UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA

(CREADA POR LEY Nº25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

TESIS

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN PARTURIENTAS DEL HOSPITAL REGIONAL DANIEL ALCIDES CARRION PASCO, 2020

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD MATERNA PERINATAL Y NEONATAL

PRESENTADO POR:

BASUALDO BERNUY, GABY ZARELA
ISIDRO ROBLES, DARILYN HENSLEY

PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:

EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

HUANCAVELICA – PERÚ
2022

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huancavelica a las 8:00 horas del día catorce de enero del año 2022, nos reunimos los miembros del jurado evaluador de la sustentación de tesis de las egresadas:

BASUALDO BERNUY GABY ZARELA
ISIDRO ROBLES DARILYN HENSLEY

Siendo los Jurados Evaluadores:
Presidente : Dra. LINA YUBANA CARDENAS PINEDA
Secretario : Dr. LEONARDO LEYVA YATACO
Vocal : Mg. ADA LIZBETH LARICO LOPEZ

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN PARTURIENTAS DEL HOSPITAL REGIONAL DANIEL ALCIDES CARRION PASCO, 2020.

Concluida la sustentación de forma sincrónica, se procede con las preguntas y/u observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo **Resolución N°668-2021-D-FCS-R-UNH**; concluyendo a las 8:35 horas. Acto seguido, el presidente del Jurado Evaluador informa a los(as) sustentantes que se suspende la conectividad durante unos minutos para deliberar sobre los resultados de la sustentación de la tesis; llegando al calificativo de: **APROBADO** por **MAYORIA**.

Observaciones:
.....
.....

Ciudad de Huancavelica, 14 de enero del 2022.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
Dra. LINA Y. CARDENAS PINEDA
DOCENTE NOMBRADA
PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dr. Leonardo Leyva Yataco
SECRETARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
E.P. OBSTETRICIA
Mg. Ada Lizbeth Larico López
DOCENTE
VOCAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
Dra. LINA Y. CARDENAS PINEDA
V°B° DECANO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
Mg. Zelmira Flor De la Cruz Ramos
DOCENTE
V°B° SECRETARIA DOCENTE

TITULO

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN PARTURIENTAS DEL HOSPITAL REGIONAL DANIEL ALCIDES CARRION PASCO, 2020.

AUTORES

BASUALDO BERNUY, GABY ZARELA

ISIDRO ROBLES, DARILYN HENSLEY

ASESORA

Dra. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE

Dedicatoria

A nuestros padres por habernos forjado como las personas Que somos en la actualidad, muchos de nuestros logros se los debemos a ellos entre los cuales incluye este. Nos formaron con reglas y con algunas libertades, pero siempre nos motivaron constantemente para alcanzar nuestros anhelos y ser las bases que nos ayudaron a llegar hasta aquí.

Darilin y Gaby

Agradecimiento

A Dios por permitirnos concretar con esta meta profesional.

A los docentes de la Segunda especialidad en Emergencias y alto riesgo obstétrico de la UNH, por sus conocimientos brindados.

Al personal del Hospital Daniel Alcides Carrión, por las facilidades brindadas para la ejecución del presente estudio.

Gracias

INDICE

Dedicatoria vi

Agradecimiento vii

Indice viii

Indice de tablas x

Resumen xi

Abstract xii

Introducción xiii

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema 15

1.2. Formulación del problema 16

1.2.1. Problema general 16

1.2.2. Problemas específicos 16

1.3. Objetivos de la investigación 17

1.3.1. Objetivo general 17

1.3.2. Objetivos específicos 17

1.4. Justificación 17

1.5. Limitaciones 18

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación 19

2.2. Bases teóricas 25

2.3. Definición de términos 36

2.4. Variables 36

2.5. Hipótesis 37

2.6. Operacionalización de variables 37

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Ámbito temporal y espacial 40

3.2. Tipo de investigación 40

3.3. Nivel de investigación 41

3.4. Métodos de investigación 41

3.4.1. Método general 41
3.4.2. Método específico 41
3.5. Diseño de investigación 41
3.6. Población, muestra y muestreo 42
3.6.1. Población 42
3.6.2. Muestra 42
3.6.3. Muestreo 42
3.7. Instrumentos y técnicas para la recolección de datos 43
3.8. Procedimiento de recolección de datos 43
3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos 44
3.10. Descripción de la prueba de hipótesis 44
CAPÍTULO IV
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS
4.1. Análisis de información 45
4.2. Prueba de hipótesis 50
4.3. Discusión de los resultados 52
CONCLUSIONES 55
RECOMENDACIONES 56
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 57
ANEXO
ANEXO A: MATRIZ DE CONSISTENCIA 64
ANEXO B: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS 66
ANEXO C: VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION 69
ANEXO D: AUTORIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 72
APENDICE E: EVIDENCIA FOTOGRÁFICA 74

INDICE DE TABLAS

		Pg.
Tabla N. 1	Características de los neonatos prematuros de las parturientas del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión Pasco, 2020.	45
Tabla N. 2	Factores de riesgo personal asociados a la prematuridad en parturientas del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión Pasco, 2020.	47
Tabla N. 3	Factores de riesgo gineco obstétrico asociados a la prematuridad en parturientas del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión Pasco, 2020.	48

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es determinar los fatores de riesgo asociados a la prematuridad en parturientas atendidas en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2020. La metodología utilizada un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo de corte transversal o transeccional desarrollado en 98 parturientas con hijos prematuros atendidos durante el periodo enero a diciembre de 2020; se aplicó la ficha de registro y a través de la estadística inferencial se obtuvo los siguientes resultados, las características del neonato prematuro fue sexo masculino en el 58.2% (57) y femenino el 41.8% 841) , los pesos fueron de 1500g a 2499g el 81.6% (80), 2500g a 4000g el 12.2% (12); prematuro moderado el 17.3% y prematuro tardío el 82.7%; Apgar al primer minuto de 0 a 3 el 10.2%, de 4 a 6 el 27.6% y de 7 a 10 el 62.2. Entre los factores personales se tuvo frecuencias de edad extrema en el 5.1% con prematuros moderados y el 29.6% prematuros tardíos; la talla menor de 1.5 m en el 29.6% de prematuros tardíos y el 4.1% prematuros moderados, con p valor mayor de 0.005. Entre los fatores gineco – obstétricos se tuvo la multiparidad y gran multiparidad con frecuencias del 25.5% en prematuros tardíos y el 7.1% en prematuros moderados; atención prenatal inferior a 4 el 37.8% en prematuros tardíos y el 9.2% en prematuros moderados; el IMC bajo al inicio del embarazo el 23.5% en prematuros tardíos y el 5.1% prematuros moderados; el embarazo múltiple el 5.1% (5) en prematuros tardíos y el 2% en prematuros moderados además de la ganancia de peso bajo durante el embarazo el 31.6% en prematuros tardíos y el 9.2% prematuros moderados; los fatores el antecedente de parto prematuro el 12.2% en prematuros tardío y el 7.15 en prematuros moderados, el antecedente de aborto el 9.2% en prematuros tardíos, la infección del trato urinario y la rotura prematura de membranas tuvieron un p valor menor a 0.05. en conclusión, los fatores asociados a la prematuridad fueron antecedente de aborto, antecedente de parto pretérmino, la rotura prematura de membranas y la infección del tracto urinario.

Palabras clave: prematuridad, factores de riesgo, parto prematuro, factores de prematuridad, parturienta.

ABSTRACT

The objective of this study is to determine the risk factors associated with prematurity in parturient women attended at the Daniel Alcides Carrión Hospital, 2020. The methodology used a study with a quantitative, descriptive, cross-sectional or transectional approach developed in 98 pregnant women with premature children attended during the period January to December 2020; The registration form was applied and the following results were obtained through inferential statistics, the characteristics of the premature newborn were male in 58.2% (57) and female in 41.8% 841), the weights were from 1500g to 2499g in 81.6 % (80), 2500g to 4000g 12.2% (12); moderate premature 17.3% and late premature 82.7%; Apgar at the first minute from 0 to 3 10.2%, from 4 to 6 27.6% and from 7 to 10 62.2. Among the personal factors, there were frequencies of extreme age in 5.1% with moderate preterm infants and 29.6% with late preterm infants; height less than 1.5 m in 29.6% of late preterm infants and 4.1% of moderate preterm infants, with a p value greater than 0.005. Among gynecological-obstetric factors there were multiparity and great multiparity with frequencies of 25.5% in late preterm infants and 7.1% in moderate preterm infants; prenatal care less than 4, 37.8% in late preterm infants and 9.2% in moderate preterm infants; low BMI at the beginning of pregnancy 23.5% in late preterm infants and 5.1% in moderate preterm infants; multiple pregnancy 5.1% (5) in late preterm infants and 2% in moderate preterm infants, in addition to low weight gain during pregnancy, 31.6% in late preterm infants and 9.2% in moderate preterm infants; the fators, the history of preterm birth in 12.2% in late preterm infants and 7.15 in moderate preterm infants, the history of abortion in 9.2% in late preterm infants, urinary tract infection and premature rupture of membranes had a p value of less than 0.05. In conclusion, the factors associated with prematurity were a history of abortion, a history of preterm delivery, premature rupture of membranes and urinary tract infection.

Key words: prematurity, risk factors, premature birth, prematurity factors, parturient.

INTRODUCCION

El parto pretérmino es uno de los mayores problemas en obstetricia y ginecología con una incidencia aproximada de 10-11%, variando entre las diferentes poblaciones según los factores de riesgo que estén presentes.

La prematuridad es el al parto comprendido desde las 22 hasta las 37 semanas de gestación, constituyéndose en el indicador predictivo más importante de mortalidad infantil, pues se ha comprobado que más de la mitad de muertes perinatales se presentan en neonatos prematuros; estimándose que cada año fallecen un millón de niños con prematuridad a nivel mundial. La incidencia reportada se da en 15 millones, de las cuales el 60% ocurren en países en desarrollo como Perú.

Existen diversos factores a quienes se les atribuye la prematuridad como edad extrema, control prenatal inadecuado, enfermedad hipertensiva del embarazo, infecciones del tracto urinario y vulvovaginitis; esta última guarda relación con la ruptura prematura de membranas.

La prematuridad representa el factor predictivo más importante de morbimortalidad neonatal, de etiología multifactorial relacionada fundamentalmente con la presencia de factores maternos presentados durante el periodo de gestación de tipo sociodemográficos, estilos de vida, obstétricos y patológicos que influyen para que siga siendo considerado un problema de salud pública.

El Hospital Daniel Alcides Carrión, se ubica a 3860msnm, cuyos estudios indican que alturas como esta duplica la probabilidad de presentar partos pretérminos además de los factores de riesgo presentes, haciéndose necesaria el estudio. El objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados a prematuridad en parturientas del este nosocomio durante el 2020 cuyos resultados permitan proponer estrategias preventivas de la prematuridad y por ende familiarizar los resultados con el personal de salud para establecer actividades que monitoricen y controlen los factores hallados.

El presente informe, está organizado en cuatro capítulos; el primero comprende el Planteamiento del Problema, objetivo general y específicos, justificación y limitaciones.

El seguido capítulo comprende el Marco Teórico, es decir bases conceptuales y referenciales que sustentan la problemática planteada.

El tercer capítulo, La metodología de la investigación como el tipo, nivel diseño de investigación, población muestra y técnicas de recolección de datos.

Finalmente la presentación de resultados, prueba de hipótesis, conclusiones y recomendaciones.

Los autores

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

La organización mundial de la Salud define la prematuridad como el nacimiento antes de las 37 semanas (1), siendo responsable del 35% del total de muertes, con 3 millones al años a nivel mundial (2) y cerca del 50% de discapacidades neurológicas congénitas (3). En América latina nacen cada año unos doce millones de niños, de ellos mueren 135 000 por prematuridad (4).

La prematuridad en un problema médico social por la morbilidad y mortalidad que generan. A nivel mundial 1 de cada diez nacen prematuros; en Costa Rica el 13.6%, Nicaragua el 9.3%, Venezuela el 8.1% y Perú 7.3% (5), cuyos determinantes son diversos como sociales, económicos, biológicos (6), generando graves consecuencias a largo plazo.

En el Perú, la prematuridad requiere atención inmediata porque está condicionada por la pobreza y porque tiene repercusión en la familia, sociedad y estado peruano.

Entre los factores asociados a la prematuridad tenemos la edad materna extrema, bajo nivel socioeconómico, tabaquismo, alcoholismo, desnutrición crónica como la falta de atención prenatal, entre otros (3); periodo intergenésico corto, rotura prematura de membranas, sangrado genital e hipertensión inducida por el embarazo (7).

Las estrategias para prevención y tratamiento del parto prematuro son amplias abordando desde cuidados preconcepcionales como índice de masa corporal pregestacional, edad materna, cohesión social entre otros así como la atención del parto y del prematuro extrauterino (6, 8).

La ciudad de Pasco se ubica a 4380 msnm, cuya población no se encuentra exenta de lo mencionado, más aun contando con estudios que refieren que la altura aumentaría la probabilidades presentar partos prematuros en dos veces más (9); el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, brinda la atención de los partos pretérminos, cuyos casos se han visto incrementados con respecto al año 2019 y los factores asociados en el contexto aún son precarios; por tanto se hace necesario conocer los factores asociados a la prematuridad.

Los resultados del estudio serán difundidos en el nosocomio para que el equipo de salud conozca de ellos y se puedan plantear estrategias preventivas e integración de procedimientos multidisciplinarios que permitan un manejo oportuno del parto pretérmino, además de ser útil para otros estudios de mayor complejidad en el tema.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la prematuridad en parturientas del Hospital Daniel Alcides Carrión Pasco, 2020?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características del neonato prematuro de las parturientas del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, 2020?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo personales asociados a la prematuridad en parturientas del Hospital Daniel Alcides Carrión Pasco, 2020?

- ¿Cuáles son los factores de riesgo gineco - obstétricos asociados a la prematuridad en parturientas del Hospital Daniel Alcides Carrión Pasco, 2020?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar los factores de riesgo asociados a la prematuridad en parturientas del Hospital Daniel Alcides Carrión Pasco, 2020.

1.3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar al neonato prematuro de las parturientas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión Pasco, 2020.
- Analizar los factores de riesgo personal asociados a la prematuridad en parturientas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión Pasco, 2020.
- Analizar los factores de riesgo gineco-obstétrico personal asociados a la prematuridad en parturientas atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión Pasco, 2020.

1.4. Justificación

En el 2017, alrededor de 6000 niños peruanos su primer día fue también su último día originadas por complicaciones de la prematuridad sobre todo en las áreas rurales y pobres como la Sierra, donde el nivel educativo es bajo (10).

La prematuridad tiene un elevado costo físico, familiar económico a largo plazo, cuya incidencia se encuentra en países pobres por su baja condición económica y política sanitaria deficiente.

Por tanto, a prematuridad constituye una preocupación permanente, siendo su incidencia más frecuente en los países en vías de desarrollo, convirtiéndose en una de las determinantes infantiles más importantes que influyen para que un

recién nacido tenga un crecimiento y desarrollo saludable en el periodo neonatal.

El costo de los cuidados neonatales de un pretérmino y los trastornos a corto y largo plazo representa una carga para las familias y sociedad, los resultados permiten realizar monitoreos y seguimientos en los controles prenatales a fin de evitar las consecuencias desfavorecedoras para el binomio madre niño.

Así miso, los resultados permiten tomar acciones preventivas para disminuir complicaciones e impacto sanitario, social, político y económico.

1.5. Limitaciones

El estudio en un primer momento se vio limitada por la demora en los trámites administrativos en el Nosocomio para acceder a los datos, aspecto que fue superado y otra limitación expresa en la validez interna del estudio cuyos resultados son relevantes para el contexto sociocultural abordado.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Internacional

Montero et al (11). en Riesgos maternos asociados a la prematuridad; el objetivo fue determinar los factores maternos asociados a la prematuridad en el Servicio de Neonatología del Hospital General Provincial Carlos de Céspedes, Granma, en los años 2016 a 2018. La metodología fue recopilación de artículos científicos como el editorial Elsevier, Lilacs, Medline entre otros buscadores como Pubmed, Cochrane, Scielo. Los resultados fueron identificar factores como madres con hábitos tóxicos, embarazo adolescente, anemia, hipertensión arterial, infección cervicovaginal, embarazos múltiples, abortos previos e infección del tracto urinario; tienen más probabilidades del nacimiento antes del término de la gestación. En conclusión, los hijos de madres con hábitos tóxicos, embarazo adolescente, enfermedades maternas como anemia, HIE, infección cervicovaginal, embarazos múltiples, abortos previos e ITU tienen más probabilidades de nacimientos prematuros.

Granda (12). Factores fetales asociados a prematuridad. El objetivo es identificar los factores fetales asociados a la prematuridad en el Hospital Vicente Corral de Cuenca-Ecuador en el periodo 2016-2017. La metodología, fue un diseño casos y controles con contrastación doble en neonatos con vida inferior a una semana en el Hospital Corral de Cuenca – Ecuador en 160 casos

y 320 controles. Los resultados fueron 75% de prematuros tardíos; la prematuridad se asoció con gemelaridad con un OR=7.3; antecedente de prematuro OR = 2.6; peso inferior al percentil de 10 OR = 1.9; en conclusión predominaron los grupos pretérminos tardío y peso menor al percentil 10, el sexo y malformaciones congénitas no se asociaron a la prematuridad.

Escobar (13). Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un Hospital de segundo nivel de atención. El objetivo fue identificar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino. La metodología fue estudio de casos y controles, de tipo observacional retrospectivo, analítico cuyo tamaño de muestra fue 344 usuarias caso y 344 controles. El análisis fue descriptivo, uni variable y bivariante. Los resultados fueron factores de riesgo asociados la placenta previa con OR 10.2, antecedente de parto pretérmino (OR= 10.2), embarazo gemelar (OR = 5.8); oligohidramnios (OR = 5.8), tabaquismo (OR = 4.6), rotura prematura de membranas (OR=4.1) e infección del tracto urinario (OR =1.5). En conclusión, los antecedentes maternos como control prenatal, preeclampsia, rotura prematura de membranas, embarazo gemelar, placenta previa, cervicovaginitis y la infección del tracto urinario son factores asociados con mayor significancia estadística.

Demestre (14). Prematuridad tardía: una población de riesgo. El objetivo fue analizar a data sobre prematuridad tardía; la metodología fue un estudio descriptivo, prospectivo de enfoque clínico epidemiológico de los nacidos entre las 34 a 36 semanas de gestación de 34 hospitales recogidos durante los 5 años. Los resultados enfatizan al analizan de 9121 recién nacidos pretérminos con una tasa de prematuridad tardía de 5.9% (71.8% de prematuros); fallecieron el 2.8%, fueron de causa desconocida el 18.8%, hubo patología gestacional en el 41.4% entre ellas la rotura prematura de membranas, síndromes hipertensivos, diabetes, amenaza de parto prematuro y crecimiento intrauterino restringido. En conclusiones, la morbimortalidad asociada a la prematuridad tardía justifica la revisión de los protocolos a la hora de finalizar

la gestación antes de término y ajustarlos a criterios acordes a la evidencia científica.

Rivera (15). Caracterización de madres con partos pretérminos atendidas en el Hospital Nacional "Enfermera Angélica Vidal de Najarro" San Bartolo - San Salvador 2017 -2018. El objetivo fue caracterizar a las madres con partos pretérminos. Resultados, el 58% tenían entre edades de 20 a 34 años y 42% en edad extrema; talla de 1,51 a 1.60 m en su mayoría, el 67% tenían unión estable; el 14% habría padecido de preeclampsia, el 94% padeció de infección de las vías urinarias, 3% infecciones vaginales. En conclusión, las características identificadas fueron que padecían de rotura prematura de membranas, preeclampsia, infecciones del tracto urinario.

López (13). Factores de riego asociados a parto pretérmino en un Hospital de segundo nivel de atención. El objetivo fue identificar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino. La metodología señala la aplicación de investigación de casos y controles observacional, retrospectivo, transversal y analítico; los casos estuvieron constituidos por nacimientos prematuros y los controles por partos a término. El total de pacientes fueron 688; los resultados indican la asociación con la prematuridad de placenta previa con p= 0.005, OR = 10.2; antecedente de parto pretérmino con p= 0.005, OR = 10.2; preeclampsia con p= 0.000, OR = 6.3; embarazo gemelar con p= 0.000, OR = 5.8; rotura prematura de membranas con p= 0.0000, OR = 4.1 y la infección del tracto urinario con p= 0.01, OR = 1.5. En conclusión, los antecedentes maternos como el control prenatal, la preeclampsia, la rotura prematura de membranas, el embarazo doble, placenta previa, infección del tracto urinario, antecedente de parto pretérmino son factores de riesgo con mayor significancia estadística.

Nacional

Carrillo (16). Factores asociados al embarazo pretérmino a nivel del mar y la altura. El objetivo fue hallar su incidencia e identificar las diferencias entre los factores asociados a la prematuridad. La metodología fue un estudio retrospectivo comparativo sobre características del parto prematuro entre

pacientes a nivel del mar y otros en altura. Los resultados fueron 752 casos en el Hospital Cayetano Heredia Lima, y 532 casos del Hospital Daniel A. Carrión Huancayo; cuya incidencia fue 11.4% en el HADAC y el 6% en la Cayetano; el control prenatal se hizo en el 26.5% de partos pretérminos en el HDAC y 52.6% en la Cayetano (p=0.001); rotura prematura de membranas (17.5 vs 1.9); preeclampsia (11.4 vs 2.2.); Hubo mayor frecuencias de cesáreas (25.75 vs 18.2 por ciento) partos inducidos (7.15 vs 1.3 por ciento), en el HNCH (p menor que 0.01). El RCIU se presentó en el 12.6 por ciento de los PPT del HNCH vs el 8.3 por ciento del HDAC (p menor que 0.01). El Apgar promedio al minuto fue de 7.33 en el HNCH y 6.52 en el HDAC (p menor que 0.005). En conclusión la altura duplicaría la probabilidad de presentar partos pretérminos.

Dueñas (17). Factores materno perinatales asociados a prematuridad en el Hospital Regional Ayacucho Miguel Ángel Mariscal Llerena-2019. El objetivo fue definir los factores de riesgo materno perinatales asociados a la prematuridad. La metodología fue estudio observacional, analítico, transversal desarrollado en 206 neonatos divididos en prematuros y no prematuros. Resultados, se encontró asociación estadísticamente significativa con el control prenatal inadecuada (OR = 3.3); infección urinaria (OR=5.7); anemia gestacional (OR =3.8); preeclampsia (OR=2.6); rotura prematura de membranas (OR=7.01); sexo masculino (OR=0.5) y bajo peso al nacer. En conclusión, el estudio identificó los siguientes factores asociados infección urinaria, anemia gestacional, preeclampsia, infección urinaria, preeclampsia y rotura prematura de membranas.

Sernaque (18), en Factores maternos y fetales asociados a prematuridad en recién nacidos atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Santa Rosa, Piura 2019. El objetivo fue determinar los factores maternos y fetales asociados a la prematuridad en neonatos del Hospital de Piura. La metodología fue un estudio descriptivo, analítico de corte transversal aplicado en 70 historias clínicas. Los resultados son 65% tuvo un parto distócico, 38% multiparidad, 58% presentaron patologías en gestación anterior, 64% controles prenatales incompletos y 11% embarazos múltiples; el 57% de los neonatos

fueron de sexo masculino, el 69% presentó Apgar menor a 7, 83% pesos menores a 2500g. El análisis bivariado demostró asociación la paridad múltiple, retardo de crecimiento intrauterino y oligohidramnios, todo con p menor a 0.05. En conclusión, existen factores maternos asociados a la prematuridad.

Quispe (19). Prevalencia y factores asociados a la prematuridad del neonato en el Hospital Carlos Monge – Juliaca 2018. El objetivo fue determinar la prevalencia de prematuridad y establecer los factores maternos, fetales y oculares asociados a prematuridad. La metodología fue transversal y descriptiva con diseño de casos y controles. Los resultados, enfatizan a la asociación con no tener control prenatal OR = 10.1; atención prenatal menor a 6 OR= 11.0; procedencia del área rural OR = 3.5; instrucción primaria OR = 2.5; ocupación comerciante OR = 6.6; infección del tracto urinario OR = 4.18; ruptura prematura de membranas OR = 2.9. En conclusión los factores asociados fueron el nivel de instrucción bajo, ocupación, sin o con menor a 6 controles prenatales, área rural, rotura prematura de membranas e infección del tracto urinario.

Salazar (20). Factores maternos relacionados con la prematuridad en el Hospital Hermilio Valdizán- 2018. El objetivo Determinar los factores maternos relacionados a la prematuridad en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018. Métodos: Se realizó un estudio analítico relacional, retrospectivo, de corte transversal en 229 neonatos del servicio de Neonatología seleccionados por muestreo aleatorio simple, utilizando una ficha en la recolección de datos y en el análisis inferencial de los resultados se utilizó la Prueba Chi cuadrado de independencia con un nivel de significancia de $p < 0,05$. Resultados: El 40,2% de neonatos en estudio presentaron prematuridad al nacer. Los factores maternos que demostraron asociación estadísticamente significativa con la prematuridad fueron entre los factores sociodemográficos la edad < 18 y > 35 años de edad ($p = 0,035$), y procedencia rural ($p = 0,002$). Del factor estilo de vida fue el consumo de drogas ($p = 0,018$). Entre los factores maternos obstétricos, el

intervalo intergenésico menor de 2 años (p = 0,002); el antecedente de prematuridad (p = 0,003) y antecedentes de abortos previos (p = 0,022). De los factores maternos patológicos, la anemia gestacional (p = 0,003), preeclampsia (p = 0,024), infecciones del tracto urinario (p = 0,006), ruptura prematura membranas (p = 0,001) y placenta previa (p = 0,000). Conclusiones: Los factores maternos sociodemográficos, obstétricos y patológicos se relacionaron significativamente con la prematuridad en los neonatos en estudio; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación. Palabras clave: Factores Maternos, Prematuridad, Neonatos.

Alarcón (21), en Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. El objetivo fue determinar los factores de riesgo para el parto pretérmino en gestantes adolescentes atendidas durante el 2016. La metodología fue estudio observacional, analítico de casos y controles de forma retrospectiva. La muestra estuvo conformada por 54 gestantes de parto pretérmino aplicándose la ficha de registro para la recolección de datos. Los resultados, los factores de riesgo para parto pretérmino espontáneo fue el no contar con grado de instrucción con p-valor = 0.028 con un OR = 7.8, el índice de masa corporal bajo con p = 0.038 y OR = 2.49; la rotura prematura de membranas p = 0.002; OR =5.7; la infección vaginal p = 0.02 y OR = 2.41. En conclusión, se concluye que la falta de instrucción, nuliparidad, índice de masa corporal anormal, rotura prematura de membranas e infección vaginal son factores de riesgo para el parto pretérmino.

Reátegui (22). Factores asociados a prematuridad en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital III Iquitos EsSalud. El objetivo fue determinar los factores de asociados a prematuridad en gestantes adolescentes con neonatos prematuros en el Hospital EsSalud de Iquitos – 2016 y 2017. La metodología fue estudio cuantitativo, analítico de diseño caso control evaluando a 58 gestantes con neonatos prematuros y 116 con neonatos a término. Los resultados fueron adolescentes entre 14 a 16 años con asociación no significativa OR = 3.3; bajo peso previo al embarazo con OR = 2.2; el

sobrepeso en gestantes con pretérmino OR = 0.4; la infección urinaria OR = 1.9; anemia OR = 1.9; hipertensión inducida por el embarazo OR = 2.2; rotura prematura de membranas OR = 2.48; preeclampsia OR = 2.8 todos con $p<0.05$ con riesgos significativos para la prematuridad. En conclusión, el bajo índice de masa corporal, la inadecuada ganancia de peso durante el embarazo y la presencia de morbilidad materna con factores asociados al parto pretérmino.

Alvarado (23). Factores de riesgo materno y prematuridad en el Servicio de Neonatología, Cajamarca-2016. El objetivo fue determinar los factores de riesgo materno y la relación con la prematuridad en el servicio de neonatología del Hospital Regional Docente- La metodología fue estudio transversal observacional desarrollado en 143 niños aplicándose un diseño correlacional. Los resultados fueron, las madres tenían edad extrema el 31% y de 20 a 34 años el 69%, entre las afecciones estuvo la preeclampsia el 15%, ITU 17%, multípara el 54%; fueron prematuros tardíos el 96%, muy prematuro el 3% y extremadamente prematuro el 1% encontrándose asociación con la prematuridad la multiparidad con p=0.02, preeclampsia p= 0.03, ITU p=0.01. En conclusión los factores maternos asociados fueron edad materna, multiparidad, preeclampsia e ITU.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Parto pretérmino

2.2.1.1. Definición

Es el nacimiento antes de los 259 días del embarazo o menor a 37 semanas de edad gestacional, contados a partir del primer día de la fecha de última menstruación.

La prematuridad trae consigo la inmadurez especialmente del sistema respiratorio además de la inmadurez traducida en la dificultad para adaptarse al medio extrauterino pudiendo provocar secuelas psicomotoras o muerte neonatal.

2.2.1.2. Etiología

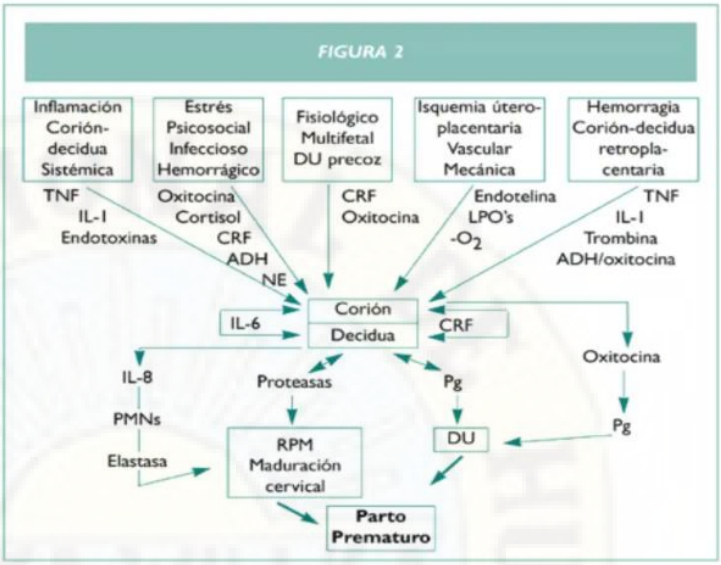
La etiología de la prematuridad es multifactorial e interacción de factores fetales, maternos, placentarios y uterinos como el bajo nivel socioeconómico, la raza, edad extrema, largos periodos de bipedestación que pueden precisar partos prematuros (24).

La prematuridad sigue siendo la mayor causa de morbimortalidad neonatal, responsable del 70% de muertes neonatales y 50% de secuelas neurológicas (23)

2.2.1.3. Fisiopatología del parto pretérmino

El parto a término, comparte fenómenos con el pretérmino; durante el embarazo se presentan contracciones uterinas débiles que es inhibida por la progesterona, óxido nítrico y relaxina; la progesterona además de inhibir las contracciones, inhibe también la maduración cervical, producción de citoquinas como eventos importantes en la desencadenante del trabajo de parto. Los estrógenos desencadenan contracciones uterinas de gran amplitud y regularidad, madurez del cérvix, activación de la decidua y membranas fetales; así como producción de oxitocina, receptores de prostaglandinas y otras proteínas asociadas a las contracciones uterinas. La producción de estrógenos en la placenta es mediada por los andrógenos adrenales producidos por el feto, siendo necesaria la activación del sistema hipotálamo hipófisis para estimular la producción de la hormona gonadotropina coriónica humana produciendo la liberación de cortisol fetal y andrógenos (25).

FISIOPATOLOGÍA DEL PARTO PREMATURO



2.2.1.4. Clasificación del parto pretérmino

- **Prematuro extremo,** o también llamados extremadamente prematuros, es considerado a los nacidos menor a las 28 semanas de edad gestacional (26). Se presenta en el 5.2% de todos los menores de 37 semanas (1).

  La mayoría de los neonatos extremos prematuros nace un peso sumamente bajo, requieren tratamiento con oxígeno, surfactante y asistencia respiratoria, además son demasiados inmaduros para succionar, deglutir y respirar al mismo tiempo, por lo que es necesario alimentación endovenosa. A menudo no pueden llorar y duermen la mayor parte del día, los ojos están cerrados y carecen de pestañas (27).

  Su piel es arrugada de color morado rojizo, porque no han tenido tiempo de acumular grasas, se ven muy delgados cuyos vasos sanguíneos se hacen visibles a través de su piel; la cara y su cuerpo están cubiertos por lanugo (27).

Estudios refieren que la mayor sobrevivencia en neonatos prematuros extremos son los que nacen con peso mayor, sexo femenino, neonatos únicos.

- **Muy prematuros,** abarca nacimientos de 28 a 31 semanas con 6 días.

  Los neonatos tienen un aspecto muy similar prematuro extremo, cerca del 95% sobreviven, muchos refieren tratamiento con oxígeno, surfactante y asistencia respiratoria. Ellos pueden llorar y moverse pero sus movimientos pueden ser bruscos, han desarrollado mejor sus reflejos, abren los ojos y comienzan a permanecer despiertos y alertas durante periodos breves y corren el riesgo de sufrir complicaciones (27).

- **Prematuros moderados,** considerado a partir de las 32 semanas hasta las 36 semanas con 6 días. Representa el 84.3% de todos los prematuros; en este subgrupo existe una subclasificación llamado prematuros tardíos representados por edades gestacionales de 34 a 36 semanas con 6 días (1, 26).

  El 99% de los neonatos prematuros a término sobrevive, la mayoría puede respirar por sí solos, sin embargo, podrían presentar problemas de nutrición, temperatura inestable e ictericia. Por lo general no hay complicaciones graves, el cerebro aún está desarrollado completamente por lo que puede padecer de problema de aprendizaje y conducta (28).

Otra clasificación es (29):

Prematuridad límite, comprende entre las 37 a 38 semanas.

Prematuridad moderada, entre 31 a 36 semanas.

Prematuridad extrema, entre 28 a 30 semanas.

Prematuridad muy extrema, menor a 28 semanas y peso inferior a 100g.

Por otro lado, la prematuridad también comprende la siguiente clasificación:

- Prematuridad leve, nacido entre las 34 a 36 semanas.
- Prematuridad moderada: nacido entre 30 y 33 semanas
- Prematuridad extrema nacido entre las 26 y 29 semanas de gestación.
- Prematuridad muy extrema, comprende a los nacidos entre los 22 a 35 semanas de embarazo.

2.2.1.5. Complicaciones del parto pretérmino

La presencia de condiciones fisiopatológicas o clínicas agravan la condición de salud del neonato y que aumenta el riesgo de fallecer.

Este es un problema de suma importancia, el índice de mortalidad de neonatos pretérmino y con bajo peso es casi 40 veces mayor que el de un recién nacido sano; de la misma forma el riesgo de desarrollar parálisis cerebral infantil es 10 veces mayor, el riesgo de presentar algún déficit mental es 5 veces más. Además, que el desarrollar deficiencias tanto visuales como 25 auditivas es mayor que en los a término. Ya que al nacer de forma prematura no permite la madurez adecuada y completa de algunos órganos, lo cual también aumenta la mortalidad neonatal (30).

El recién nacido que presenta prematuridad está implicado en la mortalidad infantil, ya que aumenta el riesgo de padecer enfermedades y complicaciones en el primer año de vida; muestran mayor labilidad para padecer distintas enfermedades con evolución tórpida. La prematuridad es un factor de riesgo importante para las infecciones respiratorias, las enfermedades

diarreicas, sepsis urinaria, y otras afecciones de carácter infeccioso, aumentando los índices de morbilidad en el recién nacido (31).

2.2.1.6. Características del Neonato pre término

- **Peso del Neonato**

  Los neonatos prematuros tienden a ser más pequeños que los niños a término; la tabla de Fenton proporciona una evaluación más precisa del crecimiento versus edad gestacional (32), clasificándose:

  - Los neonatos prematuros se clasifican en (32):
    - Extremadamente bajo al nacer, cuando el peso es menor a 1000 g.
    - Muy bajo peso al nacer, peso entre 1000 a 1499 g
    - Bajo peso al nacer, peso entre 1500 a 2500 g.

- **Aspecto externo**

  Los neonatos prematuros tienen un aspecto frágil, su piel es delgada y fina, puede ser pegajosa y se hacen visibles los vasos sanguíneos a través de la piel. Las uñas son pequeñas y blandas; la cabeza suele ser desproporcionalmente más grande en relación al cuerpo.

  Las orejas están poco desarrolladas, pegadas a la cabeza con poco o nada de cartílago; los testículos no han descendido al escroto y suelen ser muy pequeño; en las mujeres los labios mayores no cubren a los menores, el clítoris se hace prominente, tiene velo corporal con patrones respiratorios anormales, tono muscular disminuido y escasa grasa corporal (33).

2.2.2. Factores asociados al parto pretérmino

El factor de riesgo es el factor o característica específica que ocasiona que un individuo o conjunto de individuos sean vulnerables a la presencia de un acontecimiento o suceso que se caracteriza por ser no deseado, desagradable o insalubre, y que repercute en el estado de salud.

2.2.2.1. Factores personales

- **Edad materna**

  Estudios refieren que el embarazo en edades extremas como menor de 19 años y mayores de 35 años aumenta el riesgo de prematuridad (34). Por debajo o por encima de esa edad, la incidencia de prematuridad y de desnutrición intrauterina aumenta, conllevando mayor mortalidad neonatal (35).

  En el caso de las mayores de 35 años, la falta de extensibilidad de útero puede ser indicación de interrupción del embarazo.

- **Grado de instrucción**

  El grado de instrucción inferior a la secundaria sería un factor asociado a una débil adherencia del control prenatal y juntos a la vez como factores de prematuridad (36). A la vez un bajo nivel educativo genera situaciones inequitativas en posición de riesgo y vulnerabilidad con repercusión en el embarazo.

  Además, las madres educadas posponen la maternidad o buscan cuidados especializados para el control del embarazo y parto.

- **Talla materna**

  La talla menor a 1.50 m tiene más probabilidades de partos pretérminos.

2.2.2.2.Factores obstétricos

- **Paridad**

  Esta referida al número de hijos nacidos vivos y fetos muertos mayores de 20 semanas de gestación que haya tenido la madre. Estudios refieren que las multíparas y gran multíparas son factores asociados a la prematuridad (37).

  La prematuridad se relaciona con mayor frecuencia en aquellas madres que presentan antecedentes de tener un gran número de hijos, o en su defecto con tener varios hijos en un solo embarazo.

- **Atención prenatal**

  Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos orientados a la prevención de factores que puedan producir morbilidad y mortalidad materno perinatal (38). La Organización mundial de la salud recomienda como mínimo 4 controles iniciados antes de las 20 semanas de gestación (39).

  Las consultas prenatales adecuadas se relacionan con beneficios importantes durante el nacimiento, pues durante los controles prenatales se puede identificar de manera oportuna los diversos factores de riesgo para el desarrollo de la prematuridad y el bajo peso al nacer; al respecto diversas investigaciones han establecido que los controles prenatales inadecuados, se asocian con una mayor incidencia de prematuridad en los neonatos

Estudios afirman que el pobre cumplimiento de la atención prenatal es un requisito asociado al parto prematuro con un OR de 17 veces (36); sin embargo, si se cumple con al menos seis visitas al control prenatal además de que estas sean de calidad actúan como medida protectora contra el parto prematuro (37, 40).

- **IMC bajo antes del embarazo**

  Es una medida de asociación entre el peso y la talla elevado al cuadrado previos al embarazo, siendo:

  - Bajo peso: con IMC menor a 18.9.
  - Normal: IMC de 19 a 24
  - Sobrepeso: IMC de 24.1 a 29
  - Obesidad: IMC > 29.

  Tal es así que el índice de masa corporal bajo tiene mayor probabilidad de presentar prematuridad (34).

- **Antecedente de parto prematuro**

  Reportes evidencian la predisposición que tiene una gestante que tuvo parto pretérmino con probabilidad de ocurrencia de 2.5 veces más en el embarazo actual (41), otros estudios reporta que tener antecedentes previos de hijos con prematuridad aumenta 5 veces las probabilidades de tener un recién nacido prematuro.

- **Antecedente de aborto**

  Se refiere a haber padecido de un episodio de interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación, seis meses previos al presente embarazo, debido a que aumenta los partos prematuros (37).

El antecedente de aborto ocurrido en los seis meses previos incrementa el intervalo de prematuridad comparado a intervalos de 6 a 12 meses.

- **Embarazo múltiple**

  Aumenta el riesgo de prematuridad en casi 10 veces comparado a los embarazos simples (42), varía entre los grupos étnicos y también a medida que avanza la edad materna (> 40 años) incrementa la concepción asistida (43); así mismo Alarcón (21) afirma que la probabilidad aumenta 15 veces más; otros refieren que la gemelaridad aumentó significativamente la prematuridad.

- **Enfermedad Hipertensiva del embarazo**

  La hipertensión es la causa más frecuente de parto pretérmino y bajo peso al nacer, en la que el producto del embarazo se afecta tanto por la enfermedad como por el tratamiento. La enfermedad hipertensiva obliga a interrumpir el embarazo antes de su término.

  La preeclampsia constituyó la principal causa de la prematuridad en el 10.4%, sin embargo puede verse asociado a retardo de crecimiento intrauterino 5.6%, sufrimiento fetal 3.1%, desprendimiento prematuro de placenta el 0.8% (44).

- **Infección del tracto urinario e Infección vaginal en el embarazo**

  En el Perú cerca del 10% de las gestantes sufren de infecciones urinarias debidos cambios fisiológicos que ocurren en el embarazo, pero también falta de higiene y la

pobreza teniendo como principal complicación la prematuridad (45),

La bacteriuria asintomática incrementa la posibilidad de parto prematuro pero al contar con el tratamiento oportuno y adecuado la posibilidad de parto prematuro disminuye.

Las infecciones en la madre, juegan un rol en los partos prematuros incluyendo no solo a la infección del tracto urinario, infección vaginal sino también a la sífilis, infección por VIH corioamnionitis, entre otros (46).

Existen vías para producir una infección, entre ellas (30):

a) Vía ascendente, abarca desde la vagina el cérvix.
b) Hematógena, a través de la placenta
c) Retrógrada, desde la cavidad pélvica
d) Accidental, por traumas o procedimientos invasivos como amniocentesis.

La asociación de infecciones vaginales son documentados en el 5% a 10% de partos pretérminos.

- **Rotura prematura de membranas**

Es la solución de continuidad de la membrana corioamniótica antes del inicio del trabajo de parto con una prevalencia del 20% en embarazos pretérminos (47).

La rotura prematura de membranas se considera prolongada cuando el tiempo de latencia es mayor a 24 horas, incrementando la morbilidad materna.

La rotura prematura de membranas en embarazos simples es responsable del 8.5% a 51.2%; sin embargo, este puede variar según la edad gestacional (44).

2.3. Definición de términos

- **Parto pretérmino**, presencia de contracciones uterinas regulares en gestantes con edad gestacional inferior a 37 semanas y mayor de 22 semanas.

- **Prematuridad,** también llamado nacimiento prematuro que se produce antes de las 37 semanas de gestación, pudiendo ser prematuro moderado (32 a 34 semanas) y tardíos (34 a 36 semanas).

- **Factores de riesgo,** son aquellas características atribuibles que se presentan asociados con la presencia de una determinada enfermedad o el evento estudiado.

- **Infección del tracto urinario,** Presencia de organismos patógenos, debido a un proceso infeccioso en cualquier parte de las vías urinarias.

- **Rotura prematura de membranas,** consiste en la perdida de continuidad de las membranas ovulares antes del inicio de trabajo de parto.

- **Preeclampsia,** trastorno hipertensivo que se presenta después de las 22 semanas de embarazo, con una clínica de proteinuria y presión arterial mayor o igual a 140/ 90 mmHg.

2.4. Variables

Variable 1: factores asociados

Variable 2: parto pretérmino

2.5. Hipótesis

2.5.1. Hipótesis general

H_0 = No existen factores de riesgo asociados a la prematuridad en parturientas del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión Pasco. 2020.

H_1 = Existen factores de riesgo asociados a la prematuridad en parturientas del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión Pasco. 2020.

2.5.2. Hipótesis específicas

Específico 1:

H_0 = No existen factores de riesgo personales asociados a la prematuridad en parturientas del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión Pasco. 2020.

H_1 = Existen factores de riesgo personales asociados a la prematuridad en parturientas del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión Pasco. 2020.

Específico 2:

H_0 = No existen factores de riesgo gineco-obstétricos asociados a la prematuridad en parturientas del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión Pasco. 2020.

H_1 = Existen factores de riesgo gineco-obstétricos asociados a la prematuridad en parturientas del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión Pasco. 2020.

2.6. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA	TIPO DE VARIABLE
Factores asociados	Es la expresión de la carga de la enfermedad que sufre la población cuya descripción requiere la identificación de características que la definen.	Es el registro sobre características de las gestantes que padecieron con placenta previa.	Características personales	Edad materna	≤ 19 años / ≥ 35 años ( ) 20 a 34 años ( )	Nominal
				Grado de instrucción Ninguno / Primaria/Secundaria	Si ( ) No ( )	Nominal
				Talla menor a 150 cm	Si ( ) No ( )	Nominal
			Características gineco - obstétricas	IMC pre gestacional bajo	Si ( ) No ( )	Nominal
				Paridad "multigesta/gran multigesta"	Si ( ) No ( )	Nominal
				Atención prenatal < 4	Si ( ) No ( )	Nominal
				Antecedente de parto pretérmino	Si ( ) No ( )	Nominal
				Antecedente de aborto	Si ( ) No ( )	Nominal
				Ganancia de peso bajo durante el embarazo	Si ( ) No ( )	Nominal
				Embarazo múltiple	Si ( )	Nominal

					No ( )	
				Hipertensión inducida del embarazo	Si ( ) No ( )	Nominal
				Infección del tracto urinario	Si ( ) No ( )	Nominal
				Infección vaginal en el embarazo	Si ( ) No ( )	Nominal
				Rotura prematura de membranas	Si ( ) No ( )	Nominal
VARIABLE	**DEFINICION CONCEPTUAL**	**DEFINICION OPERACIONAL**	**DIMENSIONES**	**INDICADOR**	**ESCALA**	**TIPO DE VARIABLE**
Parto pretérmino			Características del Neonato	Peso	Extremadamente bajo (<1000G) Bajo peso (hasta 1499kg) Bajo peso (1500 a 2499kg) Normopeso (25000 a 3999Kg)	Ordinal
				Edad gestacional del prematuro	Prematuro extremo (<28ss) Muy prematuro (28 a 32ss) Prematuro moderado tardío (32 a 36ss)	Ordinal
				Sexo	Masculino ( ) Femenino ( )	Nominal
				Apgar del 1 minuto	0 a 3 ( ) 4 a 6 ( ) 7 a 10 ( )	Ordinal

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Ámbito temporal y espacial

3.1.1. Ámbito temporal

El estudio se desarrolló tomando en cuenta los datos secundarios de forma retrospectiva, es decir, desde enero a diciembre de 2020.

3.1.2. Ámbito espacial

El estudio comprendió al Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, ubicado a 3680 msnm, cuenta con 50 años de funcionamiento en la nueva Ciudad de San Juan Pampa - Distrito de Yanacancha , Provincia y Región Pasco.

Tiene como misión atender las referencias a nivel Regional de forma integral y especializada, comprometidos en el bienestar de la población pasqueña.

3.2. Tipo de investigación

La investigación es de tipo básica porque se profundiza en el conocimiento en búsqueda de nuevos conocimientos sin ocuparse de las aplicaciones prácticas, fomentando el conocimiento (48).

El tipo de investigación según su enfoque en cuantitativo, no experimental porque no interviene el investigador en los resultados, descriptivo porque

describe los atributos propios de la gestante tal como se identifican en la realidad; retrospectivo porque se recurre a fuentes secundarias y transversal porque los datos se recolectaron en un solo momento (49).

3.3. Nivel de investigación

El estudio corresponde al nivel relacional, porque está orientada a buscar asociaciones entre dos o más variables independientes (50), es decir demuestran dependencia entre diferentes eventos sin establecer relación de causa-efecto (51).

3.4. Métodos de investigación

Los métodos aplicados fueron unos de forma general y otro método específico, siendo estos:

3.4.1. Método general

Se utilizó el método inductivo, este método es una variante del método científico que consiste en partir de la información recogida mediante sucesivas observaciones para la generalización (48).

3.4.2. Método específico

El método descriptivo porque se identificó algunas características de un fenómeno para dar a conocer tal como se presenta en la realidad (52).

3.5. Diseño de investigación

El diseño es el plan metodológico concebido para responder a la pregunta de investigación (49); por tanto, se aplicó el diseño relacional, siendo:

Donde:

O_1 = factores de riesgo

O_2 = prematuridad

3.6. Población, muestra y muestreo

3.6.1. Población

La población en un conjunto de todos los elementos que poseen características comunes a ello (53). En ese sentido, estuvo conformada por todas las parturientas con hijos prematuros atendidos en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco durante el periodo enero a diciembre de 2020.

3.6.2. Muestra

La muestra es la parte o fracción representativa de la población con la finalidad de estudiar las características del mismo (53), para el estudio se abordó a toda la población por ser alcanzable, conocida y factible, es decir estuvo conformada por las 98 parturientas que tuvieron un hijo prematuro en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, de enero a diciembre de 2020.

3.6.3. Muestreo

El muestreo no fue necesario aplicar.

3.7. Instrumentos y técnicas para la recolección de datos

3.7.1. Instrumento

El instrumento es el medio para obtener los datos del estudio y en consecuencia los resultados (53). En el estudio se utilizó de la Ficha de registro, en el que se condensa la información sobre los factores asociados a la prematuridad; dicho instrumento fue elaborado por las investigadoras tomando en cuenta la naturaleza del estudio y fue validado cualitativamente a través del juicio de expertos.

3.7.2. Técnica

La técnica consiste en aplicar un instrumento a través de diversos medios a través de los cuales se efectúa el método (52); por tanto, en el estudio se aplicó la técnica del análisis documental.

El análisis documental es el análisis de contenido de las fuentes documentales, consiste en extraer de un documento los elementos más significativos para el estudio (53) como en este caso fueron registros de atenciones e historias clínicas.

3.8. Procedimiento de recolección de datos

- **Primero**: Se solicitó el permiso correspondiente al Director del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión Pasco.
- **Segundo**: Se tuvo reunión de coordinación con el jefe del servicio de Ginecoobstetricia para acceder al libro de registros de partos.
- **Tercero**: Se estableció un horario para la revisión de la historia clínica.
- **Cuarto:** Se procedió con la aplicación de la ficha de registro.

3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Las fichas de registro fueron ordenadas y codificadas para luego elaborar una base de datos en el Microsof Excel para luego exportar al Spss versión 24 y posterior análisis de acuerdo a la naturaleza del estudio. Organizando la información en tablas de frecuencias absolutas y relativas, acorde a las categorías de las variables.

3.10. Descripción de la prueba de hipótesis

Se realizó un análisis bivariado a 50 través de la prueba no paramétrica de Chi cuadrado de Independencia que permitió determinar el grado de asociación entre las variables consideradas en el presente estudio; considerándose en la significancia estadística de las pruebas el valor $p <$ de 0,05; como valor de referencia para aceptar o rechazar las hipótesis planteadas en la investigación.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Análisis de información

Tabla N. 1: Características del neonato prematuro de las parturientas del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión Pasco, 2020.

Característica	Frecuencia	Porcentaje
Peso		
1000 a 1499 Kg	6	6.1%
1500 a 2499 Kg	80	81.6%
2500 a 4000 Kg	12	12.2%
Prematuridad		
Prematuro moderado	17	17.3%
Prematuro tardío	81	82.7%
Sexo		
Masculino	57	58.2%
Femenino	41	41.8%
Apgar al 1´.		
0 a 3	10	10.2%
4 a 6	27	27.6%
7 a 10	61	62.2%

Fuente: Ficha de registro aplicado en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, 2020.

En la tabla 1 sobre la característica peso del neonato prematuro se halló entre 1500g a 2499 g en el 81.6% (80); entre 2500g a 4000g el 12.2% (12) y de 1000g a 1499g el 6.1% (6).

Respecto a la prematuridad, es prematuro tardío el 82.7% (81) y prematuro temprano el 17.3% (17).

El sexo del neonato es masculino el 58.2% (57) y femenino el 41.8% (41).

El Apgar al minuto es de 7 a 10 en el 62.2% (61), de 4 a 6 el 26.7% (27) y de 0 a 3 el 10.2% (10).

Tabla N. 2: Factores personales asociados a la prematuridad en parturientas del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión Pasco, 2020.

Factores personales	Prematuridad				X^2	Sig.	OR	Límite inf - superior
	Prematuro moderado		Prematuro tardío					
	N°	%	N°	%				
Edad: ≤ 19 y ≥ 35 años	5	5.1%	29	29.6%	0.253[a]	0.61	-----	------
Nivel de instrucción inferior a secundario	13	13.3%	53	54.1%	0.779[a]	0.37	-----	-------
Talla menor de 1.50 cm	4	4.1%	29	29.6%	0.948[a]	0.33	-----	--------

Fuente: Ficha de registro aplicado en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, 2020.

En la tabla 2, sobre los factores personales asociados a la prematuridad en parturientas se identificó a la edad extrema en el 5.1% (5) de los prematuros moderados y el 29.6% (29) en prematuro tardío, con un p-valor de 0.6, por tanto no existe asociación entre edad extrema y prematuridad.

Respecto al nivel de instrucción secundario o inferior el 13.3% (13) corresponde a prematuro moderado y el 54.1% (53) en prematuros tardíos con un p – valor de 0.7, por tanto no existe asociación entre nivel educativo secundario o inferior y la talla menor a 1.5m.

Tabla N. 3: Factores gineco - obstétricos asociados a la prematuridad en parturientas del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión Pasco, 2020.

Factores gineco - obstétricos	Prematuridad				X^2	Sig.	OR	Límite inferior superior
	Prematuro moderado		Prematuro tardío					
	N°	%	N°	%				
Multípara/gran multípara	7	7.1%	25	25.5%	0.679[a]	0.410	------	------
Atención Prenatal < 4	9	9.2%	37	37.8%	0.298[a]	0.585	------	------
IMC bajo al inicio embarazo	5	5.1%	23	23.5%	0.007[a]	0.933	------	------
Antecedente de parto prematuro	7	7.1%	12	12.2%	0.012[a]	0.012	4.025	1.282 – 1 2.636
Antecedente de aborto	8	8.2%	9	9.2%	12.664[a]	0.000	7.111	2.190 – 23.091
Embarazo múltiple	2	2.0%	5	5.1%	0.662[a]	0.416	------	------
Ganancia de peso bajo en el embarazo	9	9.2%	31	31.6%	1.252[a]	0.263	------	------
Hipertensión inducida en el embarazo	6	6.1%	20	20.4%	0.810[a]	0.368	------	------
Infección del tracto urinario	8	8.1%	13	13.1%	0.014a	0.015	5.01	2.312 – 9.962
Infección vaginal en el embarazo	12	12.2%	59	60.2%	0.036a	0.850	------	------
Rotura prematura de membranas	7	7.1%	12	12.2%	0.012a	0.012	4.025	1.282 – 1 2.636

Fuente: Ficha de registro aplicado en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, 2020.

En la tabla 3, sobre los factores gineco-obstétricos se halló multiparidad o gran multiparidad en el 7.1% (7) de los prematuros moderados y el 25.5% (25) en prematuros tardíos, con un p-valor 0.4% por tanto no existe asociación.

Respecto a la atención prenatal menor a 4 fue del 9.2% (9) en prematuros moderados y 37.8% (37) en prematuros tardíos, con un p-valor de 0.5 por tanto no existe asociación.

El antecedente de parto prematuro se observó en el 7.1% (7) de prematuros moderados y el 12.2% (12) de prematuros tardíos, con un p-valor de 0.01, por tanto existe asociación con un OR = 4.0 (IC = 95% 1.2 a 12.6).

El antecedente de aborto se halló en el 8.2% (8) de los prematuros moderados y 9.2% (9) con prematuros tardíos con p-valor 0.00, por tanto Existe asociación significativa con OR = 7.1 (IC: 95%, 2.1 – 23.0).

El embarazo múltiple se identificó en el 2% (2) de los prematuros moderados y el 5.1% (5) de los prematuros tardíos, con un p-valor de 0.4, por tanto no existe asociación.

La ganancia de peso bajo en el embarazo se halló el 9.2% (9) de los prematuros moderados y el 31.6% (31) de los prematuros tardíos, con un p-valor de 0.2, por tanto no existe asociación.

Respecto a la morbilidad la hipertensión inducida por el embarazo se identificó el 6.1% (6) en prematuros moderados y 20.4% (20 prematuros tardíos con un p-valor de 0.3, por tanto, no existe asociación entre HIE y prematuridad.

La infección del tracto urinario se halló el 8.1% (8) en prematuros moderados y el 13.1% (13) en prematuros tardíos con p-valor de 0.01, por tanto existe asociación significativa con OR = 0.01 (IC:95% 2.3 – 9.9).

La infección vaginal en el embarazo se halló el 12.2% (12) en prematuros moderados y 60.2% (59) en prematuros tardíos, con p-valor de 0.8 por tanto no existe asociación.

La rotura prematura de membranas se halló el 7.1% (7) en prematuros moderados y el 12.2% (12) de prematuros tardíos, con p-valor 0.012 por tanto existe asociación y OR: 0.01 (IC: 95% 1.2 – 12.6).

4.2. Prueba de hipótesis

1. Formulación de la hipótesis nula (Ho) e hipótesis alterna (Ha)

H_0 = No existen factores de riesgo asociados a la prematuridad en parturientas del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión Pasco. 2020.

H_1 = Existen factores de riesgo asociados a la prematuridad en parturientas del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión Pasco. 2020.

2. Selección del nivel de significancia

El nivel de significancia esta dado por $\alpha = 0.05$, por tanto:

P-valor < α = 0,05: se rechaza la Ho y se acepta la Ha

P-valor >α = 0,05: se rechaza la Ha y se acepta la Ho

3. Elección de la prueba estadística

La prueba estadística utilizada es la Chi cuadrada, para el cálculo de las frecuencias esperadas.

Para ello tomar en cuenta el cálculo de los grados de libertad se tomó en cuenta:

Grados de libertad = (N° filas – 1) por ((N° columnas -1); siendo = 1.

Para el estudio:

Si $X^2 = 3.84$, el test es significativo (se rechaza H0) con $p < 0.05$.

El valor de p o significancia estadística es una medida de la fuerza de evidencia en contra de la hipótesis nula.

Aplicar las correcciones como la corrección de yates, es conservadora en el sentido de disminuir la X^2 con el fin de que sea más difícil demostrar la significancia estadística.

En el caso que el valor esperado sea menor a 5, es mejor utilizar a realizar la prueba del test exacto de Fisher.

Para determinar la magnitud de la asociación se utilizó la razón de ventajas, razón de momios u Odds Ratio.

La hipótesis nula (H_0) es que la OR = 1.

La hipótesis alterna (Ha) es que la OR $\neq$ 1.

La razón de ventajas o razón del producto cruzado (OR) mide la fuerza de asociación entre el factor de riesgo y una enfermedad o daño.

OR > 1, Si su valor es superior a la unidad, el factor que se estudia puede ser considerado como de riesgo.

OR = 1. Cuando la OR tiene un valor 1 o nulo, el factor en estudio se comporta de forma indiferente, carente de influencia sobre el desarrollo de la enfermedad. OR < 1. Si es inferior a la unidad, el factor es valorado como protector del proceso que se investiga Independientemente de la estimación puntual del OR, es necesario estimar un intervalo de confianza que determine los límites de variación debida al azar que experimentan todos los parámetros. Este intervalo depende de las pruebas de significación estadística. Los intervalos de confianza nos proporcionan unos valores límite, entre los que puede encontrarse el parámetro que estamos estudiando.

Los intervalos de confianza

Si el intervalo de confianza incluye entre sus extremos el valor nulo, es decir el 1, la OR obtenido no es significativo desde el punto de vista estadístico.

• Si la estimación puntual del OR es > de 1 y el límite inferior del intervalo de confianza calculado también es mayor de 1, indica que el OR obtenido 65 es significativo desde el punto de vista estadístico, es decir, indica que la fuerza de la asociación entre el factor de riesgo y la enfermedad o daño, es significativa, y que el factor estudiado es un factor de riesgo.

• Si la estimación puntual del OR es < de 1, y el límite superior del intervalo de confianza calculado también es menor de 1, indica que el OR obtenido es significativo desde el punto de vista estadístico, es decir, indica que el factor estudiado es de protección.

• Si el OR= 1 o al calcular el intervalo de confianza, el 1 está incluido entre sus límites, significa que no existe asociación. Nota: El intervalo de confianza es directamente proporcional a las pruebas estadísticas de asociación. Cuando la "chi" cuadrado sea significativa, el intervalo de confianza no incluirá el valor nulo, y viceversa, cuando la "Chi" cuadrado

no alcance la significación para el máximo error alfa tolerado, el intervalo englobara la unidad.

4. Toma de decisión

   Está en función al p-valor obtenido para aceptar la asociación, en este caso los factores fueron agrupados debiendo disgregar para su análisis correspondiente.

4.3. Discusión de los resultados

Los prematuros corresponden a moderados prematuros el 17.3% y prematuro tardío el 82.7%; es decir todas las prematuridades comprendieron desde las 32 a 37 semanas de edad gestacional agrupados desde las 32 a 33 semanas con seis días y desde las 34 semanas hasta las 36 semanas con 6 días (1, 26), resultados similares a Granda (12) al hallar mayor frecuencia en prematuros tardíos probablemente porque a través del tele consulta obstétrica se estuvo muy al endiente de la salud de las gestantes.

El sexo con mayor frecuencia es masculino el 58.2% seguido del 41.8%; el Apgar al nacimiento es de 7 a 10 el 62.2%, de 4 a 6 el 27.6%, pesos entre 1500 g a 2499 g en el 81.6%; todos ellos coherentes con aspectos propios de la prematuridad porque suelen ser más pequeños con tejido muscular disminuido dado que no pudieron llegar a las 37 semanas para una ganancia de peso y grasa corporal como en los neonatos a término (33).

Los factores personales tales como edad extrema, grado de instrucción inferior al secundario y talla menor a 1.50m no se asociaron con la prematuridad; estos resultados difieren de Salazar (20) porque se desarrolló en Huánuco cuyo clima favorece a la maduración biológica de la mujer en el caso de las adolescentes; así mismo, estudios como Quispe (19) y Sernaque (18) afirman que en las adolescentes hay mayor susceptibilidad a complicaciones como la prematuridad y en el caso de las adultas mayores de 35 años por la falta de

extensibilidad del útero (35), así mismo las madres con educación baja no aseguran un cuidado responsable que el embarazo requiere.

Los factores gineco-obstétricos no asociados a la prematuridad son la multiparidad y gran multiparidad con frecuencia del 32.6%; atención prenatal inferior a 4 en el 47%; el índice de masa corporal materno bajo al inicio del embarazo se presentó en el 28.6%. Estos resultados difieren de Montero et al (11) al identificar asociación con la multiparidad probablemente porque el estudio abordó mayor cantidad de elementos muestrales, así mismo difieren de Escobar (13) y Reátegui (22), probablemente porque el presente estudio involucró solo a los prematuros sin considerar a los neonatos a término y porque son climas opuestos. Al respecto, se podría afirmar que a mayor paridad en espacios intergenésicos cortos, mayor riesgo de prematuridad por los cambios anatomo fisiológicos que el embarazo trae consigo y con respecto a la atención prenatal la organización mundial de la salud considera como adecuados mínimos de 4 atenciones prenatales, alcances que se oponen a los hallazgos probablemente por la escaza muestra tomada.

Del mismo modo, el embarazo múltiple y la ganancia de peso bajo en el embarazo se presentan en el 7.1% y 40.8% respectivamente con p – valor superior al 0.005 no hallándose asociación con la prematuridad; resultados que difieren con Dueñas (17) y Carrillo (16), quienes afirman que al tener un IMC bajo no tendrían los nutrientes necesarios para asegurar la culminación del embarazo (34) estas diferencias podrían deberse a que las gestantes propias de la altura tienen como hábito el consumo de alimentos saludables.

Entre los factores asociados a la prematuridad se halló el antecedente de parto prematuro con una frecuencia del 19.3% con un p – valor menor a 0.05, estableciendo asociación significativa con probabilidades de presentar cuatro veces más la prematuridad tardía; resultados similares a al afirmar que este evento tiene una probabilidad de ocurrencia del 2.5 veces más en el embarazo actual (41), ello probablemente porque las gestantes podrían tener alguna predisposición asociada como las infecciones no tratadas y anemia.

El antecedente de aborto en los últimos seis meses antes previos al embarazo se presentó en el 17.4%, con un p – valor menor a 0.05, estableciendo asociación significativa con probabilidades de presentar siete veces más la prematuridad tardía ello probablemente se deba a la necesidad de realizarse como madre si permitir restablecer su organismo o también relacionado con el nivel educativo el desconocimiento para una planificación familiar adecuada.

La infección del trato urinario y la rotura prematura de membranas se presentó en el 21.2% y 19.3% respectivamente, con p-valor inferior a 0.05 estableciendo asociación con la prematuridad, resultados similares a Demestre (14), Sernaque (18) Escobar (13), Rivera (15), Carrillo (16), Dueñas (17) y Salazar probablemente porque los contextos son desarrollados en Perú con similares contextos, al contar con patologías como la infección urinaria presentada en su mayoría a través de la bacteriuria asintomática con tratamientos inadecuados, pues las gestantes en el 2020 tuvieron limitaciones al acceso de tratamientos y diagnósticos oportunos dados en las atenciones prenatales por la repercusión de la pandemia al cerra consultorios.

CONCLUSIONES

1. Las características del neonato prematuro son sexo masculino el 58.2%, pesos de 1500 g a 2499 g el 81.6%, corresponden a prematuros moderados el 17.3% y prematuro tardío el 82.7% y el Apgar de 7 a 10 el 62.2%.
2. Los factores personales edad extrema, nivel de instrucción inferior al secundario y talla menor a 1.50m no están asociadas a la prematuridad.
3. Entre los factores gineco-obstétricos asociados a la prematuridad se asocian el antecedente de parto prematuro, el antecedente de aborto, la infección del tracto urinario y la rotura de prematura de membranas todos con p-valor inferior a 0.05.

RECOMENDACIONES

- Garantizar el acceso universal a la educación para empoderar a las adolescentes conocimientos básicos que necesitan para tomar decisiones como cuando acceder a la atención prenatal.
- Brindar a las mujeres educación sexual y atención prenatal de calidad como estrategias para prevenir los partos prematuros.
- Cumplir con los tiempos destinados para la atención prenatal a fin de identificar oportunamente los factores de riesgo de la prematuridad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Blencowe H, Cousens S, Chou D, Oestergaard M, Say L, Moller A-B, et al. Born too soon: the global epidemiology of 15 million preterm births. Reproductive health. 2013;10(1):1-14.
2. Liu L, Johnson HL, Cousens S, Perin J, Scott S, Lawn JE, et al. Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. The lancet. 2012;379(9832):2151-61.
3. Morgan-Ortiz F, Cinco-Sánchez A, Douriet-Marín FA, Báez-Barraza J, Muñoz-Acosta J, Osuna-Ramirez I. Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con nacimiento pretérmino. Ginecología y Obstetricia de México. 2010;78(02):103-9.
4. Wenham C, Smith J, Morgan R. COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. The Lancet. 2020;395(10227):846-8.
5. 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. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2016;81(4):330-42.
6. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Peñaranda Ospina CB. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2016;81(3):243-53.
7. Mesías Molina LY. Prevalencia de parto pretérmino en pacientes con infección de vías urinarias en el área de gineco-obstetricia del Hospital Provincial General de Latacunga en el período junio 2011-junio 2012 2014.
8. Maness SB, Buhi ER. Associations between social determinants of health and pregnancy among young people: a systematic review of research published during the past 25 years. Public Health Reports. 2016;131(1):86-99.
9. Carrillo C, Wong A. Factores asociados al embarazo pre-término a nivel del mar y la altura. Acta andin. 1994:19-28.
10. peruano MdS. Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Fetal y Neonatal en el Perú. 2017.

11. Montero Aguilera A, Ferrer Montoya R, Paz Delfin D, Pérez Dajaruch M, Díaz Fonseca Y. Riesgos maternos asociados a la prematuridad. Multimed. 2019;23(5):1155-73.
12. Granda RCD, Granda LED. Factores fetales asociados a prematuridad. Archivos de Medicina (Manizales). 2020;20(1):97-106.
13. Escobar-Padilla B, Gordillo-Lara LD, Martínez-Puon H. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2017;55(4):424-8.
14. Guasch E, Alsina E, Díez J, Ruiz R, Gilsanz F. Hemorragia obstétrica: estudio observacional sobre 21.726 partos en 28 meses. Revista Española de Anestesiología y reanimación. 2009;56(3):139-46.
15. Rivera de Mendoza RM. Caracterización de madres con partos prematuros atendidas en el Hospital Nacional "Enfermera Angelica Vidal de Najarro" San Bartolo, municipio de Ilopango, San Salvador, El Salvador, en el período de Julio 2017 a Junio 2018: CIES UNAN Managua; 2019.
16. Carrillo GK, Sanguineti MA. Anatomía del piso pélvico. Revista medica clinica las condes. 2013;24(2):185-9.
17. Dueñas Cabada FA. Factores materno-perinatales asociados a prematuridad en el hospital Regional Ayacucho Miguel Ángel Mariscal Llerena durante julio diciembre 2019. 2020.
18. Sernaque Anastacio KE. Factores maternos y fetales asociados a prematuridad en recién nacidos atendidos en el servicio de neonatología del hospital Santa Rosa, Piura 2019. 2020.
19. Quispe Adco R. Prevalencia y factores asociados a prematuridad del recien nacido en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo de agosto 2016 y julio 2017. 2018.
20. Salazar G, Roxana E. FACTORES MATERNOS RELACIONADOS CON LA PREMATURIDAD, SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO 2018. 2018.

21. Alarcón Celedonio JC. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes, Hospital Nacional Docente Madre-Niño “San Bartolomé”-2016. 2017.
22. Cama Reátegui MdP. Gestión de la Atención Prenatal en los Establecimientos del Ministerio de Salud. 2016.
23. Alvarado Vargas AC. Factores de riesgo maternos y prematuridad servicio de neonatologia HRDC 2016. 2018.
24. Hübner MEG, Nazer Herrera J, De León GJ. Strategies to improve survival in extreme premature birth Estrategias para mejorar la sobrevida del prematuro extremo. 2009.
25. Ll C. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Protocolos asistenciales en obstetricia Infección urinaria y embarazo Barcelona: Ediciones Mayo. 2004.
26. Howson CP, Kinney MV, McDougall L, Lawn JE. Born too soon: preterm birth matters. Reproductive health. 2013;10(1):1-9.
27. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. Obstetrícia de Williams-25: McGraw Hill Brasil; 2021.
28. Ricardo Schwarcz RFyCD. Obstetricia. El Ateneo. 2005;23 edición.
29. Pacheco-Romero J. Parto pretérmino, avances y retos: A manera de prólogo. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2018;64(3):393-8.
30. Mongrut A. Tratado de obstetricia normal y patológica. Perú. 2000;200:652-5.
31. Jaramillo-Prado JJ, López-Giraldo IR, Arango-Gómez F. Factores asociados con parto pretérmino en el tercer nivel de atención en salud en Manizales. Julio 2004-Junio 2005. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2006;57(2):74-81.
32. Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, Osterman MJ, Kirmeyer S, Mathews T, et al. Births: final data for 2009. National vital statistics reports: from the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System. 2011;60(1):1-70.
33. Gutiérrez Moro C, de Tapia Barrios J. Nutrición y crecimiento del recién nacido de riesgo. Vox pediátrica. 2007;15(1):30-5.

34. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. The lancet. 2008;371(9606):75-84.
35. Coutiño SIR, González RR, Herrera RJH. Risk Factors of Prematurity. A Case-Control Study. Ginecologia y obstetricia de Mexico. 2013;81(09):499-503.
36. Paz-Zulueta M, Llorca J, Sarabia-Lavín R, Bolumar F, Rioja L, Delgado A, et al. The role of prenatal care and social risk factors in the relationship between immigrant status and neonatal morbidity: a retrospective cohort study. PLoS One. 2015;10(3):e0120765.
37. Ghosh JKC, Wilhelm MH, Dunkel-Schetter C, Lombardi CA, Ritz BR. Paternal support and preterm birth, and the moderation of effects of chronic stress: a study in Los Angeles County mothers. Archives of women's mental health. 2010;13(4):327-38.
38. Reyes M, Ruíz C. Factores de riesgo de parto pretérmino. Estudio caso control Hospital Nacional Sergio E Bernales Mayo-setiembre. 2003.
39. Salud Md. Atención Prenatal reenfocada. 2016;1:10-5.
40. Organization WH. Department of Reproductive Health and Research. Randomized Trial WHO antenatal care: a manual for the implementation of the new antenatal care model; 2003. 2012.
41. Dildy Gari A. Cínicas de Ginecología y obstetricia Temas actuales. Monitoreo fetal preparto e intraparto. 1999;4.
42. Blondel B, Macfarlane A, Gissler M, Breart G, Zeitlin J. General obstetrics: Preterm birth and multiple pregnancy in European countries participating in the PERISTAT project. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2006;113(5):528-35.
43. Crowell JA, Feldman SS. Mothers' internal models of relationships and children's behavioral and developmental status: A study of mother-child interaction. Child development. 1988:1273-85.
44. Ananth CV, Joseph KS, Oyelese Y, Demissie K, Vintzileos AM. Trends in preterm birth and perinatal mortality among singletons: United States, 1989 through 2000. Obstetrics & Gynecology. 2005;105(5):1084-91.

45. Lucio L, Escudero A, Rodríguez-Vega E, Vázquez-Caamaño M, Vaquerizo O, Herrera F. Asociación entre las infecciones del tracto urinario y el parto pretérmino. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2005;48(8):373-8.
46. Simonsen KA, Anderson-Berry AL, Delair SF, Davies HD. Early-onset neonatal sepsis. Clinical microbiology reviews. 2014;27(1):21-47.
47. González JAS, Machado MG, Rozan ARN, Iza VPG. La rotura prematura de membranas pretérmino y su relación con las consecuencias maternas y perinatales. Acta Médica del Centro. 2016;10(3):40-7.
48. Caballero A. Metodología de la investigación científica. Editorial Udegraf SA Lima. 2000.
49. Artiles Visbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. Metodología de la Investigación para las Ciencias de la Salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2009:169-81.
50. Hernández Sampieri R, Zapata Salazar N, Mendoza Torres C. Metodología de la investigación para bachillerato. Enfoque por competencias México: McGraw-Hill Editorial. 2013.
51. Supo JA. Metodología de la Investigación. Bioestadístico. 2012.
52. Sánchez Carlessi H, Reyes Romero C, Mejía Sáenz K. Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística. 2018.
53. Uribe FGO. Diccionario de metodología de la investigación científica: Editorial Limusa; 2003.

ANEXO

ANEXO A:

Matriz de consistencia

FACTORES ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN PARTURIENTAS DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DANIEL ALCIDES CARRION PASCO, 2020

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	METODOLOGÍA
Problema general ¿Cuáles son los factores asociados a la prematuridad en parturientas del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco 2020? **Problemas específicos** • ¿Cuáles son las características de los neonatos prematuros en parturientas del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco 2020. • ¿Cuáles son los factores de riesgo personales asociados a la prematuridad en parturientas del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco 2020? • ¿Cuáles son los factores de riesgo obstétricos asociados a la prematuridad en parturientas del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco 2020?	**Objetivo general** Determinar los factores asociados a la prematuridad en parturientas del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco 2020. **Objetivos específicos** • Caracterizar a los neonatos prematuros en parturientas del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco 2020. • Analizar los factores de riesgo personales asociados a la prematuridad en parturientas del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco 2020. • Analizar los factores de riesgo gineco obstétricos asociados a la prematuridad en parturientas del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco 2020.	El estudio obedeció a la necesidad de conocer ellos factores asociados a la prematuridad en parturientas del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, Pasco 2020 En el 2017, alrededor de 6000 niños peruanos su primer día fue también su último día originadas por complicaciones de la prematuridad sobre todo en las áreas rurales y pobres como la Sierra, donde el nivel educativo es bajo (10). La prematuridad tiene un elevado costo físico, familiar económico a largo plazo, cuya incidencia se encuentra en países pobres por su baja condición económica y política sanitaria deficiente. Por tanto, a prematuridad constituye una preocupación permanente, siendo su incidencia más frecuente en los países en vías de desarrollo, convirtiéndose en una de las determinantes infantiles más importantes que influyen para que un recién nacido tenga un crecimiento y desarrollo saludable en el periodo neonatal. El costo de los cuidados neonatales de un pretérmino y los trastornos a corto y largo plazo representa una carga para las familias y sociedad, los resultados permiten realizar monitoreos y seguimientos en los controles prenatales a fin de evitar las consecuencias desfavorecedoras para el binomio madre niño.	Factores de riesgo Prematuridad	Personal Gineco - obstétrico Prematuro extremo Muy prematuro Prematuro moderado Características del Prematuro	**Nivel de investigación** El nivel de investigación es descriptivo **Tipo de investigación** investigación observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Diseño de Investigación El estudio corresponde a un diseño relacional Esquema: M = factores asociados O = prematuridad **Población, muestra, muestreo** La población estuvo conformada por 98 parturientas con hijos prematuros en el Hospital Regional Daniel A. Carrión en el 2020. **Muestra:** Conformado por 98 parturientas de prematuros en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión 2020. **Instrumento y técnicas:** ficha de registro y análisis documental. **Procesamiento de datos**: se utilizó la estadística inferencial .

ANEXO B:

Instrumento de recolección de datos

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN PARTURIENTAS DEL HOSPITAL REGIONAL DANIEL ALCIDES CARRION PASCO, 2020

FICHA DE REGISTRO

Instrucciones: A continuación, se debe completar o marcar acorde a la información solicitada tomada de las historias clínicas y demás registros del Hospital Daniel Alcides Carrión, debiendo excluir a las historias clínicas den procesos legales.

Código N° ……. ☐

I. Datos personales

- **Edad materna**

  ≤ 19 años ☐ 20 a 34 años ☐ ≥ 35 años ☐

- **Grado de instrucción "hasta secundaria"**

  Si ☐ No ☐

- **Paridad "multigesta/gran multigesta"**

  Si ☐ No ☐

- **Control prenatal menor a 4**

  Si ☐ No ☐

- **IMC bajo al inicio del embarazo**

  Si ☐ No ☐

- **Talla menor a 1.50cm**

  Si ☐ No ☐

- **Antecedente de parto prematuro**

  Si ☐ No ☐

- **Antecedente de aborto (menor a 6 meses previos al presente embarazo)**

  Si ☐ No ☐

- **Ganancia de peso bajo durante el embarazo**

Si ☐ No ☐

Embarazo múltiple

Si ☐ No ☐

- **Enfermedad hipertensiva del embarazo**

Si ☐ No ☐

- **Infección del trato urinario en el embarazo**

Si ☐ No ☐

- **Infección vaginal en el embarazo**

Si ☐ No ☐

- **Rotura prematura de membranas**

Si ☐ No ☐

II. Características del neonato:

- Peso: ……..
- Edad gestacional al nacimiento: ……..
- Sexo Masculino ☐ Femenino ☐
- Apgar al 1´. ☐ ☐

  0 a 3 ☐

  4 a 6 ☐

  7 a 10 ☐

ANEXO C:

Validación del instrumento de investigación

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
(Creada por Ley 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Ficha de evaluación del instrumento de investigación por el criterio de experto o Juez

Instrumento: ficha de registro

Investigación: Factores de riesgo asociados a la prematuridad en parturientas del Hospital Departamental Daniel Alcides Carrión Pasco, 2020.

1. DATOS GENERALES

1.1. Apellidos y nombres del Juez : _____
1.2. Grado académico : _____
1.3. Mención : _____
1.4. DNI/ Celular : _____
1.5. Cargo e institución donde labora : _____
1.6. Lugar y fecha : _____

2. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables.					
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					
4. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada.					
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					
6. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.					
8. COHERENCIA	Entre variables, dimensiones, indicadores e ítems.					
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					
10. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.					

CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)	A	B	C	D	E

CALIFICACIÓN GLOBAL: Coeficiente de validez $= \frac{1\,x\,A + 2\,x\,B + 3\,x\,C + 4\,x\,D + 5\,x\,E}{50}$

$=$ -----

3. **OPINIÓN DE APLICABILIDAD** (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado).

CATEGORÍA		INTERVALO
No válido, reformular	◯	[0,20 – 0,40]
No válido, modificar	◯	<0,41 – 0,60]
Válido, mejorar	◯	<0,61 – 0,80]
Válido, aplicar	◯	<0,81 – 1,00]

4. **RECOMENDACIONES:**

……
……
……
……
……
……

……..
Firma del Juez

ANEXO D:

Autorización del Establecimiento de Salud

HOSPITAL REGIONAL DANIEL ALCIDES

CARRION – PASCO

"Año del Bicentenario del Perú"

EL AREA DE ADMISION DEL HOSPITAL REGIONAL DANIEL ALCIDES CARRION – PASCO

HACE CONSTAR:

Que las señoritas: ***ISIDRO ROBLES Darilyn Hensley*** con DNI N° ***71256935*** y ***BASUALDO BERNUY, Gaby Zarela*** con DNI N° **42917202** quienes realizaron la recolección de datos de 98 historias clínicas físicas, en fichas de registros para el proyecto de tesis ***"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN PARTURIENTAS DEL HOSPITAL REGIONAL DANIEL ALCIDES CARRION PASCO, 2020"*** con **Resolución N° 468-2021-D-FCS-R-UNH** de la Universidad de Huancavelica de la especialidad en ***'EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO'***.

Se expide la presente constancia a solicitud de las interesadas, para los fines que estime pertinente

Cerro de Pasco 18 de Octubre del 2021

APENDICE E:

Evidencias fotográficas

Fotografía N.1: Aplicación del instrumento de recolección de datos en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión Pasco, 2020.

Fotografía N.2: Revisión de las historias clínicas del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión