	No	No	No	No	No	Si
17	Parto preté...	2500 - 400...	7 a 10	Femenino	20 a 34 años	No	79,00	173,00	26,40	Si	No	No	No	No	No	Si
18	Parto preté...	<2500 gr	4 a 6	Femenino	20 a 34 años	Si	64,00	152,00	27,00	Si	Si	Si	No	Si	No	Si
19	Parto preté...	<1500 gr	4 a 6	Masculino	20 a 34 años	No	45,00	155,00	18,00	No	No	Si	No	No	No	Si
20	Parto preté...	<2500 gr	7 a 10	Femenino	11 a 19 años	No	75,00	150,00	33,30	No	No	No	No	No	No	No
21	Parto preté...	<2500 gr	7 a 10	Masculino	20 a 34 años	No	65,00	155,00	27,00	Si	No	Si	Si	No	No	Si
22	Parto preté...	<1500 gr	7 a 10	Femenino	11 a 19 años	No	61,00	155,00	25,40	No	Si	No	Si	No	No	Si
23	Parto preté...	<1500 gr	4 a 6	Masculino	>35 años	Si	58,00	157,00	23,50	Si	No	Si	Si	No	Si	No
24	Parto preté...	<1500 gr	4 a 6	Masculino	11 a 19 años	No	60,00	154,00	25,00	No	No	Si	No	No	Si	No
25	Parto preté...	<2500 gr	7 a 10	Femenino	20 a 34 años	Si	90,00	159,00	36,00	Si	Si	No	No	Si	Si	No

BASE DE DATOS - MARGARITA LARA.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 24 de 24 variables

ID	PRETERMINO	PESORIN	APGAR	SEXO	EDAD	PARIDAD	PESOMADRE	TALLAMADRE	IMC	CONTROLES_PR_ENATAL	ANTECEDENTES_PARTO	INFECCION_TU	RUPTURAPREMATURA	HEMORRAGIA	PERIODONTER	ANTECEDENTE
28	Parto preté...	<2500 gr	7 a 10	Masculino	>35 años	Si	72,00	155,00	30,00	Si	Si	No	No	Si	Si	Si
29	Parto preté...	<2500 gr	7 a 10	Femenino	20 a 34 años	No	91,00	155,00	38,00	Si	Si	No	No	Si	No	Si
30	Parto preté...	<2500 gr	4 a 6	Masculino	11 a 19 años	No	55,00	154,00	23,00	Si	No	Si	Si	No	Si	No
31	Parto preté...	<1500 gr	4 a 6	Femenino	20 a 34 años	No	42,00	147,00	19,00	Si	No	Si	Si	No	Si	No
32	Parto preté...	<1500 gr	4 a 6	Masculino	11 a 19 años	No	62,00	154,00	26,00	No	No	Si	Si	No	Si	No
33	Parto preté...	<2500 gr	7 a 10	Femenino	20 a 34 años	Si	49,00	150,00	22,00	Si	Si	No	Si	Si	No	Si
34	Parto preté...	<2500 gr	4 a 6	Masculino	20 a 34 años	Si	58,00	159,00	23,00	No	Si	Si	No	Si	No	Si
35	Parto preté...	<2500 gr	7 a 10	Femenino	20 a 34 años	No	64,00	160,00	25,00	Si	Si	No	Si	No	Si	No
36	Parto preté...	<2500 gr	7 a 10	Masculino	11 a 19 años	No	40,00	141,00	20,00	Si	No	Si	Si	No	Si	No
37	Parto preté...	<2500 gr	7 a 10	Femenino	20 a 34 años	Si	87,00	160,00	34,00	Si	No	Si	Si	Si	Si	No
38	Parto preté...	<1500 gr	4 a 6	Masculino	20 a 34 años	Si	64,00	152,00	27,00	Si	Si	Si	No	Si	No	Si
39	Parto preté...	<2500 gr	7 a 10	Femenino	20 a 34 años	Si	52,00	148,00	24,00	No	Si	Si	Si	Si	No	Si
40	Parto preté...	<1500 gr	4 a 6	Masculino	11 a 19 años	No	50,00	153,00	21,00	Si	No	Si	Si	No	Si	No
41	Parto preté...	<2500 gr	7 a 10	Femenino	20 a 34 años	Si	55,00	160,00	22,00	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si
42	Parto preté...	<2500 gr	7 a 10	Femenino	20 a 34 años	No	53,00	156,00	22,00	Si	No	Si	Si	No	No	No
43	Parto preté...	<1500 gr	4 a 6	Masculino	11 a 19 años	No	69,00	149,00	31,00	Si	No	Si	Si	No	Si	No
44	Parto preté...	<2500 gr	7 a 10	Masculino	20 a 34 años	Si	67,00	162,00	26,00	Si	Si	No	Si	Si	No	Si
45	Parto preté...	<2500 gr	7 a 10	Femenino	11 a 19 años	No	64,00	164,00	24,00	Si	No	Si	Si	No	Si	No
46	Parto preté...	<1500 gr	4 a 6	Masculino	11 a 19 años	No	72,00	159,00	29,00	No	No	Si	Si	No	Si	No
47	Parto preté...	<2500 gr	7 a 10	Femenino	20 a 34 años	Si	58,00	160,00	23,00	Si	No	Si	No	Si	No	Si
48	Parto preté...	<2500 gr	7 a 10	Masculino	20 a 34 años	No	70,00	156,00	29,00	Si	Si	No	No	Si	Si	Si
49	Parto preté...	2500 - 400...	7 a 10	Femenino	20 a 34 años	No	73,00	158,00	29,00	Si	Si	No	Si	Si	Si	No
50	Parto preté...	<2500 gr	7 a 10	Masculino	20 a 34 años	Si	88,00	150,00	39,00	Si	Si	Si	No	Si	No	Si
51	Parto preté...	<2500 gr	7 a 10	Femenino	20 a 34 años	No	67,00	153,00	29,00	Si	Si	Si	No	Si	No	Si
52	Parto preté...	<1500 gr	4 a 6	Masculino	11 a 19 años	No	55,00	150,00	24,00	Si	No	Si	Si	No	No	Si

BASE DE DATOS - MARGARITA LARA.sav [ConjuntoDatos] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 24 de 24 variables

ID	PRETERMINO	PESORIN	APGAR	SEXO	EDAD	PARIDAD	PESOMADRE	TALLAMADRE	IMC	CONTROLES_PR_ENATAL	ANTECEDENTESPARTO	INFECCION_TU	RUPTURAPREMATURA	HEMORRAGIA	PERIODONTER	ANTECEDENTE
115	Parto preté...	<1500 gr	7 a 10	Masculino	20 a 34 años	No	68,00	160,00	26,60	Si	No	No	No	No	No	No
116	Parto preté...	<1500 gr	4 a 6	Femenino	11 a 19 años	No	56,00	164,00	20,80	No	No	No	No	No	No	No
117	Parto preté...	<1500 gr	7 a 10	Masculino	20 a 34 años	No	52,00	165,00	19,10	Si	No	Si	No	No	No	No
118	Parto preté...	<2500 gr	7 a 10	Masculino	>35 años	Si	79,00	150,00	34,60	Si	No	No	No	No	No	No
119	Parto preté...	<2500 gr	7 a 10	Masculino	11 a 19 años	No	51,00	157,00	20,70	Si	No	No	No	No	No	No
120	Parto preté...	<2500 gr	7 a 10	Masculino	20 a 34 años	No	42,00	144,00	20,20	Si	No	Si	No	No	No	No
121	Parto preté...	<1500 gr	7 a 10	Masculino	20 a 34 años	No	56,00	162,00	21,30	Si	No	No	Si	No	No	No
122	Parto preté...	<1500 gr	7 a 10	Masculino	20 a 34 años	No	49,00	150,00	21,70	No	No	Si	No	No	No	No
123	Parto preté...	<1500 gr	4 a 6	Masculino	20 a 34 años	Si	48,00	140,00	24,50	No	No	No	Si	No	No	Si
124	Parto preté...	<1000 gr	7 a 10	Femenino	20 a 34 años	No	67,00	156,00	27,60	No	No	No	No	No	No	No
125	Parto preté...	2500 - 400...	7 a 10	Femenino	11 a 19 años	No	68,00	150,00	30,20	Si	No	No	No	No	No	No
126	Parto preté...	<1500 gr	7 a 10	Masculino	>35 años	No	90,00	154,00	37,90	No	No	No	No	No	No	No
127	Parto preté...	<2500 gr	7 a 10	Femenino	11 a 19 años	No	64,00	164,00	24,00	Si	No	Si	Si	No	Si	No
128	Parto preté...	<1500 gr	4 a 6	Masculino	11 a 19 años	No	72,00	159,00	29,00	No	No	Si	Si	No	Si	No
129	Parto preté...	<2500 gr	7 a 10	Femenino	20 a 34 años	Si	58,00	160,00	23,00	Si	No	Si	No	Si	No	Si
130	Parto preté...	<2500 gr	7 a 10	Masculino	20 a 34 años	No	70,00	156,00	29,00	Si	Si	No	No	Si	Si	Si
131	Parto preté...	2500 - 400...	7 a 10	Femenino	20 a 34 años	No	73,00	158,00	29,00	Si	Si	No	Si	Si	Si	No
132	Parto preté...	<2500 gr	7 a 10	Masculino	20 a 34 años	Si	88,00	150,00	39,00	Si	Si	Si	No	Si	No	Si
133	Parto preté...	<2500 gr	7 a 10	Femenino	20 a 34 años	No	67,00	153,00	29,00	Si	Si	Si	No	Si	No	Si
134	Parto preté...	<1500 gr	4 a 6	Masculino	11 a 19 años	No	55,00	150,00	24,00	Si	No	Si	Si	No	No	Si
135	Parto preté...	<2500 gr	7 a 10	Masculino	20 a 34 años	Si	45,00	155,00	18,73	No	Si	No	No	No	No	Si
136	Parto preté...	<1500 gr	4 a 6	Masculino	11 a 19 años	No	55,00	150,00	24,00	Si	No	Si	Si	No	No	Si
137	Parto preté...	<2500 gr	7 a 10	Masculino	20 a 34 años	Si	45,00	155,00	18,73	No	Si	No	No	No	No	Si
138																
139																

Fotos



