

ARTÍCULO ORIGINAL

# Factores asociados al parto pretérmino en mujeres hospitalizadas en un hospital público de Honduras

*Associated factors among women with preterm birth at a public hospital in Honduras*

Josué David Villanueva Ordóñez<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0009-0009-2298-5406>, Kelly Paola Valverde Calderón<sup>2</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-5162-1822>, Marvin Enrique Lazo Cabrera<sup>3</sup>  <https://orcid.org/0009-0001-5345-5784>.

<sup>1</sup>Secretaría de Salud, Región Metropolitana del Distrito Central, Departamento de Vigilancia del Marco Normativo; Tegucigalpa, Honduras.

<sup>2</sup>Gobernación de Vichada, Secretaría Departamental de Salud Pública, Área de Epidemiología, Colombia.

<sup>3</sup>Hospital de San Lorenzo, Servicio de Gineco Obstetricia; Valle, Honduras.

**RESUMEN. Introducción:** El parto pretérmino es un problema de salud pública en muchos países. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el parto pretérmino como aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación. **Objetivo:** Analizar los factores asociados al parto pretérmino en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Materno Infantil en el periodo comprendido de mayo a agosto 2024. **Métodos:** Estudio tipo casos y controles. Se realizó el estudio en las pacientes hospitalizadas en la sala de puerperio normal. La muestra fue de 177 partos, siendo 59 casos y 118 controles. Se obtuvo información sobre los datos sociodemográficos y obstétricos, el cálculo de la muestra se realizó por medio de muestreo probabilístico, aleatorio simple, conformada por las gestantes con edad gestacional entre 22 y 37 semanas de amenorrea (casos) y más de 37 semanas (controles). **Resultados:** Los factores gineco obstétricos asociados al parto pretérmino en la población estudiada son: antecedente de parto pretérmino OR: 33.72 (IC 95%: 7.24-156.87,  $p < 0.001$ ), número de controles prenatales recibidos OR: 5.45 (IC 95%: 1.68-17.63,  $p = 0.005$ ), infecciones urinarias OR: 7.26 (IC 95%: 2.24-23.50,  $p < 0.001$ ), infecciones vaginales OR: 9.41 (IC 95%: 2.93-30.18,  $p < 0.001$ ) y el oligohidramnios OR: 11.18 (IC 95%: 2.59-48.19,  $p = 0.001$ ). **Discusión:** Los factores gineco obstétricos asociados al parto pretérmino en la población estudiada son, antecedente de parto pretérmino, número de controles prenatales recibidos, infecciones urinarias, infecciones vaginales y el oligohidramnios. **PALABRAS CLAVE:** Factores de riesgo, Nacimiento prematuro, Parto pretérmino.

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define el nacimiento pretérmino como aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación.<sup>1-3</sup> El parto pretérmino es un problema de salud ya que aumenta la morbilidad infantil, la carga hospitalaria, los costos en salud, debido a diversas complicaciones neurológicas y de desarrollo cognitivo y nutricional.<sup>4,5</sup>

A nivel mundial es una de las principales causas de morbilidad infantil, afectando especialmente en el norte de África, Europa y América. En América del Norte, Estados Unidos cuenta con la tasa más elevada de partos prematuros.<sup>6,7</sup> En los países de la región Centroamericana, Costa Rica, El Salvador y Honduras se ubican en los primeros tres países con las tasas más elevadas de parto pretérmino.<sup>8</sup> En Honduras la prevalencia de parto pretérmino es elevada. Dentro de los factores de riesgo asociados a parto pretérmino están los sociales, factores demográficos, antecedentes obstétricos, patologías asociadas al embarazo.<sup>9</sup>

La prevención y el tratamiento temprano son claves para mejorar los resultados. En Honduras no se cuenta con muchos estudios que identifiquen los posibles factores asociados a esta condición en la población de Honduras. Por esta razón se realizó este estudio con el fin de analizar los factores asociados al parto pretérmino en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Materno Infantil en el periodo comprendido de mayo a agosto 2024.

## PARTICIPANTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional analítico, tipo casos y controles. La población fueron las mujeres gestantes

Recibido: 16-09-2025 Aceptado: 06-08-2026 Primera vez publicado en línea: 26-08-2026  
Dirigir correspondencia a: Josué David Villanueva Ordóñez  
Correo electrónico: Jdvo.vmn@gmail.com

**DECLARACIÓN DE RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS:** Ninguna.

**DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS:** Ninguna.

**Forma de citar:** Villanueva-Ordóñez JD, Valverde-Calderón KP, Lazo-Cabrera ME. Factores asociados al parto pretérmino en mujeres hospitalizadas en un hospital público de Honduras. Rev Méd Hondur. 2026; 94(2). Xx. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v94i2.23655>

© 2026 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es> 

que culminaron el embarazo vía vaginal o cesárea que se encontraron en la sala de puerperio normal del Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa, Distrito Central, Honduras, de mayo a agosto del 2024.

La población de los casos estuvo conformada por gestantes que tuvieron su parto vía vaginal o cesárea con producto pretérmino. Por otro lado, la población de los controles estuvo conformada por gestantes que tuvieron su parto vía vaginal o cesárea con producto a término.

El total de la muestra fue de 177 partos siendo casos: 59 partos pretérmino y controles: 118 partos a término. El cálculo de la muestra del estudio se realizó en el programa estadístico Epi-Info 7.2.0.1, para casos y controles, con intervalo de confianza de 95%, poder estadístico: 80%, relación 2:1 (dos controles por cada caso) se utilizó una prevalencia para los casos de 18% y para los controles de 3.6% OR: 5.88 para las pacientes con el antecedente de parto pretérmino, datos obtenidos de un estudio de factores asociados al parto pretérmino realizado en el Hospital regional de Ayacucho, Perú, en 2019.<sup>10</sup>

Se realizó un muestreo probabilístico, aleatorio simple, en donde todas las pacientes hospitalizadas en la sala de puerperio normal tenían la misma probabilidad de participar en el estudio, dicha muestra estuvo conformada por las gestantes con edad gestacional entre 22 y 37 semanas de gestación según expediente clínico (casos) y más de 37 semanas de gestación (controles).

La definición de caso fueron las gestantes que culminaron el embarazo vía vaginal o cesárea entre la semana de gestación 22 a 36. La definición de control fueron las gestantes que culminaron el embarazo vía vaginal o cesárea mayor o igual a las 37 semanas de gestación. Los criterios de inclusión para los casos y los controles fueron las mujeres que aceptaron participar en el estudio, menores de edad que aceptaron participar en el estudio, con aprobación del tutor mediante consentimiento informado y los expedientes clínicos que contenían la información completa.

Los criterios de exclusión para los casos y los controles se consideraron, las mujeres que no aceptaron participar en el estudio, menores de edad que no aceptaron participar en el estudio, o sin la aprobación del tutor legal, partos extrahospitalarios, mortalidad de cualquiera de los miembros del binomio y los expedientes clínicos que no contenían la información completa.

Se solicitó autorización al Departamento de Gestión Académica e Investigación del Hospital Escuela, posteriormente se solicitó autorización de la Dirección Médica y a la jefatura del servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Materno Infantil para la aplicación del estudio. La información se obtuvo de fuente primaria, a través de una entrevista a las pacientes, y de una fuente secundaria, mediante la revisión de sus expedientes clínicos.

La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de un instrumento tipo cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, previo a la ejecución de la recolección principal se realizó una prueba de validación, la prueba piloto fue 36 (18 casos y 18 controles) pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil durante el período de estudio. Durante esta prueba

piloto se aplicó un instrumento de recolección para evaluar su validez tomando como fuente de información a la paciente mediante una entrevista y los expedientes clínicos, se calculó alfa de Cronbach para determinar la validez del instrumento, donde se obtuvo un alfa de Cronbach 0.83 utilizando variables que muestran asociación según la literatura (parto pretérmino actual y número de controles prenatales). Se elaboró un cuestionario que incluyó 28 preguntas, 4 abiertas y 24 cerradas con información acerca de las características sociodemográficas, antecedentes gineco obstétricos, posterior al análisis de la prueba piloto se diseñó el instrumento final. Los 18 casos y los 18 controles de la prueba piloto no fueron incluidos en la muestra final.

El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue un cuestionario que contenía una estructura organizada por información general de la paciente, asimismo, características sociodemográficas, obstétricas y estilos de vida materna. Con los datos obtenidos se creó una base de datos con las variables sociodemográficas y gineco obstétricas en el software estadístico SPSS v27, se realizó limpieza y depuración de la base de datos, revisión de inconsistencias y errores para dar validez y confiabilidad de los datos.

Para el análisis univariado, las variables categóricas se reportaron con frecuencias y proporciones, lo que permitió caracterizar socio demográficamente y los antecedentes gineco obstétricos de la muestra analizada.

El análisis bivariado se realizó mediante las pruebas de Chi cuadrado y test de Fisher para valores esperados menores de cinco y significancia estadística ( $p < 0.05$ ). Como medida de asociación OR con un nivel de confianza de 95%, estos estadísticos permitieron identificar la asociación de las variables independientes con la dependiente. Posteriormente las variables que presentaron asociación estadísticamente significativa fueron incluidas en un modelo de regresión logística.

El análisis multivariado, se utilizó modelo de regresión logística, con las variables que presentaron asociación en el análisis. Se incluyeron en el modelo preliminar las variables que en el análisis bivariado mostraron significancia estadística, posteriormente fueron retiradas del modelo final aquellas variables que al ser ajustadas dejaron de ser estadísticamente significativas, obteniendo OR crudo y ajustado, cada uno con su respectivo intervalo de confianza al 95% para mostrar significancia estadística, usando como valores de referencia el número 1 como no asociación entre variable, mayor de 1 un aumento de la probabilidad de ocurrencia y menor de 1 una disminución de la probabilidad. Para identificar variables confusoras se calculó la diferencia del OR crudo con el OR ajustado, también se aplicó el estadístico de bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow, los resultados se presentaron en cuadros.

Antes de proceder a la recolección de la información, se informó a cada paciente acerca de los objetivos del estudio y sobre la confidencialidad del mismo, se le pidió a cada paciente la aprobación mediante el consentimiento informado, asentimiento informado y la aprobación al tutor legal a cargo de la menor mediante el consentimiento informado, a las pacientes

analfabetas se les dio lectura del consentimiento informado acompañado de un testigo. El presente estudio fue sometido en el Comité de Investigación Biomédica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, cuyo número de acta de aprobación es 031-2024, este estudio se realizó con fines investigativos, apegándose a los principios éticos de la Declaración de Helsinki.

## RESULTADOS

El total de la muestra fueron 177 pacientes. Un 72% (127) pertenecían al grupo de edad de 19 a 34 años. En los casos predominó el grupo de edad de 19-34 años con un 68% (40/59) y en menor porcentaje el grupo de edad de menores de 18 y mayores de 35 años en un 32% (19/59), en los controles el grupo de edad que predominó fue el de 19-34 años con un 74% (87/118), en un menor porcentaje el grupo de menores de 18 y mayores de 35 años con un 26% (31/118). En el análisis de chi cuadrado no se encontró diferencias estadísticamente significativas con un valor de  $p > 0.05$  (**Cuadro 1**).

Con respecto al estado laboral, del total de la población el 86% (152) se encontraba desempleada al momento del parto. De las mujeres que tuvieron parto pretérmino el 88% (52/59) se encontraba desempleada y el 12% (7/59) empleadas. De las mujeres que tuvieron parto a término el 85% (100/118) se encontraba desempleada y el 15% (18/118) empleadas. En el análisis de chi cuadrado no se encontró diferencia estadísticamente significativa con un valor de  $p > 0.05$ .

**Cuadro 1.** Características sociodemográficas de las pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa, mayo a agosto, 2024.

| Factores              | n=177 (%) | Parto Pretérmino n=59 (33%) | Parto Término n=118 (67%) | CHI <sup>2</sup> Valor p |
|-----------------------|-----------|-----------------------------|---------------------------|--------------------------|
| <b>Edad</b>           |           |                             |                           | <b>0.409*</b>            |
| < 18 y > 35 años      | 50(28)    | 19(32)                      | 31(26)                    |                          |
| 19 y 34 años          | 127(72)   | 40(68)                      | 87(74)                    |                          |
| <b>Estado Laboral</b> |           |                             |                           | <b>0.542*</b>            |
| Desempleada           | 152(86)   | 52(88)                      | 100 (85)                  |                          |
| Empleada              | 25(14)    | 7(12)                       | 18(15)                    |                          |
| <b>Escolaridad</b>    |           |                             |                           | <b>0.224*</b>            |
| Ninguno               | 16(9)     | 6(10)                       | 10(8)                     |                          |
| Primaria              | 72(41)    | 26(44)                      | 46(39)                    |                          |
| Secundaria            | 81(46)    | 27(46)                      | 54(46)                    |                          |
| Superior              | 8(4)      | 0(0)                        | 8(7)                      |                          |
| <b>Estado Civil</b>   |           |                             |                           | <b>0.548*</b>            |
| Sin pareja            | 26(15)    | 10(17)                      | 16(14)                    |                          |
| Con pareja            | 151(85)   | 49(83)                      | 102(86)                   |                          |
| <b>Procedencia</b>    |           |                             |                           | <b>0.330*</b>            |
| Urbana                | 72(41)    | 21(36)                      | 51(43)                    |                          |
| Rural                 | 105(59)   | 38(64)                      | 67(57)                    |                          |

\*Significancia estadística a un nivel de confianza del 5% ( $p < 0.05$ ) obtenidas con la prueba Chi cuadrado.

En relación con la escolaridad, el 46 % (81) cursó secundaria, 41% (72) cursó primaria, el 9% (16) no cuentan con ningún grado académico y 4% (8) cuentan con escolaridad superior. En el grupo de mujeres que tuvieron parto pretérmino el grado académico alcanzado más frecuente fue secundaria 46% (27/59), seguido de primaria con un 44% (26/59) y con ningún grado académico en un 10% (6/59). Del grupo de mujeres que tuvieron parto a término, el grado académico alcanzado más frecuente fue secundaria con un 46% (54/118), primaria 39% (46/118), con ningún grado académico 8% (10/118) y educación superior en un 7% (8/118). En el análisis de chi cuadrado no se encontró diferencias estadísticamente significativas con un valor de  $p > 0.05$ .

En relación con el estado civil del total de la población el 85% (151) se encontró con pareja y el 15% (26) sin pareja al momento del parto. El grupo de mujeres que tuvieron parto pretérmino el 83% (49/59) tenía pareja y el 17% (10/59) no tenían pareja. El grupo de mujeres que tuvieron parto a término el 86% (102/118) tenían pareja y el 14% (16/118) no tenían pareja. En el análisis de chi cuadrado no se encontró diferencias estadísticamente significativas con un valor de  $p > 0.05$ .

Se puede observar que, la procedencia del total de la población, el 59% (105) fue de procedencia rural y el 41% (72) urbana. Del grupo que tuvieron parto pretérmino el 64% (38/59) fue de procedencia rural y el 36% (21/59) urbana versus el grupo de mujeres que tuvieron parto a término en donde el 57% (67/118) fue de procedencia rural y el 43% (51/118) urbana. En el análisis de chi cuadrado no se encontró diferencias estadísticamente significativas con un valor de  $p > 0.05$  (**Cuadro 1**).

Del total de la muestra, se encontró que un 62% (109) no tenían obesidad y un 38% (68) sí tenían obesidad al momento del parto. Del grupo de mujeres que tuvieron parto pretérmino el 54% (32/59) tenían obesidad y el 46% (27/59) no tenían. En el grupo de mujeres que tuvieron parto a término el 31% (36/118) tenían obesidad y el 69% (82/118) no tenían. En el análisis con Chi Cuadrado se encontró diferencia estadísticamente significativa con un valor de  $p = 0.002$  (**Cuadro 2**).

Del total de la población el 76% (135) no presentó el antecedente de parto pretérmino, versus el 24% (42) que sí tuvo el antecedente. De las mujeres que tuvieron parto pretérmino actual el 64% (38/59) tuvo el antecedente de parto pretérmino versus el 36% (21/59) que no lo tuvo. En el grupo de mujeres que tuvieron parto a término el 3% (4/118) tuvo el antecedente de parto pretérmino versus el 97% (114/118) que no lo tuvo. En el análisis con el test de Fisher se encontró diferencia estadísticamente significativa con un valor de  $p < 0.001$ .

Con respecto al antecedente de embarazo múltiple, del total de la población, el 97% (172) no presentó el antecedente de embarazo múltiple y el 3% (5) si lo presentó. Dentro del grupo de mujeres que tuvieron parto pretérmino el 7% (4/59) presentó el antecedente de embarazo múltiple y el 93% (55/59) no. En el grupo de mujeres que tuvieron parto a término en donde el 99% (117/118) no presentó el antecedente de embarazo múltiple. En el análisis con el test de Fisher se encontró diferencia estadísticamente significativa con un valor de  $p = 0.043$  (**Cuadro 2**).

**Cuadro 2.** Características gineco obstétricas de las pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa, mayo a agosto, 2024.

| Factores                                | n=177 ( % ) | Parto Pretérmino<br>n=59 (33%) | Parto Término n=118<br>(67%) | CHI <sup>2</sup> / Fisher<br>Valor p |
|-----------------------------------------|-------------|--------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| <b>IMC</b>                              |             |                                |                              | <b>0.002*</b>                        |
| Con Obesidad                            | 68(38)      | 32(54)                         | 36(31)                       |                                      |
| Sin Obesidad                            | 109(62)     | 27(46)                         | 82(69)                       |                                      |
| <b>Tabaquismo</b>                       |             |                                |                              | <b>0.785*</b>                        |
| Sí                                      | 7(4)        | 2(3)                           | 5(4)                         |                                      |
| No                                      | 170(96)     | 57(97)                         | 113(96)                      |                                      |
| <b>Alcoholismo</b>                      |             |                                |                              | <b>0.826*</b>                        |
| Sí                                      | 11(6)       | 4(7)                           | 7 (6)                        |                                      |
| No                                      | 166(94)     | 55(93)                         | 111(94)                      |                                      |
| <b>Drogas</b>                           |             |                                |                              |                                      |
| Sí                                      | 0           | 0                              | 0                            | <b>0.0*</b>                          |
| No                                      | 177(100)    | 59(100)                        | 118(100)                     |                                      |
| <b>Periodo Intergenésico</b>            |             |                                |                              | <b>0.277*</b>                        |
| Ninguno                                 | 56(32)      | 14(24)                         | 42(36)                       |                                      |
| < 24 meses                              | 22(12)      | 8(13)                          | 14(12)                       |                                      |
| > 24 meses                              | 99(56)      | 37(63)                         | 62(52)                       |                                      |
| <b>Aborto</b>                           |             |                                |                              | <b>0.334*</b>                        |
| Sí                                      | 32(18)      | 13(22)                         | 19(16)                       |                                      |
| No                                      | 145(82)     | 46(78)                         | 99(84)                       |                                      |
| <b>Antecedente de Parto Pretérmino</b>  |             |                                |                              | <b>&lt;0.001**</b>                   |
| Sí                                      | 42(24)      | 38(64)                         | 4(3)                         |                                      |
| No                                      | 135(76)     | 21(36)                         | 114(97)                      |                                      |
| <b>Antecedente de Embarazo Múltiple</b> |             |                                |                              | <b>0.043**</b>                       |
| Sí                                      | 5(3)        | 4(7)                           | 1(1)                         |                                      |
| No                                      | 172(97)     | 55(93)                         | 117(99)                      |                                      |
| <b>Gestas Previas</b>                   |             |                                |                              | <b>0.199*</b>                        |
| Primigesta                              | 54(30)      | 14(24)                         | 40(34)                       |                                      |
| Secundigesta                            | 49(28)      | 15(25)                         | 34(29)                       |                                      |
| Multigesta                              | 74(42)      | 30(51)                         | 44(37)                       |                                      |
| <b>Número de controles Prenatales</b>   |             |                                |                              | <b>&lt;0.001*</b>                    |
| 0 a 5 controles                         | 82(46)      | 42(71)                         | 40(34)                       |                                      |
| ≥ 6 controles                           | 95(54)      | 17(29)                         | 78(66)                       |                                      |
| <b>Vía de Parto</b>                     |             |                                |                              | <b>0.915*</b>                        |
| Vaginal                                 | 77(43)      | 26(44)                         | 51(43)                       |                                      |
| Cesárea                                 | 100(57)     | 33(56)                         | 67(57)                       |                                      |
| <b>Anemia</b>                           |             |                                |                              | <b>&lt;0.001*</b>                    |
| Sí                                      | 46(26)      | 26(44)                         | 20(17)                       |                                      |
| No                                      | 131(74)     | 33(56)                         | 98(83)                       |                                      |
| <b>Cuello Uterino corto</b>             |             |                                |                              | <b>1.000**</b>                       |
| Sí                                      | 4(2)        | 1(2)                           | 3(3)                         |                                      |
| No                                      | 173(98)     | 58(98)                         | 115(97)                      |                                      |
| <b>Conización</b>                       |             |                                |                              | <b>0.0</b>                           |
| Sí                                      | 0           | 0                              | 0                            |                                      |

| Factores                         | n=177 ( % ) | Parto Pretérmino<br>n=59 (33%) | Parto Término n=118<br>(67%) | CHI <sup>2</sup> / Fisher<br>Valor p |
|----------------------------------|-------------|--------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| No                               | 177(100)    | 59(100)                        | 118(100)                     |                                      |
| <b>Malformaciones Uterinas</b>   |             |                                |                              | <b>0.548"</b>                        |
| Sí                               | 13(7)       | 3(5)                           | 10(8)                        |                                      |
| No                               | 164(93)     | 56(95)                         | 108(92)                      |                                      |
| <b>Infecciones Periodontales</b> |             |                                |                              | <b>&lt;0.001*</b>                    |
| Sí                               | 59(33)      | 34(58)                         | 25(21)                       |                                      |
| No                               | 118(67)     | 25(42)                         | 93(79)                       |                                      |
| <b>ITU</b>                       |             |                                |                              | <b>&lt;0.001*</b>                    |
| Sí                               | 77(43)      | 46(78)                         | 31(26)                       |                                      |
| No                               | 100(57)     | 13(22)                         | 87(74)                       |                                      |
| <b>Infecciones vaginales</b>     |             |                                |                              | <b>&lt;0.001*</b>                    |
| Sí                               | 67(38)      | 46(78)                         | 21(18)                       |                                      |
| No                               | 110(62)     | 13(22)                         | 97(82)                       |                                      |
| <b>RPM</b>                       |             |                                |                              | <b>0.049*</b>                        |
| Sí                               | 14(8)       | 8(14)                          | 6(5)                         |                                      |
| No                               | 163(92)     | 51(86)                         | 112(95)                      |                                      |
| <b>Oligohidramnios</b>           |             |                                |                              | <b>&lt;0.001*</b>                    |
| Sí                               | 30(17)      | 20(34)                         | 10(8)                        |                                      |
| No                               | 147(83)     | 39(66)                         | 108(92)                      |                                      |
| <b>Polihidramnios</b>            |             |                                |                              | <b>0.036"</b>                        |
| Sí                               | 3(2)        | 3(5)                           | 0                            |                                      |
| No                               | 174(98)     | 56(95)                         | 118(100)                     |                                      |
| <b>HTA</b>                       |             |                                |                              | <b>0.043"</b>                        |
| Sí                               | 5(3)        | 4(7)                           | 1(1)                         |                                      |
| No                               | 172(97)     | 55(93)                         | 117(99)                      |                                      |
| <b>Hipertensión Gestacional</b>  |             |                                |                              | <b>0.113*</b>                        |
| Sí                               | 36(20)      | 16(27)                         | 20(17)                       |                                      |
| No                               | 141(80)     | 43(73)                         | 98(83)                       |                                      |
| <b>Preeclampsia/ Eclampsia</b>   |             |                                |                              | <b>0.333"</b>                        |
| Sí                               | 1(1)        | 1(2)                           | 0                            |                                      |
| No                               | 176(99)     | 58(98)                         | 118(100)                     |                                      |

\*Significancia estadística a un nivel de confianza del 5% ( $p < 0.05$ ) obtenidas con la prueba Chi cuadrado. " Prueba exacta de Fisher. Índice de masa corporal (IMC), infección del tracto urinario (ITU), ruptura prematura de membranas (RPM), hipertensión arterial (HTA).

Con relación al número de controles prenatales, del total de la población, el 54% (95) recibió 6 o más controles prenatales y el 46% (82) recibió de 0 a 5 controles prenatales. En el grupo de las mujeres que tuvieron parto pretérmino el 71% (42/59) recibió de 0 a 5 controles versus el 29% (17/59) que recibió 6 o más controles prenatales. Dentro del grupo de mujeres que tuvieron parto a término el 34% (40/118) recibió de 0 a 5 controles y el 66% (78/118) recibió 6 o más controles. En el análisis con Chi Cuadrado se encontró diferencia estadísticamente significativa con un valor de  $p < 0.001$ .

Del total de la población el 74% (131) no presentó anemia durante el embarazo actual y el 26% (46) sí presentó anemia. Dentro del grupo de las mujeres que tuvieron parto pretérmino el 44% (26/59) presentó anemia durante el embarazo actual y el 56% (33/59) no lo presentó. En el grupo de las mujeres que tuvieron parto a término el 17% (20/118) presentó anemia durante el embarazo actual y el 83% (98/118) no presentó anemia. En el análisis con Chi Cuadrado se encontró diferencia estadísticamente significativa con un valor de  $p < 0.001$ .

Con relación a las infecciones periodontales del total de las mujeres en el estudio el 33% (59) presentó infecciones periodontales durante el embarazo actual y el 67% (118) no presentó dicha condición. En el grupo de mujeres que tuvieron parto pretérmino el 58% (34/59) tuvo infecciones periodontales durante el embarazo actual y el 42% (25/59) no presentó ninguna. De las mujeres que tuvieron parto a término el 21% (25/118) presentó infecciones periodontales durante el embarazo y el 79% (93/118) no presentó ninguna. En el análisis con Chi Cuadrado se encontró diferencia estadísticamente significativa con un valor de  $p < 0.001$  (**Cuadro 2**).

Del total de la muestra, se encontró que el 43% (77) tuvo infección urinaria durante el embarazo y el 57% (100) no tuvo ninguna infección urinaria. En el grupo de mujeres que tuvieron parto pretérmino el 78% (46/59) tuvo infección urinaria durante el embarazo, versus el 22% (13/59) que no lo tuvo. Dentro del grupo de mujeres que tuvieron parto a término el 26% (31/118) presentó infección urinaria y el 74% (87/118) no lo presentó. En el análisis con Chi Cuadrado se encontró diferencia estadísticamente significativa con un valor de  $p < 0.001$ .

Del total de mujeres en el estudio el 38% (67) presentó infecciones vaginales durante el embarazo y el 62% (110) no presentó ninguna. En el grupo de mujeres que tuvieron parto pretérmino el 78% (46/59) presentó infecciones vaginales durante el embarazo versus el 22% (13/59) que no presentó ninguna. Dentro del grupo de mujeres que tuvieron parto a término el 18% (21/118) presentó infecciones vaginales y el 82% (97/118) no presentó. En el análisis con Chi Cuadrado se encontró diferencia estadísticamente significativa con un valor de  $p < 0.001$ .

Del total de mujeres en el estudio el 8% (14) presentó ruptura prematura de membranas previo al parto y el 92% (163) no presentó. En el grupo de mujeres que tuvieron parto pretérmino el 14% (8/59) presentó ruptura prematura de membranas previo al parto, versus el 86% (51/59) que no presentó. Dentro del grupo de mujeres que tuvieron parto a término el 5% (6/118) presentó ruptura prematura de membranas previo al parto y el 95% (112/118) no presentó. En el análisis con Chi Cuadrado se encontró diferencia estadísticamente significativa con un valor de  $p = 0.049$  (**Cuadro 2**).

Con respecto al oligohidramnios, del total de la población, el 17% (30) presentó dicha condición y el 83% (147) no lo presentó. Dentro del grupo de mujeres que tuvieron parto pretérmino el 34% (20/59) presentó oligohidramnios durante el embarazo y 66% (39/59) no lo presentó. En el grupo de mujeres que tuvieron parto a término el 8% (10/118) presentó oligohidramnios durante el embarazo y el 92% (108/118) no lo presentó. En el análisis con Chi Cuadrado se encontró una diferencia estadísticamente significativa con un valor de  $p < 0.001$ .

Con respecto al polihidramnios, del total de la población, el 2% (3) presentó dicha condición y el 98% (174) no lo presentó. Dentro del grupo de mujeres que tuvieron parto pretérmino el 5% (3/59) presentó polihidramnios durante el embarazo y el 95% (56/59) no lo presentó. En el grupo de mujeres que tuvieron parto a término el 100% (118/118) no presentó polihidramnios

durante el embarazo. En el análisis con el test de Fisher se encontró diferencia estadísticamente significativa con un valor de  $p = 0.036$ .

Con la hipertensión arterial, del total de la población, el 3% (5) presentó dicha condición y el 97% (172) no lo presentó. Dentro del grupo de mujeres que tuvieron parto pretérmino el 7% (4/59) padecía de hipertensión arterial previo al embarazo y el 93% (55/59) no padecía. En el grupo de mujeres que tuvieron parto a término el 99% (117/118) no padecía de hipertensión arterial previo al embarazo. En el análisis con el test de Fisher se encontró diferencia estadísticamente significativa con un valor de  $p = 0.043$ .

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol, tabaco y drogas, período intergenésico, aborto, gestas previas, vía de parto, cuello uterino corto, conización, malformaciones uterinas, hipertensión gestacional, preeclampsia y eclampsia (**Cuadro 2**).

El antecedente de parto pretérmino se asoció significativamente con el parto pretérmino, después de ajustar con otras variables se obtiene un OR: 33.72 (IC 95%: 7.24-156.87,  $p < 0.001$ ), indicando que en promedio las mujeres con antecedente de parto pretérmino tienen 34 veces más probabilidad de que el embarazo actual sea pretérmino en comparación con las mujeres sin el antecedente de parto pretérmino, cuando el resto de las variables permanece constante (**Cuadro 3**).

El número de controles prenatales recibidos se asoció significativamente con el parto pretérmino, después de ajustar con otras variables se obtiene un OR: 5.45 (IC 95%: 1.68-17.63,  $p = 0.005$ ), indicando que en promedio las mujeres que reciben de 0 a 5 controles prenatales tienen 5 veces más probabilidad de presentar parto pretérmino en comparación con las mujeres que reciben 6 o más controles prenatales cuando el resto de las variables permanecen constantes.

Las infecciones urinarias se asociaron significativamente con el parto pretérmino, después de ajustar con otras variables se obtiene un OR: 7.26 (IC 95%: 2.24-23.50,  $p < 0.001$ ), indicando que en promedio las mujeres que presenten infecciones urinarias durante el embarazo tienen 7 veces más probabilidad de presentar parto pretérmino en comparación con las mujeres que no presenten infecciones urinarias durante el embarazo cuando el resto de las variables permanecen constantes.

Las infecciones vaginales se asociaron significativamente con el parto pretérmino, después de ajustar con otras variables se obtiene un OR: 9.41 (IC 95%: 2.93-30.18,  $p < 0.001$ ), indicando que en promedio las mujeres que presenten infecciones vaginales durante el embarazo tienen 9 veces más probabilidad de presentar parto pretérmino en comparación con las mujeres que no presenten infecciones vaginales durante el embarazo cuando el resto de las variables permanecen constantes.

El oligohidramnios se asoció significativamente con el parto pretérmino, después de ajustar con otras variables se obtiene un OR: 11.18 (IC 95%: 2.59-48.19,  $p = 0.001$ ), indicando que en promedio las mujeres que desarrollen oligohidramnios durante el embarazo tienen 11 veces más probabilidad de presentar parto

**Cuadro 3.** Factores asociados al parto pretérmino en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa, mayo a agosto, 2024.

| Factores                               | n<br>177 | OR Crudo                | Valor de <i>p</i> | OR ajustado            | Valor de <i>p</i> | Diferencia de OR (%) |
|----------------------------------------|----------|-------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|----------------------|
| <b>Antecedente de parto pretérmino</b> |          |                         |                   |                        |                   |                      |
| Sí                                     | 42       | 51.57<br>(16.65-159.73) | <0.001            | 33.72<br>(7.24-156.87) | <0.001            | 52.9                 |
| No                                     | 135      |                         |                   |                        |                   |                      |
| <b>Número de controles prenatales</b>  |          |                         |                   |                        |                   |                      |
| 0 a 5 controles                        | 82       | 4.81<br>(2.44-9.51)     | <0.001            | 5.45<br>(1.68-17.63)   | 0.005             | -11.7                |
| ≥ de 6 controles                       | 95       |                         |                   |                        |                   |                      |
| <b>ITU</b>                             |          |                         |                   |                        |                   |                      |
| Sí                                     | 77       | 9.93<br>(4.74-20.80)    | <0.001            | 7.26<br>(2.24-23.50)   | <0.001            | 36.7                 |
| No                                     | 100      |                         |                   |                        |                   |                      |
| <b>Infecciones vaginales</b>           |          |                         |                   |                        |                   |                      |
| Sí                                     | 67       | 16.34<br>(7.52-35.49)   | <0.001            | 9.41<br>(2.93-30.18)   | <0.001            | 73.6                 |
| No                                     | 110      |                         |                   |                        |                   |                      |
| <b>Oligohidramnios</b>                 |          |                         |                   |                        |                   |                      |
| Sí                                     | 30       | 5.53<br>(2.38-12.86)    | <0.001            | 11.18<br>(2.59-48.19)  | 0.001             | -50.5                |
| No                                     | 147      |                         |                   |                        |                   |                      |

Infección del tracto urinario (ITU).

pretérmino en comparación con las mujeres que no desarrollen oligohidramnios durante el embarazo cuando el resto de las variables permanecen constantes (**Cuadro 3**).

La prueba de Hosmer-Lemeshow fue de 0.724, lo cual indicó, la adecuación del modelo, siendo mayor a 0.05 lo que confirmó el ajuste del modelo a los datos.

## DISCUSIÓN

Los factores gineco obstétricos asociados al parto pretérmino en la población estudiada fueron, antecedente de parto pretérmino, número de controles prenatales recibidos, infecciones urinarias, infecciones vaginales y el oligohidramnios.

El antecedente de parto pretérmino en esta investigación se asoció con el parto pretérmino ( $p < 0.001$ ), esto coincide con el estudio realizado por Celadita Torres y Valenzuela Cutti en donde se encontró diferencia estadística significativa ( $p < 0.05$ ). Asimismo, al aplicar medidas de regresión logística se obtuvo un OR de 5.88 indicando que las gestantes con antecedente de parto pretérmino tienen casi 6 veces más probabilidades de presentar un parto pretérmino en comparación a las que no tenían el antecedente.<sup>10</sup>

Estos resultados también respaldan a García Vargas, donde se determinó que las pacientes con antecedente de parto pretérmino tuvieron 3.1 más veces de presentar un parto pre-

término en comparación de las que no tuvieron el antecedente, se estableció que el factor es estadísticamente significativo con un valor  $p = 0.017$ .<sup>11</sup>

Estos resultados coinciden con lo descrito por Carnero X, quien refiere respecto a este factor que el antecedente de parto pretérmino es significativo ( $p < 0.001$ ), con un OR: 8.5, IC 95% (5.35 – 13.52).<sup>12</sup>

En este estudio el número de controles prenatales recibidos se asoció al parto pretérmino esto coincide con un estudio realizado en Perú en el 2019, donde la atención prenatal discontinúa y el parto pretérmino; para este factor se encontró un OR ajustado de 3.8 con un IC 95% (1.321 – 11.075), indicando que la atención prenatal discontinúa en la gestante primigesta aumenta en 3.8 veces la posibilidad de tener parto pretérmino.<sup>13</sup> Otro estudio realizado en Perú durante la pandemia Covid-19, encontró asociación significativa entre el número de controles prenatales y el parto pretérmino en donde las mujeres que recibieron controles prenatales inferiores a 6 presentaron parto pretérmino (OR: 3.159, IC 95% 2.084 - 7.298).<sup>14</sup>

En este estudio en promedio las mujeres que presentan infecciones urinarias durante el embarazo tienen 7 veces más probabilidad presentar parto pretérmino, esto coincide con otro estudio donde la infección en las vías urinarias estuvo asociada al parto pretérmino (OR: 7.4;  $p = 0.023$ ).<sup>15-17</sup>

En otro estudio realizado en Nicaragua en el 2015, en cuanto a la ocurrencia de infección de vías urinarias, se observó una diferencia significativa ( $p=0.001$ ), en donde las gestantes con infecciones urinarias tuvieron 4 veces mayor probabilidad de presentar parto pretérmino (OR: 3.90; IC 95% 2.1-6.3).<sup>18</sup>

Con respecto a las infecciones vaginales en esta investigación se encontró asociación significativa con el parto pretérmino coincidiendo con un estudio realizado en Cuba en el año 2015, donde las infecciones vaginales en embarazadas presentaron asociación significativa con el parto pretérmino con un OR: 3.298,  $p=0.000$  (IC 95%: 2.490-4.369).<sup>19</sup> El antecedente de infección vaginal incrementa 2.46 veces la posibilidad de presentar parto pretérmino ( $p=0.01$ ), puesto que la exposición a patógenos vaginales durante el embarazo desencadena un proceso inflamatorio que a su vez provoca el trabajo de parto o la rotura prematura de las membranas.<sup>20</sup>

En este estudio el oligohidramnios se asoció significativamente con el parto pretérmino, un OR:11.18 (IC 95%: 2.59-48.19,  $p=0.001$ ), estos resultados concuerdan con otro estudio realizado en un hospital del norte de Israel donde se encontró asociación entre el parto pretérmino y esta condición con un OR: 3.6, (IC 95%: 1.1-11.6;  $p=0.034$ ).<sup>21</sup> En un estudio realizado en México el oligohidramnios tuvo un OR: 5.8 ( $p=0.000$ ) presentando asociación significativa con el parto pretérmino.<sup>22</sup>

No se identificó asociación significativa entre los factores sociodemográficos de la población estudiada y el parto pretérmino, coincidiendo con un estudio realizado en Lima, Perú, donde no se encontró asociación entre estos factores y el parto pretérmino.<sup>23,24</sup>

Los hallazgos encontrados en el presente estudio permitieron identificar factores asociados significativamente al parto pretérmino en la población estudiada, coincidiendo con la literatura internacional, evidenciando la influencia de factores gineco obstétricos en la ocurrencia de este evento, haciendo énfasis en la importancia de asistir a los controles prenatales, donde se pueda identificar posibles factores y así prevenir dicha condición, implementar la medición del cuello uterino en el ultrasonido estructural como medida de tamizaje universal para el parto pretérmino para disminuir la morbilidad y los costos en salud.

## CONTRIBUCIONES

Todos los autores contribuyeron al desarrollo de este artículo, de acuerdo con los criterios de autoría. JDVO realizó la recolección, análisis e interpretación de los datos. Todos los autores revisaron la redacción y aprobación del manuscrito.

## DETALLES DE LOS AUTORES

Josué David Villanueva Ordóñez, doctor en medicina y cirugía, máster en epidemiología; jdvo.vmn@gmail.com

Kelly Paola Valverde Calderón, bacterióloga especialista en laboratorio de inmunología clínica con maestría en epidemiología con énfasis en investigación de la implementación; kelly.valverdec@udea.edu.co

Marvin Enrique Lazo Cabrera, médico especialista en gineco obstetricia, sub especialista en biología en la reproducción humana; drmarvinlazo@yahoo.com

## REFERENCIAS

1. Toro-Huerta C, Vidal C, Araya-Castillo L. Temporal trends and factors associated with preterm birth in Chile, 1992-2018. *Salud Colect* [Internet]. 2023[citado el 11 de marzo de 2026];19: e4203. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/4203>
2. Coloma M, Gallardo Arozana M, Goya M, Nandwani C, Álvarez de La Rosa M. Evolución y costes de la prematuridad por indicación médica en un hospital de tercer nivel. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2021[citado el 23 de abril de 2024];86(1):3-13. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v86n1/0717-7526-rchog-86-01-0003.pdf>
3. Mitrogiannis I, Evangelou E, Efthymiou A, Kanavos T, Birbas E, Makrydimas G, et al. Risk factors for preterm birth: an umbrella review of meta-analyses of observational studies. *BMC Med* [Internet]. 2023[citado el 15 de septiembre de 2025];21(1):1-17. Disponible en: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-023-03171-4>
4. Iza Quieta LL, Bustillos Solórzano ME. Amenaza de parto prematuro predicción prevención y manejo. *Recimundo* [Internet]. 2022[citado el 23 de abril de 2024];6(3):393-408. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1831>
5. Ji X, Wu C, Chen M, Wu L, Li T, Miao Z, et al. Analysis of risk factors related to extremely and very preterm birth: a retrospective study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2022[citado el 15 de septiembre de 2025];22(1):1-9. Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12884-022-05119-7.pdf>
6. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Mendoza Tascón LI, Arias Guatibonza MD, Peñaranda Ospina CB. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2016[citado el 23 de abril de 2024];81(4):330-42. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v81n4/art12.pdf>
7. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía de asistencia práctica: parto pretérmino. *Prog Obstet Gineco* [Internet]. 2020[citado el 23 de abril de 2024];63:283-321. Disponible en: [https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto\\_pretermino\\_2020.pdf](https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto_pretermino_2020.pdf)
8. Escalante Lanza G, Delcid Morazán AF, Barcan Batchvaroff M, González Espinal CH, Guevara I, Lagos S, et al. Caracterización del nacimiento pretérmino en embarazadas atendidas en el hospital materno infantil. *Archivos de medicina* [Internet]. 2017[citado el 23 de abril de 2024];13(1):7. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6060896&info=resumen&idioma=ENG>
9. Abanto-Bojorquez D, Soto-Tarazona A. Infección del tracto urinario y amenaza de parto pretérmino en gestantes adolescentes de un hospital peruano. *Rev. Fac. Med. Hum* [Internet]. 2020[citado el 15 de septiembre de 2024];20(3):419-24. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2308-05312020000300419&lng=es&nrm=iso&tling=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312020000300419&lng=es&nrm=iso&tling=es)
10. Torres Celadita A, Cutti Valenzuela M. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. *Hospital Regional de Ayacucho* 2018[Internet]. Ayacucho-Perú: UNSCH; 2020[citado el 23 de abril de 2024]. Disponible en: [https://repositorio.unsch.edu.pe/bitstream/UNSCH/3992/1/TESIS%20O908\\_Tor.pdf](https://repositorio.unsch.edu.pe/bitstream/UNSCH/3992/1/TESIS%20O908_Tor.pdf)
11. García Vargas DO. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla en el periodo junio 2016 – junio 2017[Internet]. Lima-Perú: URP; 2018 [citado el 10 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/33a8a39b-fcc-4fcc-8609-5fae472ff190/content>
12. Carnero Cabrera YX. Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el periodo enero – junio del 2015 [Internet]. Lima-Perú: UNMSM; 2016 [citado el 10 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/f5a2fcfd-722f-47e9-b16c-a9b04004edf4/content>

13. Baños Medina R. Factores obstétricos asociados al parto pretérmino en primigestas atendidas en el Hospital El Carmen, Huancayo 2018 [Internet]. Huancavelica-Perú: UNH; 2019 [citado el 15 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/6940037b-b3cf-4733-9875-a9e869336c21/content>
14. Martínez Ramos AJ, Flores H, Roque Quezada JC, Alburquerque Melgarejo J, Saldaña Díaz CV. Estudio de caso control en amenaza de parto pretérmino y sus factores de riesgo en gestantes en un hospital de referencia del Perú durante la pandemia COVID-19. *Mem Inst Investig Cienc Salud* [Internet]. 2022 [citado el 15 de septiembre de 2024]; 20(1):39–45. Disponible en: <https://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v20n1/1812-9528-iics-20-01-39.pdf>
15. Gutiérrez R, Sánchez M, Ore J. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en madres jóvenes atendidas en un hospital de Perú. *Medisan* [Internet]. 2021 [citado el 16 de septiembre de 2024]; 25(2):346–56. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3684/368466743007/html/>
16. Torres Lestrade OD, Hernández Pacheco I, Meneses Núñez C, Ruvalcaba Ledezma JC. Infección urinaria como factor de riesgo para parto pretérmino. *JONNPR* [Internet]. 2020 [citado el 23 de abril de 2024]; 5(11):1426–43. Disponible en: <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/3779/PDF3779>
17. Zeceña Chinchilla IY. Infección del tracto urinario como factor de riesgo en el parto pretérmino. *Rev. divers. Cient* [Internet]. 2023 [citado el 11 de marzo de 2026]; 3(2):291–300. Disponible en: <https://revistadiversidad.com/index.php/revista/article/view/100/99>
18. Vilchez Torres AG. Factores de riesgo de parto pretérmino: un estudio caso-control con mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Alemán entre julio del 2014 y junio del 2015 [Internet]. Managua-Nicaragua: UNAN; 2015 [citado el 18 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/3143/1/8193.pdf>
19. Martínez Ocampo A, Domínguez Vega GM, Gallardo García AE, Munive Hernández I. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en Hgz 46. *Ciencia Latina* [Internet]. 2025 [citado el 11 de marzo de 2026]; 9(6):3838–71. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/21493/30557>
20. Fernández-Borbón H, González P Y. Factores de riesgo asociados al parto prematuro, Policlínico Universitario “Hermanos Cruz” 2022. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2023 [citado el 11 de marzo de 2026]; 27(2023): e6207. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942023000700016](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942023000700016)
21. Sgayer I, Elafawi M, Braude O, Abramov S, Lowenstein L, Odeh M. Perinatal outcomes of pregnancies with borderline oligohydramnios at term. *fetal diagn ther.* 2025; 52(1):59–64. doi.org/10.1159/000541008
22. Cotera-Abad GT, Correa-López LE, Arango-Ochante PM, Lima-Perú RP. Factores asociados a repercusiones perinatales desfavorables en gestantes con oligohidramnios en el Hospital de Vitarte, periodo 2016 – 2019. *Rev Perú Investig Matern Perinat* [Internet]. 2021 [citado el 21 de agosto de 2024]; 10(1):19–26. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/225/268>
23. Vera-Loyola E, Villar Chamorro A, Ramírez Cabrera J, Csetovic A, Cruzate Cabrejos V, Porterico JA, et al. Factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema. *Rev. cuba. med. Mil* [Internet]. 2024 [citado el 11 de marzo de 2026]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572024000300003&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572024000300003&script=sci_arttext)
24. Farroñay X. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el Hospital Regional de Huacho, 2021 [Internet]. Huacho-Perú: UAP; 2022 [citado el 11 de marzo de 2026]. p. 1–53. Disponible en: [https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/13728/Tesis\\_factores\\_riesgo\\_asociados\\_parto\\_pretérmino\\_hospital\\_regional\\_Huacho.pdf?isAllowed=y&sequence=1&utm\\_source=chatgpt.com](https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/13728/Tesis_factores_riesgo_asociados_parto_pretérmino_hospital_regional_Huacho.pdf?isAllowed=y&sequence=1&utm_source=chatgpt.com)

**ABSTRACT. Introduction:** Preterm birth remains a public health concern worldwide due to its substantial short- and long-term consequences for neonatal health and development. The World Health Organization (WHO) defines preterm birth as delivery occurring before 37 completed weeks of gestation. **Objective:** To analyze the obstetric and sociodemographic factors associated with preterm birth among patients admitted to the Gynecology and Obstetrics Department of the Maternal and Child Hospital between May and August 2024. **Methods:** A case-control study was conducted among postpartum patients hospitalized in the normal puerperium ward. A total of 177 births were included, comprising 59 cases (preterm births between 22 and 37 weeks of gestation) and 118 controls (full-term births beyond 37 weeks). Data on sociodemographic and obstetric variables were collected. Sample selection was based on probabilistic simple random sampling. **Results:** The obstetric and gynecological factors significantly associated with preterm birth included: a history of preterm birth OR: 33.72 (IC 95%: 7.24-156.87,  $p < 0.001$ ), inadequate number of prenatal visits OR: 5.45 (IC 95%: 1.68-17.63,  $p = 0.005$ ), urinary tract infections OR: 7.26 (IC 95%: 2.24-23.50,  $p < 0.001$ ), vaginal infections OR: 9.41 (IC 95%: 2.93-30.18,  $p < 0.001$ ), and oligohydramnios OR: 11.18 (IC 95%: 2.59-48.19,  $p = 0.001$ ). **Discussion:** The study identified several obstetric and gynecological factors associated with preterm birth, including previous preterm delivery, frequency of prenatal care, urinary and vaginal infections, and oligohydramnios. **Keywords:** Premature delivery, Preterm birth, Risk factors.