

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA

TESIS

**FACTORES DETERMINANTES DE LA
PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL III**

IQUITOS DE ESSALUD

2018 - 2019

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORES: Bach. LUXANDRA STEFANY CAIÑA LOPEZ

Bach. TANY EMILAURY VELA ACOSTA

ASESORA: OBST. SARITA TORRES LIMA

IQUITOS - PERÚ

2021

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ - UCP

El presidente del Comité de Ética de la Universidad Científica del Perú - UCP

Hace constar que:

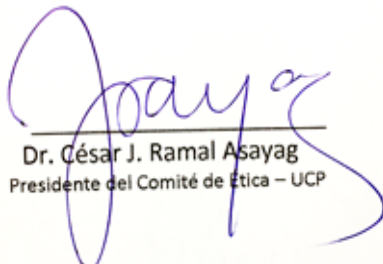
El Trabajo de Investigación titulado:

**“FACTORES DETERMINANTES DE LA PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL III
IQUITOS DE ESSALUD 2018 - 2019”**

De los alumnos: **LUXANDRA STEFANY CAIÑA LOPEZ Y TANY EMILAURY VELA ACOSTA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, pasó satisfactoriamente la revisión por el Software Antiplagio, con un porcentaje de **6% de plagio**.

Se expide la presente, a solicitud de la parte interesada para los fines que estime conveniente.

San Juan, 6 de abril del 2021.



Dr. César J. Ramal Asayag
Presidente del Comité de Ética – UCP

DEDICATORIA

Dedicamos esta tesis a nuestros maestros, entre ellos médicos y obstetras del Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital III Iquitos de EsSALUD por habernos acompañado en todo el proceso de nuestro desarrollo como profesionales competentes y el apoyo brindado para la ejecución de este estudio de investigación.

A nuestras familias: **Caiña López** y **Vela Acosta**, por su apoyo incondicional a lo largo de todos estos años de estudio, por no permitirnos desmayar ante los obstáculos.

LUXANDRA STEFANY CAIÑA LOPEZ.
TANY EMILAURY VELA ACOSTA.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos en primer lugar a nuestra casa de estudios por habernos acogido todos estos años valiosos y significativos, al mismo tiempo agradecer a nuestros maestros, entre ellos médicos y obstetras por habernos acompañado en todo el proceso de nuestro desarrollo como profesionales competentes.

Nuestro agradecimiento va también para el Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital III Iquitos de EsSALUD, donde realizamos nuestro internado hospitalario y al mismo tiempo donde ejecutamos el estudio de nuestra tesis.

Y un agradecimiento especial a Dios y a nuestras familias: **Caiña López** y **Vela Acosta**, por habernos inculcado los valores necesarios para poder seguir en esta lucha por nuestros objetivos y por no permitirnos desmayar en todo este proceso. Nuestra admiración y respeto para cada uno de ellos.

LUXANDRA STEFANY CAIÑA LOPEZ.
TANY EMILAURY VELA ACOSTA.

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con **Resolución Decanal N° 678-2020-UCP-FCS, del 27 de Noviembre del 2020**, la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ – UCP, designa como Jurado Evaluador y Dictaminador de la Sustentación de Tesis a las señoras:

- | | |
|---|-------------------|
|  Méd. Ricardo William Chávez Chacaltana, Mgr. | Presidente |
|  Obst. Teodocia Ramírez Abad | Miembro |
|  Obst. Silvia Pérez Macedo | Miembro |

Como Asesor: **Obst. Sarita Torres Lima, Mgr.**

En la ciudad de Iquitos, siendo las 12:00 p.m. horas, del día Viernes 03 de Mayo del 2021, a través de la plataforma ZOOM, supervisado por el Secretario Académico del Programa Académico de Obstetricia – de la Universidad Científica del Perú; se constituyó el Jurado para escuchar la Sustentación y defensa de la tesis: **"FACTORES DETERMINANTES DE LA PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL III IQUITOS DE ESSALUD 2018 - 2019.**

Presentado por las sustentantes: **LUXANDRA STEFANY CAIÑA LOPEZ**
TANY EMILAURY VELA ACOSTA

Como requisito para optar el TÍTULO PROFESIONAL de: **OBSTETRA**

Luego de escuchar la Sustentación y formuladas las preguntas las que fueron:


El Jurado después de la deliberación en privado llegó a la siguiente conclusión:

La Sustentación es: APROBADO POR *Unanimidad* **CON LA NOTA** *18*

En fe de lo cual los miembros del Jurado firman el Acta.



Méd. Ricardo William Chávez Chacaltana, Mgr.
Presidente



Obst. Teodocia Ramírez Abad
Miembro



Obst. Silvia Pérez Macedo
Miembro

CALIFICACIÓN:	Aprobado (a) Excelencia	:	19-20
	Aprobado (a) Unanimidad	:	16-18
	Aprobado (a) Mayoría	:	13-15

Iquitos - Perú

Sede Tarapoto - Perú

Contáctanos:

065 - 26 1088 / 065 - 26 2240

42 - 58 5638 / 42 - 58 5640

Universidad Científica del Perú

Av. Abelardo Quiñones km. 2.5

Leoncio Prado 1070 / Martínez de Compagnón 933

www.ucp.edu.pe

HOJA DE APROBACIÓN

Tesis, denominado:

“FACTORES DETERMINANTES LA PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL III IQUITOS ESSALUD 2018 – 2019”



.....
Dr. Ricardo William Chávez Chacaltana, Mgr.

Presidente



.....
- Obst. Teodocia Ramírez Abad.

Miembro



.....
Obst. Silvia Pérez Macedo.

Miembro



.....
Obst. Sarita Torres Lima, Mgr.

Asesora

ÍNDICE DE CONTENIDO

Caratula	i
Constancia del Antiplagio	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Acta de Sustentación	v
Hoja de Aprobación	vi
Índice de Contenido	vii
Resumen	ix
Abstract	x
Capítulo I Marco Teórico Referencial	11
1.1 Antecedentes de Estudio	11
1.2 Bases Teóricas	16
1.3 Definición de Términos Básicos	18
Capitulo II Planteamiento del Problema	21
2.1 Descripción del Problema	21
2.2 Formulación del Problema	22
2.2.1 Problema General	22
2.2.2 Problemas Específicos	23
2.3 Objetivos	23
2.3.1 Objetivo General	23
2.3.2 Objetivos Específicos	23
2.4 Hipótesis	24
2.5 Variables, Indicadores e Índices	24
2.5.1 Identificación de las variables	24
2.5.2 Definición conceptual y operacional de las Variables	25
2.5.3 Operacionalización de las variables	28
Capitulo III Metodología	30
3.1 Tipo y Diseño de Investigación	30
3.2 Población y Muestra	30

3.3	Técnicas, Instrumentos y Procedimientos de Recolección de Datos	31
3.4	Procesamiento y Análisis de datos	32
Capítulo IV	Resultados	33
Capítulo V	Discusión, Conclusiones y Recomendaciones	42
	Referencias Bibliográficas	44
Anexos		53
Anexo 1	Matriz de consistencia	
Anexo 2	Instrumentos de recolección de datos	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N ^o 1	Determinantes sociodemográficos de las madres de RN Prematuros	33
Tabla N ^o 2	Determinantes obstétricos de las madres de RN prematuros	34
Gráfica N ^o 1	Morbilidad de las madres de RN prematuros	34
Tabla N ^o 3	Morbilidad durante el embarazo de las madres de RN Prematuros	35
Tabla N ^o 4	Edad de la madre y Prematuridad	36
Tabla N ^o 5	Procedencia de la madre y Prematuridad	36
Tabla N ^o 6	Instrucción de la madre y Prematuridad	37
Tabla N ^o 7	Estado nutricional de la madre y Prematuridad	38
Tabla N ^o 8	Paridad de la madre y Prematuridad	39
Tabla N ^o 9	Número de atenciones prenatales y Prematuridad	39
Tabla N ^o 10	Morbilidad materna y Prematuridad	40
Tabla N ^o 11	Tipo de morbilidad materna y Prematuridad	41

RESUMEN

Introducción: La prematuridad es un problema de salud en países y regiones con bajo nivel de desarrollo, con factores determinantes prevenibles que pueden reducir su prevalencia y complicaciones perinatales.

Objetivo: Determinar los factores determinantes de la prematuridad en el Hospital III Iquitos de EsSALUD, 2018 – 2019.

Material y Métodos: Se realizó un estudio caso control, con 52 casos de recién nacidos prematuros y 104 recién nacidos a término, obteniendo información sobre factores sociodemográficos y obstétricos al revisar sus historias clínicas virtuales. Se calculó el odds ratio, la fracción etiológica atribuible y se determinó la significancia a través de la prueba del chi cuadrado.

Resultados: Los factores determinantes que influyen en la presencia de prematuridad fueron: Menores de 20 años (OR 2.79, FEA 64.2%, $p = 0.009$), Bajo peso pregestacional (OR 2.75, FEA 63.6%, $p = 0.030$), Nulíparas (OR 2.20, FEA 54.5%, $p = 0.031$), Bajo número de atenciones prenatales (OR 3.17, FEA 68.5% $p = 0.002$), Morbilidad durante el embarazo (OR 2.20, FEA 54.5% $p = 0.023$), Anemia (OR 2.30, FEA 56.5%, $p = 0.044$), RPM (OR 2.37, FEA 57.8% $p = 0.042$), Hiperémesis gravídica (OR 2.42, FEA 58.7%, $p = 0.045$) y Preeclampsia (OR 3.89, FEA 74.3%, $p = 0.048$).

Conclusión: La prematuridad se asocia con determinantes sociodemográficos y obstétricos que pueden ser intervenidos para reducir su prevalencia.

Palabras claves: Prematuridad, factores, determinantes.

ABSTRACT

Introduction: Prematurity is a health problem in countries and regions with low levels of development, with preventable determinants that can reduce its prevalence and perinatal complications.

Objective: To determine the determinants of prematurity in Hospital III Iquitos de EsSALUD, 2018 – 2019.

Material and Methods: A case-control study was conducted, with 52 cases of premature newborns and 104 newborns completed, obtaining information on sociodemographic and obstetric factors when reviewing their virtual medical records. The odds ratio, the attributable etiological fraction and the significance was determined through the chi squared test.

Results: The determining factors that influence the presence of prematurity under the age of 20 (OR 2.79, FEA 64.2%, $p < 0.009$), low pregestational weight (OR 2.75, FEA 63.6%, $p < 0.030$), nuliparas (OR 2.20, FEA 54.5%, $p < 0.031$), low number of prenatal care (OR 3.17, FEA 68.5% $p < 0.002$), morbidity during pregnancy (OR 2.20, FEA 54.5% $p < 0.023$), anemia (OR 2.30, FEA 56.5%, $p < 0.044$), RPM (OR 2.37, FEA 57.8% $p < 0.042$), hyperemesis (OR 2.42, FEA 58.7%, $p < 0.045$) and Preeclampsia (OR 3.89, FEA 74.3%, $p < 0.048$).

Conclusion: Prematurity is associated with sociodemographic and obstetric determinants that can be intervened to reduce their prevalence.

Keywords: Prematurity, factors, determinants.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

1.1 Antecedentes de Estudio

Antecedentes Internacionales:

Guevara WD. (Ecuador, 2015)¹ en su tesis de diseño retrospectivo, evaluó un total de 3090 historias clínicas, 192 fueron amenazas de parto pretérmino en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de Guaranda, encontró que las gestantes con mayor riesgo de parto pretérmino son las de edad < 20 años (46,87%), zona rural (67,19%), escolaridad secundaria (40,62%) y nulípara (62,50%).

Ahumada M.; et al (2016)² en su estudio caso control para identificar factores de riesgo a prematuridad, revisaron historias clínicas de 298 madres con parto pretérmino (casos) y 302 madres con parto a término (controles); encontrando como factores de riesgo: embarazo gemelar (OR=2.4, p=0.02), atención prenatal insuficiente (OR=3.2, p <0,001), sin atención prenatal (OR=3.0, p <0,001), antecedente de parto pretérmino (OR=3.7, p <0,001), y preeclampsia (OR=1.9, p= 0,005).

Martínez G. et al (México, 2017)³ evaluaron a 155 adolescentes con parto pretérmino y 155 controles de adolescentes con parto a término, con el objetivo de identificar los factores que predisponen la presencia de parto pretérmino; siendo significativamente la atención prenatal inadecuada, los trastornos en el líquido amniótico, la ruptura prematura de membranas; en donde concluyen que a menor edad gestacional en las adolescentes embarazadas, los factores de riesgo de parto pretérmino aumentan notablemente.

Montero A. et al (Cuba, 2019)⁴ realizaron una revisión bibliográfica a través de buscadores como LILACS, MEDLINE, PUBMED, IMBIOMED, La Biblioteca Cochrane y Scielo, con el propósito de encontrar los riesgos maternos asociados a la prematuridad; encontrando que los factores predisponentes a prematuridad son la edad materna, la paridad, nivel de instrucción, nivel socioeconómico, enfermedades durante la gestación, embarazo múltiple, placenta previa y ruptura de membranas en forma temprana.

Castillo R. et al (Ecuador, 2019)⁵ realizaron un estudio caso control con el propósito de conocer los factores de riesgo materno que se asocian a la prevalencia de prematuridad, compararon 130 casos de gestantes con recién nacido prematuro y 130 controles que fueron gestantes con recién nacido a término; encontrando que se asoció a prematuridad: el nivel socio económico bajo (OR=2.13, IC95% 1.17-3.89), infección urinaria (OR=3.07, IC95% 1.73-5.47) y vaginosis bacteriana (OR=7.93, IC95% 1.76-35.72).

Díaz R. (Colombia, 2020)⁶ en su investigación de caso control, obtuvieron 160 casos de productos prematuros y 320 controles de productos a término. Encontró que el 75% de los casos son prematuros tardíos y el 62.5% pertenecen al grupo de nacidos a término, la prematuridad se asoció a gemelaridad (OR=7.36; IC 95%=2.61-20.7), antecedente de hermano prematuro (OR=2.96; IC 95%=1.61-5.44), peso al nacer menor al percentil 10 (OR=1.66; IC 95%=1.01-2.75), no se encontró asociación con otras variables.

Antecedentes Nacionales:

Sernaque Anastasio K. (Piura, 2020)⁷ en su tesis revisó 70 historias de madres con recién nacidos prematuros en un Hospital de

Piura, encontró que los que se relacionaron significativamente a la prematuridad fueron: multiparidad ($p < 0,001$), la enfermedad asociada a la gestación ($p = 0,002$) y oligohidramnios ($p = 0,001$).

Vergara A. (Lima, 2020)⁸ en su estudio revisó 189 historias de recién nacidos por cesáreas a causa de preeclampsia en un Hospital de Lima, 63 fueron prematuros y 126 a término; encontró que el peso de nacimiento y el poco número de atenciones prenatales presentaron una razón de prevalencia significativa para prematuridad.

Ricci Cuellar J.; Valencia Chávez A. (Lima, 2019)⁹ evaluaron a 160 puérperas del Hospital María Auxiliadora, 80 con partos pretérmino y 80 con recién nacidos con bajo peso. En el primer grupo el 55% tuvo infección urinaria, y en el segundo grupo el 66% también presentó infección urinaria, concluyen que la infección urinaria fue riesgo para recién nacido con bajo peso, pero no para la prematuridad.

Cornejo D. (Lima, 2019)¹⁰ aplicó una encuesta a 195 gestantes adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión donde encontró que la prematuridad se asoció con el antecedente de aborto y controles prenatales. No encontró asociación con la edad materna, paridad, periodo intergenésico corto, antecedente de parto prematuro y enfermedad materna.

Talledo M. (Piura, 2018)¹¹ evaluó 180 historias clínicas, 90 de ellas fueron de madres con recién nacido prematuros atendidos en un Hospital de Piura; encontrando asociación significativa con los antecedentes de amenaza de parto pretérmino, aborto, e ITU pregestacional, así como la corioamnionitis.

Garay Salazar E. (Huánuco, 2018)¹² revisó las historias de 229 neonatos del Hospital de Huánuco, el 40.2% fueron prematuros; encontrando que los factores que se asociaron a prematuridad fueron

la edad < 18 y > 35 años ($p=0,035$), procedencia rural ($p=0,002$), intervalo intergenésico menor de 2 años ($p=0,002$), antecedente de prematuridad ($p=0,003$), antecedentes de abortos previos ($p=0,022$), anemia gestacional ($p=0,003$), preeclampsia ($p=0,024$), infecciones del tracto urinario ($p=0,006$), ruptura prematura de membranas ($p=0,001$) y placenta previa ($p=0,000$).

Santillán M. (Pucallpa, 2018)¹³ evaluó a 318 gestantes adolescentes que acudieron al Hospital de Yarinacocha, no halló relación entre embarazo adolescente con la prematuridad y bajo peso.

Lima Orosco N. (Huancavelica, 2018)¹⁴ en su estudio revisó 50 historias de gestantes con diagnóstico de parto pre término del Hospital Hugo Pesce Pescetto – Andahuaylas. El 56% presentó complicaciones como: anemia, infección del tracto urinario y pre eclampsia; encontrando que la infección del tracto urinario fue el factor desencadenante para el parto pre término.

Quispe A. (Puno, 2018)¹⁵ en su tesis de diseño caso control evaluó las historias de 95 prematuros y 95 recién nacido a término en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca; encontrando que: El no tener control prenatal ($p=0,002$), tener control menos de 6 ($p=0,001$), procedencia rural ($p=0,002$), bajo nivel de instrucción ($p=0,001$), infección del tracto urinario ($p=0,002$) y ruptura prematura de membranas ($p=0,001$) se asocian a la presencia de prematuridad.

Lozada Arellano. H. (Paita, 2017)¹⁶ en su estudio caso control realizado en el Hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, revisó historias de 86 gestantes con edad gestacional < 37 semanas y 295 gestantes con edad gestacional \geq 37 semanas arrojando que la anemia incrementa en 2.46 veces el riesgo de tener un producto pretérmino.

Guadalupe S. (Lima, 2017)¹⁷ encuestó a 400 gestantes del Hospital María Auxiliadora, para conocer los factores de riesgo asociados a parto pre término; encontrando que, a parte de la edad de adolescentes, los factores asociados fueron: atención prenatal inadecuado, número de paridad, la preeclampsia, la infección urinaria, y el RPM.

Mayta N. (Lima, 2017)¹⁸ evaluó a 2020 gestantes atendidas en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, encontrando a 348 casos de infección urinaria (17.2%), en ellas se encontró una prevalencia de 13.8% casos de recién nacidos prematuros, concluyendo que los casos de infección urinaria en gestantes se relacionan con casos de prematuridad.

Arévalo A. (Tarapoto, 2016)¹⁹ revisó 148 historias de gestantes adolescentes con parto prematuro y 296 con parto a término del Hospital de Tarapoto, encontró que los factores asociados a prematuridad fueron: Antecedentes de prematuridad (OR=4.86), enfermedad hipertensiva del embarazo (OR=4.77), bajo nivel de instrucción (OR=4.58), anemia (OR=4.10), atención prenatal insuficiente (OR=2.16) y procedencia rural (OR=2.01).

Saavedra H. (Yurimaguas, 2015)²⁰ en su estudio evaluó los factores de prematuridad en gestantes atendidas en el Hospital de Yurimaguas; encontrando que se asoció la preeclampsia, la enfermedad hipertensiva del embarazo, y el bajo número de atenciones prenatales.

Antecedentes Regionales:

Ruiz Salazar D. (Iquitos, 2019)²¹ revisó 120 historias de neonatos, 30 fueron casos de recién nacido prematuro y 90 recién

nacido a término. La anemia materna se presentó en 53,3 % de los casos y 20% en los controles, la anemia materna incrementa en 5 veces el riesgo de tener un recién nacido prematuro (IC95%).

Guerra H.; Marañón S.; Solignac S. (Iquitos 2018)²² evaluaron 99 historias de neonatos del Hospital Iquitos Cesar Garayar García; encontraron que los factores que se asocian a la presencia de prematuridad fueron: Las edades extremas (56%), primíparas (43%), periodo intergenésico corto (28%), antecedente de aborto (35%), anemia (29%) y rotura prematura de membranas (12%).

Moreno O. (Iquitos, 2016)²³ comparó 48 madres con parto pretérmino y 96 madres con parto a término atendidas en el HRL; encontrando como factores: procedencia de la zona rural (OR=3.64), menos de 6 atenciones prenatales (OR=2.54), anemia (OR=4.52) y RPM (OR=13.5).

Pérez Curto (Iquitos, 2015)²⁴ en su investigación identificó los determinantes de riesgo de prematuridad en gestantes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos; para lo cual comparó 200 casos de prematuros con 400 no prematuros; encontrando que una atención prenatal inadecuada, bajo nivel de instrucción, preeclampsia, procedencia rural y anemia se asociaron a la presencia de recién nacidos prematuros.

1.2 Bases Teóricas

a) Prematuridad

La OMS e International Federation of Gynecology and Obstetrics difundieron dicha definición a partir de 1976, los productos prematuros se denominan a aquellos que logran salir antes de las 37 semanas completas, es decir $\leq 36^{6/7}$ y se ha

utilizado durante casi 40 años. Desde 2005 se introdujo una subdivisión de los pacientes prematuros según la OMS y como se detalla en el artículo epidemiológico factores y aprensión del nacimiento con prematuridad al reconocer que los productos nacidos entre las 34^{0/7} y 36^{6/7} semanas presentaban morbilidad y mortalidad características de los prematuros.²⁵

Prematuro es un recién nacido con una edad gestacional menor de 37 semanas de gestación, entre los 154 y 258 días de gestación.²⁶

La OMS ha clasificado a los recién nacidos prematuros de acuerdo a su edad gestacional en:²⁶

- a) Prematuro general: < 37 semanas.
- b) Prematuro moderado a tardío: de la semana 32 con 0/7 días a la semana 36 con 6/7 días.
- c) Muy prematuro: aquellos nacidos antes de las 32 semanas.
- d) Extremadamente prematuro: menores de 28 semanas.

b) Factores de riesgo de Prematuridad

La edad materna es un factor predisponente a la presencia de recién nacido prematuro, se ha determinado asociación con las madres adolescentes y las añosas que son mayores de 35 años de edad.²⁷

Dentro de los factores facilitadores para la presencia de recién nacidos prematuros, los estudios han asociado el bajo nivel económico de los padres y el bajo nivel de instrucción. Lo económico influye en la nutrición, obtención de servicios básicos

y accesibilidad a los servicios de salud como el gasto de bolsillo, mientras que la instrucción influye a que la madre tenga actitudes y condiciones de salud inadecuadas.^{17,23}

Estudios han asociado que el estado nutricional pregestacional de la gestante y la adecuada ganancia de peso durante el embarazo, influyen en la presencia de recién nacido pretérmino.^{14,15,28}

La presencia de aumento de la presión arterial durante el embarazo que conlleva a la preeclampsia en la gestante; asociándose con la restricción del crecimiento fetal, el bajo peso y retardo de crecimiento intrauterino, puede estar asociada con el parto prematuro.²⁹

Las infecciones como: infecciones de las vías urinarias, candidiasis, tricomoniasis y vaginosis bacteriana; se asocian a un incremento de los partos prematuros; la infección lleva a liberación de ácido araquidónico e incremento de prostaglandinas, aumentando la contractibilidad uterina.^{30,31}

La atención prenatal es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto durante el embarazo, donde se educa en forma cognoscitiva y procedimental a la gestante sobre los síntomas y signos de alarma de las morbilidades más frecuentes para su manejo oportuno.³²⁻³⁴

1.3 Definición De Términos Básicos

Prematuro: Recién nacido con edad gestacional menor de 37 semanas.

Atención prenatal: Evaluación y vigilancia continua que efectúa el profesional con el propósito de determinar el bienestar y las condiciones que ponen en peligro a la madre y el feto.

Morbilidad materna: Presencia de condiciones fisiopatológicas durante el embarazo que comprometen la salud de la madre y feto, como enfermedad hipertensiva, hiperémesis, infecciones, etc.

Hipertensión en el embarazo: Gestante con 20 a más semanas de embarazo, con aumento de la presión sistólica superior a 30 mmHg y/o diastólica superior a 15 mmHg sobre la basal, o se incrementan por encima de 20 mmHg de la PAM.

Preeclampsia: Gestante mayor de 20 semanas, con presión alta y proteinuria igual o mayor de 300 mg en 24 horas.

Eclampsia: Gestante mayor de 20 semanas, con presencia de cuadro convulsivo o coma, con registros de presión alta y proteinuria.

Hiperémesis gravídica: Presencia de náuseas y vómitos a partir de la 5ta semana de gestación hasta las 16 a 18 semanas que desaparecen. La causa propuesta es el aumento de estrógenos o de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana, producen alteración hidroelectrolítica.

Infección urinaria: Presencia de molestias urinarias bajas y/o fiebre, PRU y/o PPL positivos, presencia en el examen de orina leucocituria, nitritos, o urocultivo positivo de más de 100,000 colonias de gérmenes.

Índice Masa Corporal: Es una medida de asociación entre el peso corporal de la persona con su talla elevada al cuadrado, determinando

cuatro indicadores nutricionales como: bajo peso, normal, sobrepeso y obesidad.

Anemia: Reducción de la masa eritrocítica y/o de la hemoglobina por debajo de 11 g/ml, se clasifica en anemia leve (Hb entre 9 a 11g/dL), anemia moderada (Hb de 7 a 8,9) y anemia severa (Hb <7g/dL).

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Descripción Del Problema

La Organización Mundial de la Salud ha definido a la prematuridad como aquel que nació antes de las 37 semanas de gestación, clasificándolo como en prematuro extremo (menos de 28 semanas de gestación), muy prematuro (28 a 31 semanas de gestación) y prematuro moderados a tardíos (32 a 36 semanas de gestación).³⁵ Se reportan 14.85 millones de neonatos prematuros que nacen cada año en el mundo, 1.1 millones de bebés mueren de complicaciones por nacimientos prematuros y más de 30,000 bebés peruanos que cada año nacen demasiado pronto. La OMS estima una prevalencia de prematuridad entre el 5% al 18%; siendo la principal causa de muerte en menores de 5 años de edad y que cerca de las 3/4 partes de los casos pudieron ser prevenidos.³⁶ El Ministerio de Salud en el 2015³⁷ reportó que el 6% de los nacidos vivos fueron entre las 32 a 36 semanas y el 1% entre las 27 a 31 semanas. La tasa de recién nacidos prematuros está en aumento según (ENDES) Encuesta Demográfica y de Salud Familiar³⁸ reportando el 23%, la OMS reporta el 8.8% y el sistema de certificado de nacido vivo reporta el 7%; siendo Loreto la mayor tasa de recién nacidos prematuros con el 7.2%.³⁹

Los prematuros tienen un mayor riesgo de complicaciones debido a inmadurez de sus órganos y sistemas, entre menos sea su edad gestacional mayor es la morbilidad; presentando enfermedad de membrana hialina, síndrome de dificultad respiratoria, apnea del prematuro, hemorragia intracerebral, daño neurológico, sepsis, desordenes metabólicos entre otras^{40,41}; siendo la principal causa de

mortalidad neonatal del 75% al 80% y del 50% de la morbilidad a largo plazo.²⁵

Es importante conocer cuáles son los factores determinantes y su factor etiológico atribuible a la prevalencia de prematuridad, con el propósito de buscar estrategias preventivas promocionales para su control y reducción de su prevalencia.

El nacimiento prematuro constituye un problema de salud pública que se encuentra en sostenido ascenso, con una asociación a la mortalidad infantil; con opinión de la OMS que cerca del 75% de estas muertes son prevenibles.

El propósito del estudio es identificar los factores determinantes sociodemográficos, obstétricos y su riesgo etiológico atribuible a la presencia de prematuridad, lo que permitirá ampliar los conocimientos, favoreciendo a los profesionales de la salud para una mejor intervención preventiva en las gestantes, durante sus atenciones prenatales.

Los posibles resultados del estudio tienen un beneficio económico social, basado en la prevención y atención oportuna a las gestantes con los factores determinantes de prematuridad, lo que lleva a mejorar los indicadores de años de vida saludables y reducción del gasto en salud.

2.2 Formulación Del Problema

2.2.1 Problema General

¿Cuáles son los factores determinantes de la prematuridad en el Hospital III Iquitos de EsSALUD, 2018 - 2019?

2.2.2 Problemas Específicos

- ¿Cuáles son los factores determinantes sociodemográficos (edad, procedencia, instrucción) de la madre del recién nacido prematuro atendidas en el Hospital III Iquitos de EsSALUD?
- ¿Cuáles son los factores determinantes obstétricos (estado nutricional pregestacional, paridad, atención prenatal, morbilidad durante el embarazo) de la madre del recién nacido prematuro atendidas en el Hospital III Iquitos de EsSALUD?
- ¿Cuál es la relación entre los factores determinantes sociodemográficos y obstétricos con la presencia de prematuridad?

2.3 Objetivos

2.3.1 Objetivo General

Determinar los factores determinantes de la prematuridad en el Hospital III Iquitos de EsSALUD, 2018 -2019.

2.3.2 Objetivos Específicos

- Conocer los factores determinantes sociodemográficos (edad, procedencia, instrucción) de la madre del recién nacido prematuro atendidas en el Hospital III Iquitos de EsSALUD.

- Identificar los factores determinantes obstétricos (estado nutricional pregestacional, paridad, atención prenatal, morbilidad durante el embarazo) de la madre del recién nacido prematuro atendidas en el Hospital III Iquitos de EsSALUD.
- Relacionar los factores determinantes sociodemográficos y obstétricos con la presencia de prematuridad.

2.4 Hipótesis

Hipótesis Alternativa H_1 : Los factores determinantes sociodemográficos y obstétricos de la madre determinan significativamente la presencia de un recién nacido prematuro.

Hipótesis Nula H_0 : Los factores determinantes sociodemográficos y obstétricos de la madre no determinan significativamente la presencia de un recién nacido prematuro.

2.5 Variables, Indicadores e Índices

2.5.1 Identificación de las variables

Variables independientes:

- Factores Determinantes demográficos:
 - Edad materna
 - Procedencia
 - Grado de Instrucción
- Factores Determinantes Obstétricos
 - Estado nutricional pregestacional
 - Paridad
 - Atención prenatal

- Morbilidad durante el embarazo

Variable dependiente

- Recién nacido prematuro

2.5.2 Definición conceptual y operacional de las variables

Prematuro: Recién nacido con edad gestacional menor de 37 semanas.

Determinantes sociodemográficos: Son las características de una persona en relación a sus condiciones demográficas como edad, sexo, residencia, instrucción, etc.

Edad: Es el tiempo que ha vivido o vive una persona desde su nacimiento.

Procedencia: Es el lugar de donde procede o lugar de residencia de una persona; puede considerarse de un país o de la distancia del área geográfica, usando los términos de urbano, urbano marginal y rural.

Instrucción: Es la formación o educación recibida por una persona en el sistema educativo, sus dimensiones son sin instrucción, primaria, secundaria, técnica y superior.

Determinantes obstétricos: Son características que presenta una gestante durante su embarazo como: su estado nutricional pregestacional, paridad, atención prenatal, y morbilidad durante el embarazo, etc.

Estado nutricional pregestacional: Es el resultado del balance entre las necesidades calóricas proteicas y el gasto de energía antes del embarazo, la cual se mide a través del índice de masa corporal.

Índice Masa Corporal: Es una medida de asociación entre el peso corporal de la persona con su talla elevada al cuadrado, determinando cuatro indicadores nutricionales como: bajo peso, normal, sobrepeso y obesidad.

Paridad: Es el número de partos con un producto de más de 500 gr., vivo o muerto, ya sea por vía vaginal o por vía abdominal.

Atención prenatal: Evaluación y vigilancia continua que efectúa el profesional con el propósito de determinar el bienestar y las condiciones que ponen en peligro a la madre y el feto.

Morbilidad materna: Presencia de condiciones fisiopatológicas durante el embarazo que comprometen la salud de la madre y feto, como enfermedad hipertensiva, hiperémesis, infecciones, etc.

Hipertensión en el embarazo: Gestante con 20 a más semanas de embarazo, con aumento de la presión sistólica superior a 30 mmHg y/o diastólica superior a 15 mmHg sobre la basal, o se incrementan por encima de 20 mmHg de la PAM.

Preeclampsia: Gestante mayor de 20 semanas con presión alta y proteinuria igual o mayor de 300 mg en 24 horas.

Eclampsia: Gestante mayor de 20 semanas con presencia de cuadro convulsivo o coma, con registros de presión alta y proteinuria.

Hiperémesis gravídica: Presencia de náuseas y vómitos a partir de la 5ta semana de gestación hasta las 16 a 18 semanas que desaparecen; la causa propuesta es el aumento de estrógenos o de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana, producen alteración hidroelectrolítica.

Infección urinaria: Presencia de molestias urinarias bajas y/o fiebre, PRU y/o PPL positivos, presencia en el examen de orina leucocituria, nitritos, o urocultivo positivo de más de 100,000 colonias de gérmenes.

Anemia: Reducción de la masa eritrocítica y/o de la hemoglobina por debajo de 11 g/ml, se clasifica en anemia leve (Hb entre 9 a 11g/dL), anemia moderada (Hb de 7 a 8,9) y anemia severa (Hb <7g/dL).

2.5.3 Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo y escala	Indicador	Categoría
Prematuridad	Recién nacido que presenta entre 22 a 36 semanas y 6 días, o entre 154 y 258 días de gestación.	Recién nacido con menos de 37 semanas de gestación.	Cualitativo Nominal	Recién nacido prematuro registrado el Sistema de Vigilancia Perinatal.	Recién nacido: 1. Prematuro. 2. A término.
Factores determinantes sociodemográficos de la madre	Condiciones sociales y demográficas de la madre como: edad, procedencia, instrucción.	Edad: Tiempo cronológico transcurrido entre el nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Cuantitativa interválica	Edad de la madre registrada en su historia virtual.	Edad: 1. \leq 19 años. 2. 20 a 34 años. 3. $>$ 34 años.
		Procedencia: Lugar donde vive o reside la madre.	Cualitativo Nominal	Dirección registrada en el Sistema de Vigilancia Perinatal.	Procedencia: Lugar donde vive o reside la madre.
		Instrucción: Años de estudios cursados y aprobados Primaria, secundaria, técnica y superior.	Cualitativo Ordinal	Nivel de instrucción registrado en el Sistema de Vigilancia Perinatal.	Nivel de instrucción: 1. Primaria. 2. Secundaria. 3. Técnica. 4. Superior.
Factores determinantes obstétricos	Condiciones obstétricas que presenta la madre como: estado nutricional pregestacional, paridad, atención prenatal, morbilidad materna.	Estado nutricional pregestacional a través del índice de Masa Corporal que es una medida de asociación entre el peso corporal de la persona con su talla elevada al cuadrado.	Cualitativo Ordinal	Peso y talla registrada en el Sistema de Vigilancia Perinatal.	IMC: Bajo peso menor de 18.5. Normal 18.5 - 24.9. Sobrepeso 25-29.9. Obesidad 30 a más.

		Paridad: número de partos de la madre.	Cualitativo Ordinal	Número de partos registrados en el Sistema de Vigilancia Perinatal.	Paridad: 1. Nulípara. 2. Primípara. 3. Multípara. 4. Gran multípara.
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo y escala	Indicador	Categoría
Factores determinantes obstétricos	Condiciones obstétricas que presenta la madre como: estado nutricional pregestacional, paridad, atención prenatal, morbilidad materna.	Atención Prenatal: Evaluación que efectúa el profesional de salud en la mujer gestante vigilando su bienestar y el de su producto de la concepción.	Cualitativo Nominal	Número de atenciones prenatales registrado en el Sistema de Vigilancia Perinatal.	Número de atenciones prenatales: 1. Menos de 6 2. 6 a más atenciones
		Morbilidad Materna: Presencia de condiciones fisiopatológicas o clínicas que agravan la condición de salud de la madre.	Cualitativo Nominal	Morbilidad registrada en el Sistema de Vigilancia Perinatal.	Morbilidad durante el embarazo: 1. Anemia 2. ITU 3. HIE 4. PE 5. Eclampsia 6. HG 7. RPM 8. Otros

CAPITULO III METODOLOGÍA

3.1 Tipo y Diseño de Investigación

El presente estudio es de tipo cuantitativo, de diseño observacional y analítico de casos control.

El tipo de estudio es cuantitativo, determina a través de la estadística los factores que determinan la presencia de prematuridad.

El estudio según la intervención del investigador es observacional, ya que no se controla de las variables independientes.

El estudio según el tratamiento de las variables será analítico de caso control, los casos presentan la variable dependiente y los controles no poseen la variable dependiente.

3.2 Población y Muestra

La población estuvo constituida por todos los niños que nacieron vivos en el Hospital III Iquitos de EsSALUD entre el 2018 y 2019.

La muestra la conformaron dos grupos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión al estudio, el primer grupo lo componen los recién nacidos vivos prematuros que se denominan los casos, y el segundo grupo los recién nacidos vivos a término que se denomina los controles, por cada caso se tomaran 2 controles; el muestreo fue aleatorio simple, donde se seleccionaron 52 casos y 104 controles.

Los criterios de inclusión de los casos fueron:

- Recién nacido vivo con prematuridad.
- Información de las variables de estudio registrada en el sistema de vigilancia perinatal y/o en la historia clínica virtual de la madre.

Los criterios de inclusión de los controles fueron:

- Recién nacido vivo a término.
- Información de las variables de estudio registrada en el sistema de vigilancia perinatal y/o en la historia clínica virtual de la madre.

Los criterios de exclusión de los casos y controles:

- Información ausente o incompleta de las variables de estudio registrada en el sistema de vigilancia perinatal y/o en la historia clínica virtual de la madre.

3.3 Técnicas, Instrumentos y Procedimientos de Recolección de Datos

La técnica de recolección de datos que se usó para el presente estudio de investigación, es la de recolección de información de fuente secundaria a través de la revisión de la información ingresada en el sistema de vigilancia perinatal y de la historia clínica virtual de la madre.

El instrumento de recolección de datos constó de 4 ítems, el primero recoge información de la presencia de prematuridad, en el segundo se registra los factores determinantes sociodemográficos de la madre

como: edad, instrucción y procedencia, en el tercero los factores determinantes obstétricas como: estado nutricional pregestacional, paridad, atención prenatal y morbilidad durante el embarazo.

Luego de la aprobación del proyecto, se solicitó el permiso correspondiente del Comité de Investigación y Ética del Hospital III Iquitos de EsSALUD, se procedió a la revisión de los libros de partos, se obtuvieron los números de historias clínicas de las madres de los recién nacidos vivos prematuros y a término; las cuales, se revisaron en forma virtual si cumplen con los criterios de inclusión y exclusión, posteriormente se seleccionan a través de un muestreo aleatorio simple, de igual forma se obtuvieron los controles.

3.4 Procesamiento y Análisis de datos

Se revisaron los datos requeridos en el instrumento del estudio, en el sistema de vigilancia perinatal y en la historia clínica virtual de la madre; los datos obtenidos fueron ingresados en una base de datos en Excel que se elaboró teniendo en cuenta la Operacionalización de las variables y fue procesada con el software SPSS versión 21.0.

Se utilizó la estadística descriptiva para presentar las variables independiente y dependiente a través de tablas y/o gráficas.

Las relaciones entre las variables fueron a través de la estadística inferencial. La asociación entre las variables fue a través del Odds ratio y la significancia estadística fue a través de la prueba estadística del chi cuadrado; se determinó la fracción etiológica atribuible de los factores determinantes de la prematuridad.

CAPITULO IV RESULTADOS

a) Factores determinantes sociodemográficos de las madres de los recién nacidos prematuros atendidas en el Hospital III Iquitos de EsSALUD.

- El 57.7% de las madres con recién nacidos prematuros presentaron entre 20 a 34 años, el 71.2% con nivel de secundaria y el 55.8% proceden de la zona urbana. (Tabla N° 01)

Tabla N° 1

**Determinantes sociodemográficos de las madres de RN prematuros
Hospital III Iquitos de EsSALUD
2018 – 2019**

Edad	Prematuros	%	Procedencia	Prematuros	%
1. < 19 años	18	34.6%	1. Urbano	29	55.8%
2. 20 a 34 años	30	57.7%	2. Marginal	19	36.5%
3. > 34 años	4	7.7%	3. Rural	4	7.7%
Instrucción	Prematuros	%			
1. Primaria	10	19.2%			
2. Secundaria	37	71.2%			
3. Técnica	4	7.7%			
4. Superior	1	1.9%			

b) Identificar los factores determinantes obstétricos de las madres de los recién nacidos prematuros atendidas en el Hospital III Iquitos de EsSALUD.

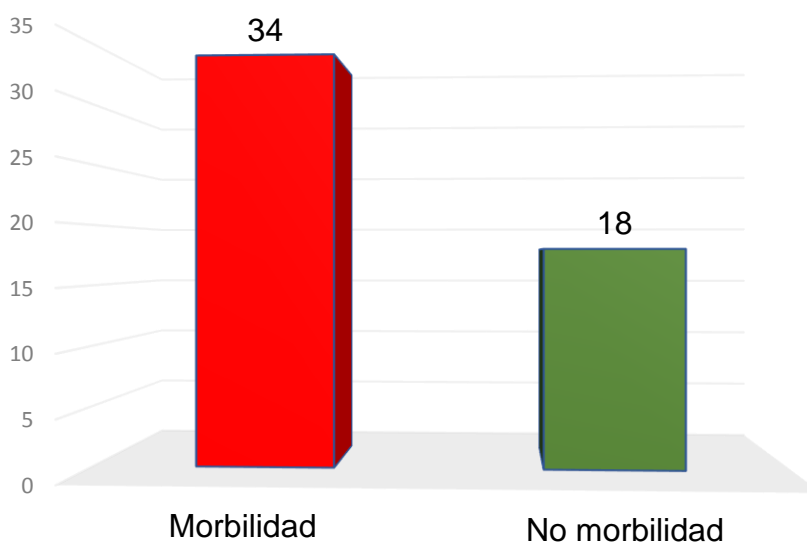
- El 69.2% de las madres con recién nacidos prematuros presentaron un estado nutricional pregestacional normal, y el 21.2% un bajo peso pregestacional; el 38.5% son nulíparas y el 34.6% primíparas; el 63.5% presentaron un adecuado número de atenciones prenatales. (Tabla N° 02)

Tabla N° 2
Determinantes obstétricos de las madres de RN prematuros
Hospital III Iquitos de EsSALUD
2018 – 2019

Estado nutricional pre gestacional	Prematuros		Paridad	Prematuros	
1. Bajo Peso	11	21.2%	1. Nulípara	20	38.5%
2. Normal	36	69.2%	2. Primípara	18	34.6%
3. Sobrepeso	5	9.6%	3. Multípara	12	23.1%
4. Obesidad	0	0.0%	4. Gran multípara	2	3.8%
Atenciones prenatales:	Prematuros				
1. Menos de 6	19	36.5%			
2. 6 a más atenciones	33	63.5%			

- El 65.4% de las madres con recién nacido prematuro presentaron alguna morbilidad durante el embarazo. (Gráfica N° 01)

Gráfica N° 1
Morbilidad de las madres de RN prematuros
Hospital III Iquitos de EsSALUD
2018 – 2019



- Las principales morbilidades que las madres con recién nacidos prematuros fueron infección urinaria (36.5%), anemia (32.7%), ruptura prematura de membrana (30.8%) e hiperémesis gravídica (26.9%). (Tabla N° 03)

Tabla N° 3
Morbilidad durante el embarazo de las madres de RN prematuros
Hospital III Iquitos de EsSALUD
2018 – 2019

Morbilidad	N°	%
Infección urinaria	19	36.5%
Anemia	17	32.7%
RPM	16	30.8%
Hiperémesis gravídica	14	26.9%
Hipertensión inducida en el embarazo	7	13.5%
Preeclampsia	5	9.6%
Eclampsia	2	3.8%

- c) Relación entre los factores determinantes sociodemográficos y obstétricos con la presencia de prematuridad.
- El 51.4% de las madres menores de 20 años de edad presentaron recién nacidos prematuros, frecuencia mayor que la frecuencia de las madres entre los 20 a 34 años (27.5%) y mayores de 34 años (33.3%).
 - Las madres menores de 20 años tienen un *odds ratio* de 2.79 veces de presentar un recién nacido prematuro que las madres entre los 20 a 34 años de edad, con una fracción etiológica atribuible a su prevalencia del 64.2% significativamente ($p = 0.009$) no se encontró relación con las madres mayores de 34 años y prematuridad. (Tabla N° 4)

Tabla N° 4
Edad de la madre y Prematuridad
Hospital III Iquitos de EsSALUD
2018 - 2019

Edad	Prematuros		RNAT		Total	OR, FEA, p
1. < 20 años	18	51.4%	17	48.6%	35	2.79, 64.2%, 0.009
2. 20 a 34 años	30	27.5%	79	72.5%	109	1
3. > 34 años	4	33.3%	8	66.7%	12	1.31, 23.7%, 0.670
Total	52	33.3%	104	66.7%	156	

- El 57.1% de las madres que proceden de la zona rural de la ciudad presentan con mayor frecuencia recién nacido prematuro que las madres que proceden de la zona urbana (31.9%) y marginal (32.8%); no se encontró relación significativa ($p=0.390$) entre la procedencia de la madre y recién nacido prematuro. (Tabla N° 5)

Tabla N° 5
Procedencia de la madre y Prematuridad
Hospital III Iquitos de EsSALUD
2018 – 2019

Procedencia	Prematuros		RNAT		Total
1. Urbano	29	31.9%	62	68.1%	91
2. Marginal	19	32.8%	39	67.2%	58
3. Rural	4	57.1%	3	42.9%	7
Total	52	33.3%	104	66.7%	156

$p = 0.390$

- El 45.5% de las madres que tienen una instrucción primaria presentan con mayor frecuencia recién nacidos prematuros que las madres que tienen nivel secundario (30.8%) y superior (25.0%).
- No se encontró relación significativa ($p=0.621$) entre la instrucción de la madre y recién nacido prematuro. (Tabla N° 6)

Tabla N° 6
Instrucción de la madre y Prematuridad
Hospital III Iquitos de EsSALUD
2018 – 2019

Instrucción	Prematuros		RNAT		Total
1. Primaria	10	45.5%	12	54.5%	22
2. Secundaria	37	31.6%	80	68.4%	117
3. Técnica	4	30.8%	9	69.2%	13
4. Superior	1	25.0%	3	75.0%	4
Total	52	33.3%	104	66.7%	156

p=0.621

- El 52.4% de las madres que tienen un bajo peso pregestacional, presentaron recién nacido prematuro, el 55.6% de las madres que tienen un sobrepeso pregestacional presentaron recién nacido prematuro; el 28.6% de las madres con peso normal pregestacional presentaron recién nacido prematuro.
- Las madres con bajo peso pregestacional tienen un odds ratio 2.75 veces de presentar un recién nacido prematuro, con una fracción etiológica atribuible a su prevalencia del 63.6% significativamente ($p = 0.030$), las madres con sobrepeso pregestacional no se relacionaron significativamente ($p=0.089$) con la prevalencia de recién nacido prematuro. (Tabla N° 7)

Tabla N° 7
Estado nutricional de la madre y Prematuridad
Hospital III Iquitos de EsSALUD
2018 – 2019

Estado nutricional pregestacional	Prematuros		RNAT		Total	OR, FEA, p
1. Bajo Peso	11	52.4%	10	47.6%	21	2.75, 63.6%, 0.030
2. Normal	36	28.6%	90	71.4%	126	1
3. Sobrepeso	5	55.6%	4	44.4%	9	3.125, 68.0%, 0.089

- El 46.5% de las madres nulíparas presentaron recién nacido prematuro, frecuencia mayor que las primíparas (36.7%), múltiparas (23.1%) y gran múltiparas (16.7%).
- Las madres nulíparas tienen un odds ratio de 2.20 de presentar recién nacido prematuro, con una fracción etiológica atribuible a su prevalencia del 54.5% significativamente ($p = 0.031$), las madres primíparas no se asociaron significativamente a la presencia de recién nacido prematuro ($p=0.542$); las madres múltiparas y gran múltiparas presentan un odds ratio menos de uno, pero la relación no fue estadísticamente significativa ($p > 0.05$). (Tabla N° 8)

Tabla N° 8
Paridad de la madre y Prematuridad
Hospital III Iquitos de EsSALUD
2018 – 2019

Paridad	Prematuros		RNAT		Total	OR, FEA, p
1. Nulípara	20	46.5%	23	53.5%	43	2.20,54.5%,0.031
2. Primípara	18	36.7%	31	63.3%	49	1.25,--0.542
3. Multípara	12	23.1%	40	76.9%	52	0.48,--,0.055
4. Gran multípara	2	16.7%	10	83.3%	12	0.38,--,0.202
Total	52	33.3%	104	66.7%	156	

- El 54.3% de las madres con menos de 6 atenciones prenatales presentaron recién nacido prematuro, una frecuencia mayor que las madres con 6 o más atenciones prenatales (27.3%).
- Las madres con un menor número de atenciones prenatales tienen un odds ratio de 3.17 veces de presentar recién nacido prematuro, con una fracción etiológica atribuible a la prevalencia de prematuridad del 68.5% significativamente ($p = 0.002$). (Tabla N° 9)

Tabla N° 9
Número de atenciones prenatales y Prematuridad
Hospital III Iquitos de EsSALUD
2018 – 2019

Número de atenciones prenatales:	Prematuros		RNAT		Total	OR, FEA, p
1. Menos de 6	19	54.3%	16	45.7%	35	3.17, 68.5%, 0.002
2. 6 a más atenciones	33	27.3%	88	72.7%	121	
Total	52	33.3%	104	66.7%	156	

- El 41.5% de las madres con alguna morbilidad durante el embarazo presentaron recién nacido prematuro, una frecuencia mayor que las madres sin morbilidad durante el embarazo (24.3%); las madres con morbilidad durante el embarazo tienen un odds ratio

de 2.20 veces de presentar recién nacido prematuro, con una fracción etiológica atribuible a la prevalencia de prematuridad del 54.5% significativamente ($p = 0.023$). (Tabla N° 10)

Tabla N° 10
Morbilidad materna y Prematuridad
Hospital III Iquitos de EsSALUD
2018 – 2019

Morbilidad	Prematuros		RNAT		Total	OR, FEA. p
SI	34	41.5%	48	58.5%	82	2.20, 54.5%, 0.023
NO	18	24.3%	56	75.7%	74	
Total	52	33.3%	104	66.7%	156	

- El 42.5% de las madres con anemia presentaron recién nacido prematuro, con un odds ratio de 2.30, y una fracción etiológica atribuible a la prevalencia de prematuridad del 56.5% significativamente ($p = 0.044$). (Tabla N° 11)
- El 43.2% de las madres con ruptura prematura de membranas presentaron recién nacido prematuro, con un odds ratio de 2.37, y una fracción etiológica atribuible a la prevalencia de prematuridad del 57.8% significativamente ($p = 0.042$). (Tabla N° 11)
- El 43.8% de las madres con hiperémesis gravídica presentaron recién nacido prematuro, con un odds ratio de 2.42, y una fracción etiológica atribuible a la prevalencia de prematuridad del 58.7% significativamente ($p = 0.045$). (Tabla N° 11)
- El 55.6% de las madres con preeclampsia presentaron recién nacido prematuro, con un odds ratio de 3.89, y una fracción etiológica atribuible a la prevalencia de prematuridad del 74.3% significativamente ($p = 0.048$). (Tabla N° 11)

Tabla N° 11
Tipo de morbilidad materna y Prematuridad
Hospital III Iquitos de EsSALUD
2018 – 2019

Morbilidad	Prematuros		RNAT		Total	OR, FEA, p
ITU	19	37.3%	32	62.7%	51	1.85,45.9%,0.119
Anemia	17	42.5%	23	57.5%	40	2.30,56.5%,0.044
RPM	16	43.2%	21	56.8%	37	2.37,57.8%,0.042
Hiperémesis gravídica	14	43.8%	18	56.3%	32	2.42,58.7%,0.045
HIE	7	41.2%	10	58.8%	17	2.18,54.1%,0.160
Preeclampsia	5	55.6%	4	44.4%	9	3.89,74.3%,0.048
Eclampsia	2	66.7%	1	33.3%	3	6.22,83.9%,0.101

CAPÍTULO V DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DISCUSIÓN

El estudio encontró que el 51.45% de las adolescentes que ingresaron al estudio presentaron recién nacido prematuro, las adolescentes tuvieron un mayor riesgo significativo de presentar recién nacido prematuros que las mujeres en edad fértil; estudios han demostrado que las adolescentes presentan mayor riesgo de complicaciones perinatales, una de ellas es la prematuridad; Guevara ¹ encuentra que el 46.9% de las adolescentes presentan parto pretérmino; Garay ¹² encuentra relación significativa con menores de 18 años ($p=0,035$), Guerra y col, ²² encuentran que en las edades extremas es más frecuentes la presencia de prematuros (56%), Guadalupe ¹⁷ y Montero et al ⁴ relaciona los casos de prematuridad con las adolescentes, otros no encuentra relación con la adolescencia como el de Cornejo ¹⁰. El controlar el embarazo en adolescente puede reducir en promedio un 64.2% la prevalencia de prematuridad, dependiendo de otros factores, es importante mencionar que no se calculó el intervalo de la fracción etiológica atribuible a la adolescencia.

Las mujeres gestantes que acuden de la zona rural presentaron con mayor frecuencia recién nacidos prematuros en relación a las que proceden de la zona marginal y urbana, esta mayor frecuencia no fue significativo; las madres que proceden de la zona rural como marginal tiene menos condiciones socioeconómicas y culturales, así como accesibilidad a un servicio de salud adecuado, poniendo como una población vulnerable para diversas enfermedades que afectan a la región. Moreno ²³ encontró que las gestantes que proceden de la zona rural tienen un odds ratio significativo de 3.64 de presentar un recién nacido prematuro, otros estudios como el de Guevara ¹, Garay ¹², Quispe ¹⁵, Arévalo ¹⁹ relacionan significativamente la procedencia rural con la prematuridad.

Se encuentra que las gestantes con menor nivel de instrucción presentaron con mayor frecuencia de recién nacidos prematuros, aunque la tendencia porcentual no obtuvo resultado significativo ($p > 0.05$), el nivel de instrucción es un factor que predispone la presencia de enfermedad o complicaciones de enfermedades, ya que el bajo nivel de instrucción no permite tener un nivel conceptual y procedimental adecuado de las medidas preventivas, de los síntomas y signos de alarma como el manejo. Arévalo ¹⁹, Quispe ¹⁵ y Pérez ²⁴ logran en su estudio relacionar el bajo nivel de instrucción con prematuridad; Montero y col. ⁴ en su estudio de revisión en diferentes buscadores encuentran estudios que el nivel de instrucción se relaciona con la presencia de recién nacidos prematuros.

El 55.6% de las mujeres gestantes con sobrepeso y el 52.4% con bajo peso pregestacional, presentaron recién nacidos prematuros. Las madres con bajo peso pregestacional tuvieron un mayor riesgo significativo de presentar recién nacidos prematuros que las de peso normal pregestacional, las gestantes con bajo peso pregestacional presentaron una fracción etiológica del 63.6%, debiendo evaluarse si la ganancia de peso de estas gestantes influye en la presencia de prematuridad; la atención obstétrica puede intervenir en el estado nutricional de la gestante reduciendo sus complicaciones perinatales.

Las nulíparas se asociaron con mayor riesgo significativo de presentar recién nacido prematuro, la fracción etiológica atribuible de las nulíparas para la prevalencia de prematuridad es del 54.5%, consideramos que las condiciones que tiene una gestante primípara son las que condicionan la presencia de prematuridad; ya que muchas de ellas son adolescentes, así como es más frecuentes enfermedades como la hipertensión inducida en el embarazo o la preeclampsia, entre otros. Guevara ¹ encuentra un hallazgo similar al estudio con una mayor frecuencia de nulíparas, Guerra ²² encontró mayor frecuencia en primípara; Guadalupe ¹⁷ con el número de paridad; mientras que Sernaque ⁷ con la multiparidad, Montero ⁴ en su revisión de

estudios a través de buscadores encuentra estudios que demuestran relación con la paridad.

Las gestantes con un menor número de atenciones prenatales tienen un mayor riesgo significativo de presentar recién nacido prematuro; durante las atenciones prenatales se evalúa los síntomas y signos de alarma, presencia de morbilidades, adecuada ganancia de peso corporal, entre otras condiciones que contribuyen a una atención oportuna para reducir su riesgo. Estudios como el de Ahumada ², Martínez ³, Vergara ⁸, Quispe ¹⁵, Cornejo ¹⁰, Arévalo ¹⁹, Saavedra ²⁰, Moreno ²³, Pérez ²⁴ y Guadalupe ¹⁷ demuestran que un número menor de 6 atenciones prenatales se asocian significativamente con la presencia de recién nacidos prematuros; el tener atenciones prenatales en número adecuado puede permitir una reducción del 68.5% la prevalencia, debiendo determinar los intervalos de confianza de esta reducción.

El presentar una morbilidad durante el embarazo condiciona significativamente la presencia de un recién nacido prematuro; con una fracción etiológica atribuible del 54.5%, ese sería el porcentaje de reducción si la gestante no presenta morbilidad durante el embarazo. Montero⁴ en su estudio de revisión bibliográfica encuentra que dentro de los factores predisponentes a prematuridad es la presencia de enfermedad durante la gestación, igual que en el estudio de Sernaque ⁷.

Dentro de las morbilidades que se asociaron a la presencia de recién nacidos prematuros fueron la anemia, ruptura prematura de membrana, hiperémesis gravídica y preeclampsia. La anemia tuvo un odds ratio de 2.30 y una fracción etiológica atribuible del 56.5%, valor que sería la reducción de la prevalencia de prematuridad si se lograra reducir la tasa de anemia; estudios han demostrado que la anemia aumenta el riesgo de la presencia de prematuridad como el de Lima ¹⁴, Lozada ¹⁶, Arévalo ¹⁹, Ruiz ²¹, Guerra

²², Moreno ²³ y Pérez ²⁴. La anemia no solo se asocia a prematuridad sino también a recién nacido de bajo peso.

La presencia de ruptura prematura de membranas tiene un odds ratio de 2.37 y una fracción etiológica atribuible del 57.8%, porcentaje que se podría reducir la prevalencia de prematuridad si es que se puede prevenir una RPM; los estudios de Martínez ³, Montero ⁴, Garay ¹², Quispe ¹⁵, Guadalupe ¹⁷ y Guerra ²² relacionan la RPM a la presencia de prematuros. La RPM ocurre antes de las 37 semanas de gestación.

La hiperémesis gravídica contribuye a la reducción del peso pregestacional y la ganancia de peso de la gestante, tiene odds ratio de 2.42 y una fracción etiológica atribuible del 58.7%.

Las madres preeclámplicas tienen un odds ratio de 3.89 y una fracción etiológica atribuible del 74.3%, porcentaje de reducción si se lograra evitar la presencia de preeclampsia. Los estudios de Ahumada ², Garay ¹², Lima ¹⁴, Guadalupe ¹⁷ y Saavedra ²⁰ demuestran significativamente que la presencia de preeclampsia se asocia significativamente a prematuridad, ya que su presencia determina la culminación del embarazo.

En nuestro estudio la presencia de infección urinaria durante el embarazo no demostró significativamente ser un factor determinante a la presencia de recién nacido prematuro, como en otros estudios como el Castillo ⁵, Talledo ¹¹, Lima ¹⁴, Quispe ¹⁵, Guadalupe ¹⁷, Mayta ¹⁸ y Moreno ²³, que encuentran asociación significativa de la infección urinaria con la prematuridad.

Conclusiones

- Las menores de 20 años tienen un mayor riesgo significativo de recién nacido prematuro con una fracción etiológica atribuible del 64.2%.
- Las mujeres con bajo peso pregestacional tienen un mayor riesgo significativo de recién nacido prematuro con una fracción etiológica atribuible del 63.6%.
- Las nulíparas tienen un mayor riesgo significativo de recién nacido prematuro con una fracción etiológica atribuible del 54.5%.
- Un menor número de atenciones prenatales tienen un mayor riesgo significativo de recién nacido prematuro con una fracción etiológica atribuible del 68.5%.
- La presencia de morbilidad durante el embarazo tiene un mayor riesgo significativo de recién nacido prematuro con una fracción etiológica atribuible del 54.5%.
- Las morbilidades que se asociaron a la presencia de prematuridad fueron la anemia (OR 2.30, FEA 56.5%, $p = 0.044$); RPM (OR 2.37, FEA 57.8% $p = 0.042$); hiperémesis gravídica (OR 2.42, FEA 58.7%, $p = 0.045$) y preeclampsia (OR 3.89, FEA 74.3%, $p = 0.048$).

Recomendaciones

Los resultados nos permiten recomendar

- Educación y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes con el propósito de reducir el embarazo precoz y por ende la prematuridad.
- Evaluar el peso gestacional y la ganancia de peso gestacional como factor de riesgo de prematuridad.
- Educar y sensibilizar a las gestantes con el propósito de mejorar el número de atenciones prenatales.
- Fomentar la visita domiciliaria de evaluación de gestantes en los Centros de Atención Primaria de EsSALUD.
- Evaluar el grado de anemia como factor de riesgo de prematuridad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guevara WD. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de Guaranda, periodo 2013-2015. [Tesis de titulación] Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes. 2015.
2. Ahumada-Barrios ME, Alvarado GF. Risk Factors for premature birth in a hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2016;24:2750.
3. Martínez-Cancino G.; Díaz-Zagoya J.; Romero-Vázquez A. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes. *Salud Tabasco* 2017; 23(1,2): 13-18.
4. 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): 1155-1173.
5. Castillo Siguencia R.; Moyano Brito E-; Ortiz Dávalos N.; Villa Plaza C. Factores de riesgo maternos asociados al parto pre término. *AVFT Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica.* 2019; 38(6).
6. Díaz-Granda R; Díaz-Granda L. Factores fetales asociados a prematuridad *Archivos de Medicina* 2020. 20)1:97-106.
7. Sernaque Anastasio K. Factores Maternos y Fetales Asociados a Prematuridad en Recién Nacidos Atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Santa Rosa, Piura 2019 [Tesis de pregrado] Universidad César Vallejos. 2020.
8. Vergara Mendoza A. Factores asociados a prematuridad en recién nacidos de cesárea por preeclampsia, Hospital Sergio E. Bernales, 2017-2019. [Tesis de pregrado] Universidad Ricardo Palma. 2020.
9. Ricci Cuellar J.; Valencia Chávez A. Infección urinaria como factor de riesgo para prematuridad y bajo peso al nacer en el hospital maría auxiliadora en el periodo de marzo - mayo, 2019 [Tesis de pregrado] Universidad Norbert Wiener 2019.

10. Cornejo Torres D. Prematuridad en las adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2018. [Tesis de pregrado] Universidad Privada San Juan Bautista. 2019.
11. Talledo Flores M. Factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino en el servicio de Obstetricia del Hospital de Apoyo II - 2 Sullana - Piura Julio – diciembre 2016 [Tesis pregrado]. Universidad Nacional de Piura. 2018.
12. Garay Salazar E. Factores maternos relacionados con la prematuridad, servicio de neonatología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2018. [Tesis de pregrado] Universidad de Huánuco. 2018
13. Santillán Arcentales Melissa. Embarazo adolescente, prematuridad y bajo peso al nacer del recién nacido en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2015-2016. [Tesis de pregrado]. Universidad Nacional de Ucayali. 2018
14. Lima Orosco N. Factores de riesgo desencadenantes del parto pretérmino en gestantes del Hospital Hugo Pesce Pescetto – Andahuaylas 2016 [Tesis post grado] Universidad Nacional de Huancavelica 2018.
15. Quispe A. Prevalencia y factores asociados a prematuridad del recién nacido en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo de agosto 2016 y Julio 2017. [Tesis pregrado] Universidad Nacional del Altiplano. 2018.
16. Lozada Arellano, HA. Factores De Riesgo Para Parto Pretérmino En Gestantes Del Hospital I Nuestra Señora De Las Mercedes De Paita 2017. [Tesis de pregrado] Universidad Nacional de Piura 2017.
17. Guadalupe Huamán S. Factores de riesgo asociado a parto pre término en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del hospital maría auxiliadora durante el año 2015. [Tesis de pregrado] Universidad Ricardo Palma. 2017.
18. Mayta Checasaca N. Infección urinaria materna y su relación con la prematuridad, el bajo peso al nacer y anomalías congénitas, Hospital

- Edgardo Rebagliati Martins, marzo 2015 a febrero 2016. [Tesis de pregrado] Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2017.
19. Arévalo Saavedra A. Factores asociados a parto prematuro en el Hospital II-2 de Tarapoto, julio 2014 a junio 2015. [Tesis de pregrado]. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2016.
 20. Saavedra Casternoque H. Factores asociados a prematuridad en el Hospital II – 1 de Yurimaguas julio a diciembre 2014. [Tesis de pregrado] Universidad Nacional de la Amazonía. Peruana. 2015.
 21. Ruiz Salazar D. Anemia materna y su asociación a prematuridad – Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” 2017. [Tesis de pregrado] Universidad Científica del Perú. 2019.
 22. Guerra Alvarado H.; Marañón López S.; Solignac Mavila S. Factores maternos asociados con la prematuridad en neonatos atendidos en el Hospital Iquitos Cesar Garayar García de Iquitos, 2018 [Tesis postgrado] Universidad peruana Unión. 2018.
 23. Moreno Soto O. Factores maternos y obstétricos relacionados a parto pretérmino en el Hospital Felipe Arriola Iglesias; de la ciudad de Iquitos – Loreto de enero a diciembre 2015. [Tesis de pregrado]. Universidad Nacional de la Amazonía. Peruana. 2016.
 24. Pérez Curto M. Factores de riesgo asociados a prematuridad en pacientes del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”, enero a diciembre 2014. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de la Amazonía. Peruana. 2015.
 25. Ovalle A, Kakarieka E, Rencoret G, Fuentes A, Del Río M J, Morong C, Benítez P. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. Artículo de revisión. Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Borja Arriarán, en el período entre el 1 de enero de 2007 y el 30 de junio de 2009. Chile 2011.

26. Gutiérrez Ramos M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. Rev. Peru Gineco Obstet. 2018;64(3):405-413.
27. Espinoza Reyes M.; Peña Carrillo J. Factores relacionados con la amenaza de parto pre término en gestantes atendidas en el Hospital Saúl Garrido Rosillo II-1. Tumbes 2016. [Tesis]. Universidad Nacional de Tumbes. 2016.
28. Ordoñez Abad S. relación entre la infección urinaria en gestantes y la prematuridad de neonatos del servicio de neonatología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2015. [Tesis]. Universidad de Huánuco. 2015.
29. Martínez-Cancino, G.; Díaz-Zagoya, J.; Romero-Vázquez, A. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes Salud en Tabasco, 2017. 23(1-2):13-18.
30. Chira JL, Sosa JL. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Rev. Salud & Vida Sipanense 2015. 2(2):7-18.
31. Talledo Flores M. Factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino en el servicio de Obstetricia del Hospital de Apoyo II - 2 Sullana - Piura Julio – Diciembre 2016 [Tesis]. Universidad Nacional de Piura. 2018.
32. Cornejo Torres D. Prematuridad en las adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2018. [Tesis] Universidad Privada San Juan Bautista. 2019.
33. Vergara Mendoza A. Factores asociados a prematuridad en recién nacidos de cesárea por preeclampsia, Hospital Sergio E. Bernales, 2017-2019. [Tesis] Universidad Ricardo Palma. 2019.
34. Gavelán Huamán Z. Prevalencia de complicaciones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en el Centro de Salud Tumán, período 2016, [Tesis] Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo. 2018.

35. Nacimientos prematuros. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth> .
36. Chawanpaiboon S, Vogel JP, Moller A-B, Lumbiganon P, Petzold M, Hogan D, et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2019 Jan 1;7(1):e37–46.
37. Ministerio de Salud. Boletín estadístico de nacimientos Perú: 2015. Publicado Abril 2016.
38. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2015.
39. MINSA. Boletín Epidemiológico del Perú Vol. 28 SE 46-2019- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.
40. Davidson LM, Berkelhamer SK. Bronchopulmonary dysplasia: chronic lung disease of infancy and longterm pulmonary outcomes. *J Clin Med*. 2017,6(1).
41. Ota Nakasone A. Manejo neonatal del prematuro: avances en el Perú. *Rev. Peru Ginecol Obstet*. 2018;64(3):415-422.

ANEXOS

Anexo N.º 1

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS FACTORES DE PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL III IQUITOS DE ESSALUD 2018 - 2019

1. Recién nacido

RN prematuro ()

RN no prematuro ()

2. Características sociodemográficas de la madre

Edad:

1. ≤ 19 años
2. 20 a 34 años
3. > 34 años

Procedencia:

1. Urbano
2. 2.Marginal
3. 3.Rural

Instrucción:

1. Primaria
2. Secundaria
3. Técnica
4. Superior

3. Características obstétricas de la madre

Estado nutricional pregestacional

1. Bajo Peso: IMC < 18.5
2. Normal: IMC $18.5 - 24.9$
3. Sobrepeso: IMC $25 - 29.9$
4. Obesidad: IMC > 30

Paridad

1. Nulípara
2. Primípara
3. Multípara
4. Gran multípara

Número de atenciones prenatales:

1. Menos de 6
2. 6 a más atenciones

Morbilidad materna durante el embarazo

- Anemia 1. Si 2. No
- ITU 1. Si 2. No
- HIE 1. Si 2. No
- PE: 1. Si 2. No
- Eclampsia: 1. Si 2. No
- Hiperémesis gravídica: 1. Si 2. No
- RPM 1. Si 2. No

Anexo N.º 2
MATRIZ DE CONSISTENCIA

Titulo	Problema General y específicos.	Objetivo general y específicos.	Hipótesis general y específicas.	Variables e indicadores.	Diseño de investigación	Método y técnicas de investigación	Población y muestra de estudio
Factores determinantes de la prematuridad en el Hospital III Iquitos de EsSALUD, 2018 -2019	<p>Problema General ¿Cuáles son los factores determinantes de la prematuridad en el Hospital III Iquitos de EsSALUD, 2018 -2019?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuáles son los factores determinantes sociodemográficos (edad, procedencia, instrucción) de la madre del recién nacido prematuro atendidas en el Hospital III Iquitos de EsSALUD?</p> <p>¿Cuáles son los factores determinantes obstétricos (estado nutricional pregestacional,</p>	<p>Objetivo General Determinar los factores determinantes de la prematuridad en el Hospital III Iquitos de EsSALUD, 2018 -2019</p> <p>Objetivos Específicos Conocer los factores determinantes sociodemográficos (edad, procedencia, instrucción) de la madre del recién nacido prematuro atendidas en el Hospital III Iquitos de EsSALUD.</p> <p>Identificar los factores determinantes obstétricos (estado nutricional pregestacional</p>	<p>Hipótesis Alterna H₁ Los factores determinantes sociodemográficos y obstétricos de la madre determinan significativamente la presencia de un recién nacido prematuro.</p> <p>Hipótesis Nula H₀: Los factores determinantes sociodemográficos y obstétricos de la madre no determinan significativamente la presencia de un recién nacido prematuro</p>	<p>Factores Determinantes Sociodemográficos Edad Procedencia Instrucción</p> <p>Factores Determinantes Obstétricos Estado nutricional pregestacional Paridad Atención prenatal Morbilidad durante el embarazo</p>	Cuantitativo Observacional Analítico Caso Control	La técnica de recolección es de fuente secundaria a través de la revisión del sistema de vigilancia perinatal y de la historia clínica virtual	<p>Población recién nacido prematuro vivo.</p> <p>Casos recién nacido vivo prematuro (52).</p> <p>Control recién nacido vivo a término (104).</p>

Titulo	Problema General y específicos.	Objetivo general y específicos.	Hipótesis general y específicas.	Variables e indicadores.	Diseño de investigación	Método y técnicas de investigación	Población y muestra de estudio
	<p>paridad, atención prenatal, morbilidad durante el embarazo) de la madre del recién nacido prematuro atendidas en el Hospital III Iquitos de EsSALUD?</p> <p>¿Cuál es la relación entre los factores determinantes sociodemográficos y obstétricos con la presencia de prematuridad?</p>	<p>prenatal, morbilidad durante el embarazo) de la madre del recién nacido prematuro atendidas en el Hospital III Iquitos de EsSALUD</p> <p>Relacionar los factores determinantes sociodemográficos y obstétricos con la presencia de prematuridad</p>					