



“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADEMICO DE OBSTETRICIA

TESIS

FACTORES MATERNOS ATRIBUIBLES A PREMATURIDAD EN UN HOSPITAL DEL III NIVEL DE LA CIUDAD DE IQUITOS 2020 - 2021

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA : BACH. FLOR MAGDALENA REYES AGUIRRE

ASESORA : OBST. MGR. SARITA ELENA TORRES LIMA

SAN JUAN BAUTISTA - PERÚ

2022

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 MATERNOS ATRIBUIBLES A PREMATURIDAD EN UN HOSPITAL DEL
III NIVEL DE LA CIUDAD DE IQUITOS 2020 - 2021”**

De los alumnos: **FLOR MAGDALENA REYES AGUIRRE**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, pasó satisfactoriamente la revisión por el Software Antiplagio, con un porcentaje de **8% de plagio**.

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

San Juan, 19 de Diciembre del 2022.



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

DEDICATORIA

A mis hermanos, a mis padres de una manera muy en especial Flormila Aguirre Meléndez y Jackson Arquímedes Reyes Tafur quienes han sido mi mayor motivación para no abandonarme a mí misma cuando las dificultades de la vida se presentaban con cada obstáculo en el camino, cuando sentía que no podía más solo con pensar en ellos sacaba fuerza de voluntad para continuar.

FLOR MAGDALENA REYES AGUIRRE.

AGRADECIMIENTO

Siempre de la mano de DIOS agradeciendo la oportunidad del día a día de concederme la vida y no abandonarme en estos largos años lejos de todos mis seres queridos, al finalizar esta etapa muy importante en mi vida expreso mi inmensa gratitud a quienes con su gran apoyo sin dudar me alentaron incondicionalmente a continuar con mi objetivo.

A mis padres por la confianza y apoyo que siempre me brindan Jackson Arquímedes Reyes Tafur, Flormila Aguirre Meléndez.

A stefani Jusset Huerta Sulla por la bonita amistad sincera que me brindo en la vida universitaria más que una amiga le considero como una hermana.

A Huber Rodríguez Altamirano gracias por siempre brindarme apoyo incondicional.

A Gladis sulla Vásquez por abrirme las puertas de su hogar y tratarme como una hija desde que tuve el honor de conocerla.

A Magali isuiza tananta por abrirme sus brazos y la puerta de su hogar cuando sentí que el mundo se me venía encima no podía más.

FLOR MAGDALENA REYES AGUIRRE.

HOJA DE APROBACION

TESIS, DENOMINADO: FACTORES MATERNOS ATRIBUIBLES A
PREMATURIDAD EN UN HOSPITAL DEL III NIVEL DE LA CIUDAD DE
IQUITOS 2020 - 2021.




Méd. Mgr. Ricardo William Chávez Chacaltana
Presidente



Obst. Teodocia Ramírez Abad
Miembro



Obst. Amparo Ushñahua Mozombite
Miembro



Obst. Sarita Elena Torres Lima
Asesora

ÍNDICE DE CONTENIDO

Caratula	i
Constancia del Antiplagio	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Acta de Sustentación	v
Hoja de Aprobación	vi
Índice de tablas	ix
Resumen	x
Abstract	xi
Capítulo I Marco Teórico Referencial	12
1.1 Antecedentes de Estudio	12
1.2 Bases Teóricas	21
1.3 Definición De Términos Básicos	25
Capitulo II Planteamiento Del Problema	27
2.1 Descripción Del Problema	27
2.2 Formulación Del Problema	28
2.2.1 Problema General	28
2.2.2 Problemas Específicos	28
2.3 Objetivos	29
2.3.1 Objetivo General	29
2.3.2 Objetivos Específicos	29
2.4 Hipótesis	30
2.5 Variables, Indicadores e Índices	31
2.5.1 Identificación de las variables	31
2.5.2 Definición conceptual y operacional de las Variables	31
2.5.3 Operacionalización de las variables	33
Capitulo III Metodología	35
3.1 Tipo y Diseño de Investigación	35
3.2 Población y Muestra	35
3.3 Técnicas, Instrumentos y Procedimientos	

de Recolección de Datos	37
3.4 Técnicas de Recolección de datos	
Procesamiento y Análisis de datos	38
Capítulo IV Resultados	39
Capítulo V Discusión, Conclusiones y Recomendaciones	50
Referencias Bibliográficas	56
Anexos	62
Anexo 1 Matriz de consistencia	
Anexo 2 Instrumentos de recolección de datos	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01	Relación entre Edad materna y RN prematuro	39
Tabla 02	Relación entre la Procedencia y RN prematuro	40
Tabla 03	Relación entre el Nivel de Instrucción y RN prematuro	41
Tabla 04	Relación entre el Estado Civil y RN prematuro	42
Tabla 05	Relación entre el Antecedente Obstétrico y RN prematuro	43
Tabla 06	Relación entre el Periodo Intergenésico y RN prematuro	44
Tabla 07	Relación entre el Estado nutricional pregestacional y RN prematuro	45
Tabla 08	Relación entre la Ganancia de peso y RN prematuro	46
Tabla 09	Relación entre la Paridad y RN prematuro	47
Tabla 10	Relación entre la Atención Prenatal y RN prematuro	48
Tabla 11	Relación entre la Morbilidad Materna y RN prematuro	49

RESUMEN

Introducción: La prematuridad es un problema de salud pública prevalente en nuestro país contribuye a la mortalidad neonatal, infantil y a complicaciones durante su desarrollo del niño

Objetivo: Determinar los factores maternos atribuibles a prematuridad en un Hospital del III nivel de la ciudad de Iquitos, 2020 - 2021

Material y métodos: Se planteo un estudio analítico de caso control, evaluando historias de 104 madres con RN prematuros y 208 madres con RN a término, se determinó la asociación entre las variables a través del OR, la significancia estadística con la prueba del chi cuadrado y riesgo atribuible con la fórmula que incluye el valor de OR.

Resultados: los factores que contribuyen con la prevalencia de la prematuridad fueron madres adolescentes (27.7% OR 2.83, 0.003), instrucción primaria (31.9% OR 3.22; 0.000); soltera (36.0%,OR 3.34; 0.000); antecedente de prematuridad (23.4%, OR 6.31; 0.011);periodo intergenésico menos de 2 años (16.4%, OR 1.85; 0.042); bajo peso pregestacional (16.4%, OR 1.85; 0.042); la no ganancia de peso madres con bajo peso (60.0%, OR 2.27, 0.037); la no ganancia de peso en madres con peso normal (23.0%, OR 2.07, 0.034); nulíparas (16.6%, OR 1.90, 0.038); primíparas (17.9%, OR 1.73, 0.046); menos de 6 atenciones prenatales (17.9%, OR 1.79, 0.039); anemia (35.0%, OR 2.09, 0.041), ITU (37.2%, OR 2.12, 0.047); preeclampsia (43.0%, OR 2.94, 0.022)

Conclusión: Existen factores maternos y obstétricos que influyen en la prevalencia de la prematuridad

Palabras claves: Prematuridad, factores, atribuibles

ABSTRACT

Introduction: Prematurity is a prevalent public health problem in our country contributes to neonatal and infant mortality and complications during child development

Objective: To determine the maternal factors attributable to prematurity in a Hospital of the III level of the city of Iquitos, 2020 - 2021

Material and methods: An analytical case-control study was proposed, evaluating histories of 104 mothers with premature NB and 208 mothers with NB at term, the association between the variables was determined through the OR, the statistical significance with the chi-square test and attributable risk with the formula that includes the OR value.

Results: the factors contributing to the prevalence of prematurity were adolescent mothers (27.7% OR 2.83, 0.003), primary education (31.9% OR 3.22; 0.000); single (36.0%, OR 3.34; 0.000); history of prematurity (23.4%, OR 6.31; 0.011); intergenetic period less than 2 years (16.4%, OR 1.85; 0.042); low pregestational weight (16.4%, OR 1.85; 0.042); non-weight gain underweight mothers (60.0%, OR 2.27, 0.037); no weight gain in normal-weight mothers (23.0%, OR 2.07, 0.034); nulliparous (16.6%, OR 1.90, 0.038); primiparous (17.9%, OR 1.73, 0.046); less than 6 antenatal care (17.9%, OR 1.79, 0.039); anemia (35.0%, OR 2.09, 0.041), UTI (37.2%, OR 2.12, 0.047); preeclampsia (43.0%, OR 2.94, 0.022)

Conclusion: There are maternal and obstetric factors that influence the prevalence of prematurity

Keywords: Prematurity, factors, attributable

CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

1.1 Antecedentes de Estudio

Antecedentes Internacionales:

Graciela Martínez; Juan Díaz, Argeo Romero (México, 2017) realizaron un estudio de diseño observacional analítico de caso control, con el propósito de conocer los factores asociados a prematuridad, por lo revisaron 155 historias de adolescentes con recién nacido prematuro comparando con 155 historias de adolescentes con recién nacido a término, atendidas en Hospital de la ciudad de México, encontrando que los factores asociados fueron bajo número de atenciones prenatales, trastornos en el líquido amniótico, ruptura temprana de membranas. ⁽¹⁾

Rosita Castillo; Edison Moyano; Nancy Ortiz, et al (Ecuador, 2019) realizaron un estudio de diseño observacional caso control, con el objetivo de identificar los factores de riesgo a prematuridad, revisaron historias de 130 gestantes con recién nacido prematuro y 130 gestantes con recién nacido a término de un Hospital de la ciudad de Cuenca; hallaron que los factores que se asociaron a recién nacido prematuro fueron el nivel socio económico bajo (OR=2.1, IC95% 1.2-3.9), infección urinaria (OR=3.1, IC95% 1.7-5.5), y vaginosis bacteriana (OR=7.9, IC95% 1.8-35.7) ⁽²⁾

Alexis Montero, Rafael Ferrer, Damaris Paz, et al (Cuba, 2019) en su estudio de recopilación de información y evaluación crítica de estudios sobre los factores determinantes de prematuridad, a través de buscadores LILACS, MEDLINE, PUBMED, IMBIOMED, La Biblioteca Cochrane y Scielo, encuentran son soporte estadístico que

los factores de riesgo de la madre para tener un recién nacido prematuro son su edad, nivel de instrucción, nivel socioeconómico, paridad, movilidad durante el embarazo, ruptura de membrana, placenta previa y embarazo múltiple. ⁽³⁾

Juan Ahumada; Angela Barrera; Daniela Canosa et al. (Colombia, 2020) realizaron un estudio de diseño observacional analítico con el objetivo de conocer los factores que condicionan la presencia de parto pretérmino, revisando los datos de 452 gestantes de 3 centros asistenciales de una ciudad de Colombia, encontró 47 recién nacido prematuros con una incidencia del 10.4%; encontraron asociación a preeclampsia (RR 5.1 IIC95%: 3.0-8.5); retardo de crecimiento intrauterino (RR=4.4, IC95%: 2.4-8.0). ⁽⁴⁾

Ruth Granda, Lourdes Granda (Ecuador, 2020) realizaron un estudio de diseño observacional analítico de casos control, con el propósito de determinar los factores a recién nacido prematuro, revisaron las historias de 160 prematuros y 320 recién nacido a término; encontraron que el antecedente de hermano prematuro (OR=2,96; $p < 0.05$), embarazo gemelar (OR=7,4; $p < 0.05$) se asociaron a la presencia de prematuridad. ⁽⁵⁾

Leonardo Bigolin; Canto Raphael; Melo Amanda et al. (Brasil, 2021) realizaron un estudio transversal con el propósito de identificar factores obstétricos asociadas a prematuridad, evaluando a 151 recién nacido de un Centro obstétrico de una ciudad de Brasil, solo encontraron que la gemelaridad se asoció a recién nacido prematuro ($p = 0,019$) ⁽⁶⁾

Antecedentes Nacionales:

Shessira Guadalupe (Lima, 2017) en su estudio de diseño observacional analítico caso control evaluó las historias de 400 gestantes, 200 con recién nacido prematuro y 200 con recién nacido a término, en un Hospital Nacional de la ciudad de Lima, con el propósito de conocer los factores que determinan parto prematuro; las adolescentes y añosas (OR 4.2, $p=0.000$); estado civil soltera (OR 2.6, $p=0.000$), número inadecuado de atenciones prenatales (OR 2.6, $p=0.000$), la multiparidad (OR 2.7, $p=0.000$) se asociaron significativamente a recién nacido prematuro. ⁽⁷⁾

Noemi Mayta (Lima, 2017) en su estudio de diseño observacional analítico transversal, evaluó a 2020 gestantes atendidas en un Hospital de EsSALUD de la ciudad de Lima, con el propósito de conocer la relación entre la infección urinaria y parto pretérmino; encontró que el 17.2% de las gestantes tuvieron infección urinaria; el 25.8% de los prematuros tuvieron madre con infección urinaria; mientras que solo el 16.4% de las madres sin prematuro presentó infección urinaria; se encontró una relación significativa ($p=0.001$) entre infección urinaria y parto prematuro. ⁽⁸⁾.

Beatriz Ramos (Junín, 2017) realizó un estudio de diseño observacional transversal correlacional, evaluando a 360 púerperas de un Hospital de la ciudad de Huancayo, con el objetivo de determinar los factores que se asocia a parto pretérmino; encontrando que la edad ($p=0.018$), ocupación ($p=0.025$), atención prenatal inadecuada ($p=0.036$), paridad ($p=0.001$), anemia ($p=0.033$), enfermedad hipertensiva del embarazo ($p=0.017$), ruptura prematura de membranas ($p=0.005$) ⁽⁹⁾

Anita Alvarado (Cajamarca, 2018) en su estudio determino los factores de riesgo maternos asociados a la prematuridad, realizando un estudio de diseño observacional, transversal retrospectivo correlacional, con evaluación de 146 historias de recién nacido de un Hospital de la ciudad de Cajamarca, encontró que la edad ($p=0.027$), paridad ($p=0.021$), periodo intergenésico (0.020), preeclampsia ($p=0.032$), ITU ($p=0.000$) se asociaron significativa con recién nacidos prematuros. ⁽¹⁰⁾

Nilda Lima (Ayacucho, 2018) en su estudio de diseño observacional transversal, revisó 50 historias de gestantes con parto pre término de un Hospital de la ciudad de Andahuaylas; con el propósito de identificar factores que se relacionan con la presencia de prematuridad; considera que la procedencia rural, anemia, infección del tracto urinario, pre eclampsia, son factores que con más frecuencia se presentan en madres con recién nacidos prematuros. ⁽¹¹⁾

Reynaldo Quispe (Puno, 2018) en su estudio con diseño observacional analítico de caso control, con el objetivo de conocer los factores que se asocian a prematuridad, por lo que evalúa 95 historias de recién nacidos prematuros (casos) y compara con 95 historias de recién nacidos a término (controles) de un Hospital de la ciudad de Juliaca; hallo que un menor número de atenciones prenatales ($p=0.001$), procedencia rural de la madre ($p=0,002$); nivel de instrucción de bajo nivel ($p=0,001$); infección del tracto urinario, ($p=0.002$); ruptura prematura de membranas ($p=0,001$) se asocian con los casos de prematuridad. ⁽¹²⁾

Edith Garay (Huánuco, 2018) en su estudio de diseño observacional de corte transversal correlacional, con el objetivo de

identificar los factores maternos que se relacionan con casos de prematuridad; revisando 229 historias de recién nacidos vivos de un Hospital Regional de Huánuco, 92 (40,2%) fueron prematuros, al compararlos se encontró que las adolescentes y añosas ($p = 0.035$), la procedencia rural de la madre ($p = 0,002$), menos de 2 años del intervalo intergenésico de 2 años ($p = 0,002$); hermano prematuro ($p = 0,003$), abortos previos ($p = 0,022$); anemia ($p = 0,003$), preeclampsia ($p = 0,024$), infección urinaria ($p = 0,006$), ruptura prematura de membranas ($p = 0,001$) y placenta previa ($p = 0,000$), se asociaron significativamente con la presencia de recién nacido prematuro. ⁽¹³⁾

Gloria Tamayo (Lima, 2018) en su estudio observacional, retrospectivo analítico de caso control, con el propósito de conocer la relación de los trastornos hipertensivos del embarazo y recién nacido prematuro; evaluó a 280 gestantes de un Hospital nacional de la ciudad de Lima, de las que 140 fueron gestante con recién nacidos prematuros y 140 con recién nacido a término; los casos de hipertensión inducida en el embarazo se asoció con prematuridad ((OR= 5.0657, $p < 0.05$), con más frecuencia con los casos de preeclampsia. ⁽¹⁴⁾

Dearlyn Cornejo (Lima, 2019) en su estudio de diseño observacional transversal retrospectivo con el propósito de conocer los factores obstétricos asociados a prematuridad, evaluó a 195 gestantes adolescentes de un Hospital de la ciudad de Lima, encontrando que el antecedente de aborto ($p=0.029$) y número inadecuado de atenciones prenatales ($p=0.000$) se asociaron a recién nacido prematuro. ⁽¹⁵⁾

Joselini Ricci; Anghie Valencia. (Lima, 2019) realizaron un estudio de diseño cuantitativo, observacional, transversal,

prospectivo, analítico con evaluaron a dos grupos de puérperas de un Hospital de la ciudad de Lima; con el propósito de determinar la relación entre la presencia de infección urinaria y recién nacido pretérmino y con recién nacido con bajo peso. fueron 80 puérperas con partos pretérmino y 80 puérperas con recién nacidos con bajo peso; la infección urinaria tuvo mayor frecuencia (66%) en el grupo de recién nacido con bajo peso; que en el grupo con recién nacido con prematuridad (55%); concluye que la infección urinaria se asocia a recién nacido con bajo peso, pero no a recién nacido prematuro.⁽¹⁶⁾

Karen Sernaque (Piura, 2020) realizó un estudio de diseño observacional transversal analítico, revisando 70 historias de madres con recién nacido prematuros de un Hospital de la ciudad de Piura, con el propósito de determinar factores maternos y fetales que se relaciona con la presencia de prematuridad; encontró que la multiparidad ($p < 0,001$), la enfermedad asociada a la gestación ($p = 0,002$), oligohidramnios ($p = 0,001$), y parto distócico ($p = 0,001$) se asociaron significativamente con recién nacido prematuro⁽¹⁷⁾.

Andrea Vergara (Lima, 2020) en su estudio de diseño observacional transversal analítico, para determinar factores que se asocian a recién nacido prematuro, por lo que evaluó a 189 historias revisó 189 historias de recién nacidos por cesáreas a causa de preeclampsia en un Hospital de Lima; formo dos grupos conformado por 63 prematuros y 126 recién a nacido a término; encontró que el número insuficiente de atenciones prenatales se asoció significativamente para prematuridad ($p = 0,037$).⁽¹⁸⁾

Carlos Toro; Joshuan Barboza; Liseth Pinedo, et al (La Libertad, 2021) realizaron un estudio de tipo cuantitativo de diseño observacional analítico de caso control, con el propósito de

determinar factores asociados a recién nacido prematuro, en 2000 recién nacidos de un Hospital Regional de Trujillo, 1000 prematuros y 1000 a término; encontró que menos de 4 atenciones prenatales ((OR 2,65; IC95%: 2,21-3,18) se asocia a prematuridad, la no presencia de infección urinaria se asocia como un factor protector (OR 0,73; IC95%: 0,56-0,95) a presentar recién nacido prematuro ⁽¹⁹⁾

Jhilsson Bazalar (Lima, 2021) realizó un estudio de diseño observacional de caso control, con el propósito de determinar a la infección urinaria como riesgo de prematuridad, para lo cual evaluó a 2697 recién nacido de un Hospital Regional de la ciudad de Huacho, encontró 302 caso de madres con infección urinaria y 2395 madres sin infección urinaria; la prevalencia de infección urinaria en los prematuros fue de 21.8% y en los a término de 9.9%; obteniendo un riesgo de OR 2.5 (p=0.001); con mayor riesgo en el segundo trimestre en el embarazo (OR=2.6, p=0.001), seguido por el tercero (OR=2,4, p=0,001), en el primer trimestre fue de OR=2.2 (p=0.003) continuado por el primero (OR: 2,24 IC95%: 1,21-3,95, p: 0,003). ⁽²⁰⁾

Frankchesca Murguía; Sonia Indacochea; Juan Roque; et al (Lima, 2021) en su estudio observacional analítico de caso control, con el objetivo de conocer los factores maternos que predisponen a parto pretérmino; evaluaron 180 gestantes adolescentes de un Hospital Nacional de la ciudad de Lima, dividido en 2 grupos, 60 prematuros y 120 recién nacido a término; encontrando que la anemia (OR: 2,1; p= 0,030), infección urinaria (OR: 3,9; p= 0,005) y preeclampsia (OR: 3,7, p= 0,032) fueron factores que se asociaron a parto pretérmino. ⁽²¹⁾

Jessica Ildfonso (Ucayali, 2021) en su trabajo de investigación de diseño observacional transversal de cohorte y controles, con el propósito de identificar los factores maternos asociados a la

prematuridad, evaluó 150 neonatos de un Hospital de Pucallpa, encontró que las madres entre 18–35 años de edad, la instrucción superior, fueron factores de protección para la presencia de prematuros; el analfabetismo, la preeclampsia, el polihidramnios, desprendimiento prematura de placenta, las infecciones vaginales, las infecciones urinarias se relacionan significativamente a recién nacido prematuro ⁽²²⁾

Pablo Grajeda (Cuzco, 2021) realizó un estudio observacional analítico de caso control con el objetivo de conocer los factores maternos que se relacionan a casos de prematuridad, para ello comparo 148 prematuros con 148 recién nacidos a término de un Hospital de la ciudad de Cusco; la edad materna extrema (OR=2.29, p=0.008); periodo intergenésico menor de 2 años o mayor de 5 años (OR=6.69, p=0.001); antecedente de parto prematuro (OR=2.10, p=0.000); número multiparidad (OR=2.77, p=0.000), desnutrición materna (OR=2.1, p=0.001), inadecuado de atención prenatal (OR=5.33, p=0.000); embarazo múltiple (OR=4.70, p=0.001), placenta previa (OR=5.3, p=0.030) ⁽²³⁾

Antecedentes Regionales:

Haydee Guerra; Ruth Marañón; Sheyli Solignac (Loreto, 2018) realizaron un estudio observacional transversal correlacional, con el objetivo de determinar los factores que condicionan partos pretérminos, por lo que revisaron 99 historias de neonatos de un Hospital de Nivel II de la ciudad de Iquitos, encontrando que las edades extremas, antecedente de abortos, primíparas, periodo intergenésico menos de 2 años, anemia materna y ruptura prematura de membrana se asociaron con mayor frecuencia a recién nacido prematuros ⁽²⁴⁾

Merlissa Reategui (Loreto, 2018) realizó un estudio de diseño observacional analítico de caso control, para determinar los factores que se asocian a la prematuridad; evaluó a 174 gestantes adolescentes atendidas en el Hospital de nivel III de la ciudad de Iquitos, los cuales se dividen en 2 grupos, 58 adolescentes con recién nacido prematuro y 116 adolescentes con recién nacido a término; los factores que se asociaron significativamente a prematuridad fueron: fueron gestantes adolescentes con bajo peso pregestacional (OR=2.23, p=0.045), gestantes adolescentes con bajo peso y ganancia de peso no adecuado (OR=4.5, p= 0.048), gestantes adolescentes con peso normal y ganancia de peso no adecuado (OR=2.79, p= 0.018), infección urinaria (OR 1.94, p=0.041), anemia (OR 1.94, p= 0.040), hipertensión inducida en el embarazo (OR 2.22, p=0.040), preeclampsia (OR=2.81, p=0.034) y ruptura temprana de membrana (OR 2.48, p= 0.048) y tienen un riesgo significativo de presentar recién nacido pretérmino. ⁽²⁵⁾

Doylli Ruiz. (Loreto, 2019) diseñó un estudio observacional retrospectivo analítico de caso control, para determinar la relación de la anemia con la presencia de recién nacido prematuros; revisando 120 neonatos el Hospital de Nivel II del MINSA de la ciudad de Iquitos, de los que 30 fueron casos (recién nacido prematuro) y 90 controles (recién nacido a término); el 53.3% de los casos presentaron anemia, mientras que el 20% de los controles lo tuvieron, la madres con anemia tuvieron un riesgo significativo de 5 veces de tener un recién nacido prematuro que una madre sin anemia ⁽²⁶⁾

Luxandra Caiña, Tany Vela (Loreto, 2021) realizaron un estudio de diseño observacional caso control, evaluando a 156 neonatos del Hospital de EsSALUD de la ciudad de Iquitos, donde 52 casos de

recién nacidos prematuros y 104 recién nacidos a término, con el objetivo de conocer los factores que influyen en la presencia de prematuridad, calculando su fracción etiológica atribuible, encontrando que las madres menores de 20 años (OR 2.8, FEA 64.2%, $p = 0.009$), el bajo peso pregestacional (OR 2.8, FEA 63.6%, $p = 0.030$), nulíparas (OR 2.2, FEA 54.5%, $p = 0.031$), menos de seis atenciones prenatales (OR 3.2, FEA 68.5% $p = 0.002$), anemia (OR 2.3, FEA 56.5%, $p = 0.044$), RPM (OR 2.4, FEA 57.8% $p = 0.042$), Hiperémesis gravídica (OR 2.4, FEA 58.7%, $p = 0.045$) y preeclampsia (OR 3.9, FEA 74.3%, $p = 0.048$), contribuyen a la presencia de recién nacidos pretérmino. ⁽²⁷⁾

1.2 Bases Teóricas

a) Prematuridad

La Organización Mundial de la Salud ha definido como prematuridad a aquel recién nacido que nace antes de las 37 semanas de gestación; y lo clasifico en cuatro categorías ⁽²⁸⁾:

Prematuro extremo (menos de 28 semanas de gestación)

Muy prematuro (28 a 31 semanas de gestación)

Prematuro moderados a tardíos 32 a 36 semanas de gestación)

Prematuro general (< 37 semanas)

b) Indicadores de Prematuridad

El prematuro, es un recién nacido que presenta un desarrollo de menos de 37 semanas de gestación, que representa con una tasa global de prevalencia del 11% según la organización mundial de la salud; siendo una de las principales causas de mortalidad neonatal e infantil, y cerca del

50% de discapacidad en el periodo perinatal ^(29,30). En el Perú en el 2017 reporta una tasa de prevalencia de prematuridad del 21.8% ⁽³¹⁾

c) Factores de riesgo de Prematuridad

La presencia de prematuridad que es un problema de salud pública se le ha considerado que es un problema multifactorial; dependiente de factores sociodemográficas, culturales, económicas, ambientales, y la presencia de las características obstétricas, según las variables de estudio:

Edad materna ha sido descrito un factor de riesgo, con mayor riesgo en adolescentes ya sean primarias o multíparas, estudios también implica en gestantes mayores de 35 años de edad, pero es mayor en las mayores de 40 años que en las de 35 a 39 años ^(15,21,26)

El estado civil se reportó un mayor riesgo en las solteras o en las gestantes que vivan solas, aunque este factor se asocia a marcadores de nivel socioeconómico o factores psicosociales. ⁽²²⁾

Las condiciones socioeconómicas es una variable compuesta por dimensiones no solo lo económico, implica el nivel de instrucción de las personas que le permite un mejor concepto y actitud a eventos adversos, la instrucción superior es un factor protector para las complicaciones maternas y perinatales, nivel de profesionalismo, como el gasto de bolsillo en salud, implica el consumo de calorías, proteínas, vitaminas que influye en su estado nutricional, el déficit del saneamiento

ambiental que empobrece su calidad de vida, como la procedencia que le permite una accesibilidad al centro asistencial..^(7,22,32)

Los antecedentes de las gestantes con el haber tenido un recién nacido prematuro o la presencia de aborto espontaneo condiciona 2 a 5 veces la probabilidad de presentar un recién nacido prematuro ^(22,33)

El periodo intergenésico se considera el tiempo de una gestación a otra, es un factor de riesgo, el riesgo es mayor si el tiempo es mucho menor menos de 6 meses, este riesgo se asocia cuando el intervalo es mayor de 18 meses, así mismo cuando se evalúa con periodos intergenésico mayores de 5 años se encontró un mayor riesgo con un intervalo de 2 a 5 años ^(13,23,34)

El estado nutricional y la ganancia de peso durante el embarazo contribuye en el desarrollo fetal, así con le encontraron riesgo a prematuridad, recién nacido de bajo peso y retardo de crecimiento intrauterino. ^(11,12,)

Los casos de enfermedad durante el embarazo condicionan complicaciones maternas y perinatales; condonando restricción de crecimiento o presencia de parto prematuro, reportando a las enfermedades hipertensiva durante el embarazo, con mayor riesgo en los casos de preeclampsia, los casos de infecciones que se asocian a un aumento de marcadores inflamatorios que pueden activar la labor parto antes de las 37 semanas a través de la liberación de prostaglandinas endógenas, como los casos de infección

urinaria vaginosis bacteriana en la restricción del crecimiento fetal, al bajo peso y retardo de crecimiento intrauterino; puede estar asociada con el parto prematuro.^(8,18,22,25,27)

En la mayoría de los estudios revisados, consideran que la inadecuada atención prenatal, que es un conjunto de actividades educacionales, evaluación integral y preparación para el parto y puerperio, favorece la presencia de complicaciones maternas y perinatales, como los casos de prematuridad.⁽²³⁻²⁶⁾

d) Impacto de la Prematuridad

La prematuridad es uno de los principales problemas de salud pública en este milenio, se considera que uno de cada 10 nacimientos vivos es prematuro, y que cerca de un millón de niños prematuros mueren cada año, los que sobreviven presentan discapacidades, como en el aprendizaje, auditivas y visuales.⁽³⁵⁾

El prematuro presenta sistemas y órganos vitales inmaduros como el sistema nervioso, sistema respiratorio, sistema digestivo, oftalmológico; inmunológico, nutricional; que le predisponen a una mayor tasa de mortalidades; dificultad respiratoria, retinopatías, hemorragia interventricular, infecciones como sepsis neonatal, compromiso auditivo, desnutrición infantil; en la etapa adulta trastornos metabólicos⁽³⁶⁾

La prematuridad se asocia a problemas maternos, como compromisos infecciosos, enfermedades vasculares como preeclampsia, sobre distensión uterina ⁽³⁷⁾.

1.3 Definición De Términos Básicos

Prematuro: Recién nacido con edad gestacional menor de 37 semanas. ⁽²⁸⁾

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. ⁽³⁸⁾

Morbilidad materna: Presencia de condiciones fisiopatológicas durante el embarazo que comprometen la salud de la madre y feto, como enfermedad hipertensiva, hiperémesis, infecciones, etc. ⁽²²⁾

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. ⁽¹⁸⁾

Preeclampsia: Gestante mayor de 20 semanas con presión alta y proteinuria igual o mayor de 300 mg en 24 horas. ⁽¹⁸⁾

Eclampsia: Gestante mayor de 20 semanas con presencia de cuadro convulsivo o coma, con registros de presión alta y proteinuria. ⁽¹⁸⁾

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. ⁽²⁵⁾

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. ⁽²⁰⁾

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. ⁽²⁵⁾

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). ⁽²⁵⁾

CAPITULO II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Descripción Del Problema

La prematuridad es un problema de salud pública, por su alta incidencia en países en vías de desarrollo, en nuestro país la tasa de prematuros se encuentra en ascenso, con reporte del 2017 en 21.8% y para el 2018 23%; aumento de la tasa de defunciones neonatales, en el 2011 la tasa de defunción neonatal en prematuro era del 60% y para el 2018 del 70% ^(19,22,39)

El Ministerio de Salud en el 2015 reporta que la mayor tasa a nivel nacional de recién nacidos vivos con 32 a 36 semanas es Loreto con un 7.2%, las regiones de Piura, Tumbes, La Libertad, Cajamarca bordean una tasa del 6% ⁽⁴⁰⁾

Los prematuros presentan complicaciones, en forma temprana presenta síndrome de distrés respiratorio, hemorragia intraventricular, persistencia del conducto arterioso, enterocolitis necrotizante, infecciones y retinopatía; a una etapa de mayor edad malnutrición, anemia, alteraciones del sistema nervioso central como insuficiencia motora, discapacidad intelectual, disminución de la audición y visión; además de infecciones ⁽⁴¹⁾

La prematuridad tiene un causal multifactorial, muchas veces desconocidas, dentro de todas las variables involucradas hay algunas que son frecuentes según la fisiopatología como las infecciones vaginales y urinarias; la reducción del flujo sanguíneo uteroplacentario, afecciones placentarias y embarazos múltiples; pero existen otros factores predisponentes como las edades

extremas de la gestante, los trastornos del líquido amniótico, la preeclampsia, atención prenatal, entre otros. ^(19,41)

Actualmente se considera que una reducción de las tasas de complicaciones maternas y perinatales es ofertar un embarazo saludable, a través de una atención integral preventiva y participativa antes y durante del embarazo; no solo en el reconocimiento de los síntomas y signos, sino en identificar los factores que se atribuyen significativamente y con mayor riesgo en la posibilidad de presentar parto prematuro y con ello un recién nacido prematuro.

El estudio plantea determinar los factores maternos y obstétricos que se asociación significativamente a la prematuridad, y cuál es su riesgo atribuible o fracción etiología que contribuye a su prevalencia

2.2 Formulación Del Problema

2.2.1 Problema General

¿Cuáles son los factores maternos atribuibles a prematuridad en un Hospital del III nivel de la ciudad de Iquitos, 2020 - 2021?

2.2.2 Problemas Específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las madres con recién nacido prematuro como edad, procedencia, instrucción y estado civil, atendidas en un Hospital del III nivel de la ciudad de Iquitos, 2020 – 2021?

- ¿Cuáles son las características obstétricas de las madres con recién nacido prematuro como antecedentes, último embarazo, estado nutricional pregestacional, ganancia de peso, paridad, número de atenciones prenatales, morbilidad durante el embarazo; atendidas en un Hospital del III nivel de la ciudad de Iquitos, ¿2020 – 2021?
- ¿Cuál es el riesgo atribuible de las características sociodemográficas de la madre con la presencia de recién nacido prematuro?
- ¿Cuál es el riesgo atribuible de las características obstétricas de la madre con la presencia de recién nacido prematuro?

2.3 Objetivos

2.3.1 Objetivo General

Determinar los factores maternos atribuibles a prematuridad en un Hospital del III nivel de la ciudad de Iquitos, 2020 - 2021

2.3.2 Objetivos Específicos

- Conocer las características sociodemográficas de las madres con recién nacido prematuro como edad, procedencia, instrucción y estado civil, atendidas en un Hospital del III nivel de la ciudad de Iquitos, 2020 - 2021.

- Identificar las características obstétricas de las madres con recién nacido prematuro como antecedentes, último embarazo, estado nutricional pregestacional, ganancia de peso, paridad, número de atenciones prenatales, morbilidad durante el embarazo; atendidas en un Hospital del III nivel de la ciudad de Iquitos, 2020 - 2021.
- Determinar el riesgo atribuible de las características sociodemográficas de la madre (edad, procedencia, instrucción y estado civil) con la presencia de recién nacido prematuro.
- Determinar el riesgo atribuible de las características obstétricas de la madre (antecedentes, último embarazo, estado nutricional pregestacional, ganancia de peso, paridad, número de atenciones prenatales, morbilidad durante el embarazo) con la presencia de recién nacido prematuro

2.4 Hipótesis

Hipótesis Alterna H_1 Las madres tienen factores sociodemográficos y obstétricos, que se le atribuyen significativamente a la presencia de recién nacido prematuro.

Hipótesis Nula H_0 : Las madres carecen de factores sociodemográficos y obstétricos, que determinan la presencia de recién nacido prematuro.

2.5 Variables, Indicadores e Índices

2.5.1 Identificación de las variables

Variables independientes:

- Características sociodemográficas:
 - Edad materna
 - Procedencia
 - Instrucción
 - Estado civil

- Características Obstétricos
 - Antecedentes
 - Último embarazo
 - Estado nutricional pregestacional
 - Ganancia de peso
 - Paridad
 - Número de atenciones prenatales
 - 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 ⁽²⁸⁾.

Características sociodemográficas: atributos que tiene una persona en el ámbito social, cultural, demográfico y económico, como edad, procedencia, instrucción y estado civil. ⁽¹¹⁾

Características obstétricas: Atributos o condiciones que presenta una mujer en el ámbito obstétrico como, fórmula PARA, antecedente de complicaciones perinatales, periodo intergenésico, estado nutricional, ganancia de peso durante su embarazo, atención prenatal, morbilidad durante el embarazo, entre otras. Son características que presentan una gestante durante su embarazo como su estado nutricional pregestacional, paridad, atención prenatal, y morbilidad durante el embarazo, etc. ⁽²⁵⁾

Anemia: Hemoglobina < de 11 g/ml, según su valor se clasifica en leve (Hb 9 a 11g/dL), moderada (7 a 8,9 d/dL) y severa (Hb <7g/dL). ⁽²⁵⁾

Infección urinaria: Presencia de molestias urinarias con examen de orina con leucocituria, nitritos positivos, o urocultivo positivo de más de 100,000 colonias de gérmenes. ⁽²⁰⁾

Hipertensión en el embarazo: Gestante con 20 a más semanas de embarazo, con aumento de la presión sistólica superior a 30 mmHg y/o diastólico superior a 15 mmHg sobre la basal, o se incrementan por encima de 20 mmHg de la PAM. ⁽¹⁸⁾

Preeclampsia: Gestante con HIE y proteinuria igual o mayor de 300 mg en 24 horas. ⁽¹⁸⁾

Hiperémesis gravídica: Presencia de náuseas y vómitos a partir de la 5ta semana de gestación hasta las 16 a 18 semanas. ⁽²⁵⁾

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	Recién nacido con menos de 37 semanas de gestación.	Cualitativo Nominal	RN prematuro registrado en el libro de neonatología	Recién nacido: 1. Prematuro 2. A termino
Características sociodemográficas de la madre	Condiciones sociales y demográficas de la madre	Edad: Tiempo cronológico transcurrido entre el nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Cuantitativa intervállica	Edad de la madre registrada en su historia virtual en el momento del parto	Edad: 1. ≤ 19 años 2. 20 a 34 años 3. > 34 años
Características sociodemográficas de la madre	Condiciones sociales y demográficas de la madre	Procedencia: Lugar donde reside la madre	Cualitativo Nominal	Dirección registrada en la historia virtual de la madre	Procedencia: 1. Urbana 2. Marginal 3. Rural
		Instrucción: Años de estudios cursados y aprobados	Cualitativo Ordinal	Nivel de instrucción registrado en la historia virtual de la madre	Nivel de instrucción: 1. Primaria 2. Secundaria 3. Técnica 4. Superior
		Estado civil: Condición legal de una persona	Cualitativo Nominal	Estado civil registrado en la historia	Estado civil: 1. Soltera 2. Conviviente 3. Casada
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo y escala	Indicador	Categoría
				virtual de la madre	
Características obstétricas	Condiciones obstétricas que presenta la madre como antecedentes, periodo	Antecedentes: Condiciones obstétricas padecidas por la madre	Cualitativo Nominal	Antecedente de RN prematuro, RNBP, abortos registrados en la historia virtual de la	Antecedentes RN prematuros RNBP Abortos

	intergenésico estado nutricional pregestacional, etc.			madre	
		Último embarazo: tiempo que tuvo su último embarazo o parto	Cuantitativo interválico	Último embarazo registrado en la historia virtual de la madre	Último embarazo 1. < 2 años 2. 2 a 5 años 3. > 5 años
		Estado nutricional pregestacional a través del índice de Masa Corporal Talla/peso ²	Cualitativo Ordinal	Peso y talla registrada en la primera atención prenatal	IMC: Bajo peso: IMC < 18.5 Normal: IMC 18.5 - 24.9 Sobrepeso: IMC 25 - 29.9 Obesidad: IMC Obesidad: IMC > 30
		Ganancia de peso: Aumento de peso durante el embarazo	Cuantitativo interválica	Diferencia de pesos entre el peso registrado en la primera APN y antes del parto	Bajo peso: Adecuado: Ganancia de 12.5-18Kg; Normal: Adecuado: Ganancia 11.5- 16Kg. Sobrepeso Adecuado: Ganancia de 7- 11.5 Kg; Obesidad Adecuado: < 7 kg
		Paridad: número de partos de la madre	Cualitativo Ordinal	Número de partos registrado en la primera APN	Parida: 1. Nulípara 2. Primípara 3. Multípara 4. Gran multípara
		Atención Prenatal: Evaluación integral dl embarazo por	Cualitativo Nominal	Número de atenciones prenatales registrado en la historia	Atención prenatal: 1. menos de 6 atenciones. .
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo y escala	Indicador	Categoría
Características obstétricas	Condiciones obstétricas que presenta la madre como antecedentes, periodo intergenésico estado nutricional pregestacional, etc.	profesional de salud		virtual de la madre	2. 6 a más atenciones.
		Morbilidad Materna Condición clínica que afecta a la madre durante el embarazo	Cualitativo Nominal	Morbilidad registrada en la historia virtual de la madre	Morbilidad durante el embarazo 1. Anemia 2. ITU 3. PE 4. Eclampsia 5. HG 6. RPM 7. Otros

CAPITULO III METODOLOGÍA

3.1 Tipo y Diseño de Investigación

El presente estudio es de tipo cuantitativo de diseño observacional, retrospectivo, analítico de caso control ^(42,43).

Cuantitativo: Porque utilizo la estadística para demostrar y explicar en forma numérica los factores que atribuyen la presencia de recién nacido prematuro.

Observacional: Porque en el estudio no hay manipulación de las variables independientes.

Retrospectivo: Porque el evento de estudio ya ocurrió antes de iniciar el estudio.

Caso Control: Porque se comparó un grupo de persona que presenta el evento con un grupo de persona que no tiene el evento, con el propósito de relacionar el atributo o factor con la presencia de la enfermedad, utilizando estadística inferencial para determinar la relación.

3.2 Población y Muestra

Durante el 2020 y 2021 se notificaron 1924 recién nacidos vivos de un Hospital de Nivel III de la ciudad de Iquitos, de los que 142 recién nacidos fueron prematuros, siendo la población de estudio.

El tamaño de la muestra se calculó a través de la fórmula:

Cálculo del tamaño de la muestra = $n / (1 + (n/N))$

$$n = (Z^2) (p)(q) / e^2$$

$Z = 1.96$, valor de Z al 95% de confianza

$p = 0.5$

$q = 1 - p = 0.5$

$e =$ error estándar, que su valor es de 0.05

$N = 142$

$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2} = 384.16$

$TM = 384.16 / (1 + (384.16/142)) = 104$

De los 142 recién nacidos prematuros se seleccionaron 104 recién nacidos prematuros que fue la muestra de recién nacidos prematuras, los cuales se denominaron los **casos**; de los cuales se obtuvieron las historias virtuales de las madres; por cada caso se contrarresto con 2 **controles**; siendo 208 recién nacidos a término, de los que se examinaron las historias virtuales de las madres; el muestreo fue aleatorio simple a través de los números randón.

Los criterios de inclusión de los casos fueron:

- Madres con recién nacido vivo prematuro.
- Madre con historia clínica virtual con información de las variables de estudio
- Presencia de información virtual de las atenciones prenatales registrada en el Sistema de Gestión Hospitalaria del Hospital de Nivel III.

Los criterios de inclusión de los controles fueron:

- Madres con recién nacido vivo a término.
- Madre con historia clínica virtual con información de las variables de estudio

- Presencia de información virtual de las atenciones prenatales registrada en el Sistema de Gestión Hospitalaria del Hospital de Nivel III

Los criterios de exclusión de los casos y controles:

- Madres con recién nacido vivo a término o prematuro que no se atendió en el del Hospital de Nivel III
- Historias virtuales con información ausente o incompleta de las variables de estudio
- No registro de las atenciones prenatales en el del Hospital de Nivel III.

3.3 Técnicas, Instrumentos y Procedimientos de Recolección de Datos

La técnica que se uso en el presente estudio para la recolección de la información de las variables es de fuente secundaria a través de la revisión de las historias clínicas virtuales de la madre.

El instrumento que se utilizó en el presente estudio, es una ficha de recolección de datos que se encuentran registrado en las historias clínicas virtuales de la madre, consta de consta de 3 secciones, en la primera se registra la presencia de recién nacido prematuro o a término; en la segunda sección del instrumento se registró las características sociodemográficos de la madre (edad, procedencia, instrucción y estado civil); en la tercera sección se registra las características obstétricas de la madre (antecedentes, último embarazo, estado nutricional pregestacional, ganancia de peso durante el embarazo, paridad, número de atenciones prenatales y morbilidad materno).

Previamente se revisaron los libros de hospitalización de la Unidad de Neonatología para la conocer la población de recién nacidos prematuros, dicha información se cruza con la información registrada en el Libro de hospitalización del Servicio de Gineco Obstetricia, obteniendo 142 historias virtuales de las madres con recién nacido prematuros que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión para su selección a través de los números randón, se realizó un muestreo aleatorio hasta obtener el número de historias virtuales que fue calculado para los casos.

Similar procedimiento se realizó para los controles, los cuales fueron el doble de número que los casos.

3.4 Procesamiento y Análisis de datos

Se revisaron las historias virtuales de las gestantes con o sin recién nacido prematuro, para obtener los datos de las variables de estudio, los cuales se ingresaron en una base de datos en Excel, la cual se procesó con el software SPSS versión 26.0.

Los resultados de las variables independientes se presentan en tablas de frecuencias, utilizando la estadística descriptiva.

La relación entre la variable independiente con la variable dependiente se presenta en tabla de contingencia bivariado; calculando la asociación a través del odds ratio y la significancia estadística a través de la prueba no paramétrica de chi cuadrado.

El riesgo atribuible se calcula a través de la formula ⁽⁴⁴⁾:

$$RA = \frac{P_{(e)} \times (OR-1)}{1 + (P_{(e)} \times (OR-1))}$$

$P_{(e)}$ = Proporción de casos expuestos.

CAPÍTULO V RESULTADOS

- a) **Riesgo atribuible de las características sociodemográficas de la madre con la presencia de recién nacido prematuro.**

Tabla 01
Relación entre Edad materna y RN prematuro
Hospital Nivel III – Iquitos
2022

Edad	Prematuro		A término		Total	OR, RA, p
< 19 años	19	54.3%	16	45.7%	35	2.83, 0.277, 0.003
20 a 34 años	72	29.5%	172	70.5%	244	1
> 34 años	13	39.4%	20	60.6%	33	1.55, 0.08, 0.248
Total	104	33.3%	208	66.7%	312	

Fuente: Historias clínicas

El 54.3% de las madres menores de 20 años edad presentaron recién nacido prematuros, con un OR significativo de 2.83 que las madres con 20 a 34 años de edad, el evitar embarazo en adolescentes reducirían en un 27.7% la prevalencia de prematuridad, las madres mayores de 35 años de edad tuvieron un OR no significativo de 1.55 que las madres entre los 20 a 34 años (Tabla N^o 01)

Tabla 02
Relación entre la Procedencia y RN prematuro
Hospital Nivel III – Iquitos
2022

Procedencia	Prematuro		A término		Total	OR, RA, p
Urbano	68	31.9%	145	68.1%	213	0.82, -0.133, 0.439
Urbano marginal	32	36.0%	57	64.0%	89	1.18, 0.05, 0.535
Rural	4	40.0%	6	60.0%	10	1.34, 0.01, 0.649
Total	104	33.3%	208	66.7%	312	

Fuente: Historias clínicas

El 40.0% de las madres que proceden de la zona rural de la ciudad presentaron recién nacido prematuros, con un OR no significativo de 1.34 que aquellas que no de procedencia rural; el 36.0% de las madres que proceden de la zona urbano marginal tuvieron un OR no significativo de 1.18 para tener recién nacido prematuro (Tabla N^o 02)

Tabla 03
Relación entre el Nivel de Instrucción y RN prematuro
Hospital Nivel III – Iquitos
2022

Instrucción	Prematuro		A término		Total	OR, RA, p
Primaria	22	57.9%	16	42.1%	38	3.22, 0.319, 0.000
Secundaria	67	30.0%	156	70.0%	223	0.60, -0.343, 0.051
Técnica	11	29.7%	26	70.3%	37	0.83, -0.01, 0.620
Superior	4	28.6%	10	71.4%	14	0.79, -0.01, 0.699
Total	104	33.3%	208	66.7%	312	

Fuente: Historias clínicas

El 57.9% de las madres que tiene instrucción primaria presentaron recién nacido prematuros, con un OR significativo de 3.22; las madres con otro nivel de instrucción tienen un OR menor de 1 no significativo ($p < 0.05$); el que las madres mejoren su nivel de instrucción pueden reducir en un 31.9% la prevalencia de prematuridad (Tabla N^o 03)

Tabla 04
Relación entre el Estado Civil y RN prematuro
Hospital Nivel III – Iquitos
2022

Estado Civil	Prematuro	A término	Total	OR, RA, p
Casada	68 31.9%	145 68.1%	213	0.82, -0.13, 0.439
Conviviente	32 36.0%	57 64.0%	89	0.90, -0.03, 0.671
Soltera	4 40.0%	6 60.0%	10	3.34, 0.360, 0.000
Total	104 33.3%	208 66.7%	312	

Fuente: Historias clínicas

El 40.0% de las madres que son solteras presentaron recién nacido prematuros, con un OR significativo de 3.34; las madres casadas y convivientes tienen un OR menor de 1 no significativo ($p < 0.05$); el que las madres no sean solteras pueden reducir en un 36.0% la prevalencia de prematuridad (Tabla N^o 04)

b) Riesgo atribuible de las características obstétricas de la madre con la presencia de recién nacido prematuro

Tabla 05
Relación entre el Antecedente Obstétrico y RN prematuro
Hospital Nivel III – Iquitos
2022

Antecedente	Prematuro	A término	Total	OR, RA, p
Prematuridad	6 75.0%	2 25.0%	8	6.31, 0.234, 0.011
RN de bajo peso	12 75.0%	15 25.0%	27	1.6, 0.073, 0.200
Aborto	33 31.7%	71 68.3%	104	1.26, 0.012, 0.688
Total	104 33.3%	208 66.7%	312	

Fuente: Historias clínicas

El 75.0% de las madres con antecedente de prematuridad presentaron recién nacido prematuros, con un OR significativo de 6.31; el no tener antecedente de recién nacido prematuro reduce en un 23.4% la prevalencia de prematuridad; las madres con antecedente de recién nacido de bajo peso y antecedente de aborto no tuvieron riesgo significativo de recién nacido prematuro (Tabla N^o 05)

Tabla 06
Relación entre el Periodo Intergenésico y RN prematuro
Hospital Nivel III – Iquitos
2022

Periodo intergenésico	Prematuro	A término	Total	OR, RA, p
0 años	23 46.0%	27 54.0%	50	1.90, 0.166, 0.038
Menos de 2 años	24 45.3%	29 54.7%	53	1.85, 0.164, 0.042
Entre 2 a 5 años	52 26.9%	141 73.1%	193	0.48, --0.356, 0.002
> 5 años	5 31.3%	11 68.7%	16	0.90, -0.004, 0.855
Total	104 33.3%	208 66.7%	312	

Fuente: Historias clínicas

El 45.3% de las madres con un periodo intergenésico menos de 2 años presentaron recién nacido prematuros, con un OR significativo de 1.85; el evitar embarazos dentro de este periodo podría reducir en un 16.4% la prevalencia de prematuridad; las madres con un periodo intergenésico entre 2 a 5 años es un factor protector significativo (OR = 0.48, $p = 0.002$), reduce en un 35.6% la prevalencia de recién nacido prematuro (Tabla N^o 06)

El 46.0% que no tuvieron embarazo previo presentaron recién nacido prematuro, con un OR significativo de 1.90, contribuye en un 16,6% la prevalencia de recién nacido prematuro (Tabla N^o 06)

Tabla 07
Relación entre el Estado nutricional pregestacional y RN prematuro
Hospital Nivel III – Iquitos
2022

Estado nutricional pregestacional	Prematuro		A término		Total	OR, RA, p
Bajo Peso:	24	45.3%	29	54.7%	53	1.85, 0.164, 0.042
Normal:	69	43.4%	161	56.6%	230	0.58, -0.392, 0.036
Sobrepeso:	11	37.9%	18	62.1%	29	1.24, 0.026, 0.581
Total	104	43.2%	208	56.8%	312	

Fuente: Historias clínicas

El 45.3% de las madres con bajo peso pregestacional presentaron recién nacido prematuros, con un OR significativo de 1.85; el evitar embarazos en madres con bajo peso pregestacional podría reducir en un 16.4% la prevalencia de prematuridad; las madres con peso pregestacional normal es un factor protector significativo (OR = 0.58, p = 0.036), reduce en un 39.2% la prevalencia de recién nacido prematuro (Tabla N° 07)

Tabla 08
Relación entre la Ganancia de peso y RN prematuro
Hospital Nivel III – Iquitos
2022

Estado Nutricional	Ganancia de peso	Prematuro		A término		Total	OR, RA, p
Bajo Peso:	No adecuado	16	59.3%	11	40.7%	27	2.27, 0.60, 0.037
	Adecuado	8	30.8%	18	69.2%	26	
Normal:	No adecuado	19	43.2%	25	56.8%	44	2.07, 0.23, 0.034
	Adecuado	50	26.9%	136	73.1%	186	
Sobrepeso:	No adecuado	4	36.4%	7	63.6%	11	0.89, -0.04, 0.892
	Adecuado	7	38.9%	11	61.1%	18	

Fuente: Historias clínicas

El 59.3% de las madres con bajo peso pregestacional y no ganancia de peso adecuado presentaron recién nacido prematuros, con un OR significativo de 2.27 para prematuridad; el intervenir embarazos en madres con bajo peso pregestacional que no ganan peso adecuadamente durante el embarazo podría reducir en un 60.0% la prevalencia de prematuridad; las madres con peso pregestacional normal y no ganancia de peso adecuado presentaron un OR significativo de 2.07 para prematuridad; el intervenir embarazos en madres con peso pregestacional normal que no ganan peso adecuadamente durante el embarazo podría reducir en un 23.0% la prevalencia de prematuridad (Tabla N^o 08)

Tabla 09
Relación entre la Paridad y RN prematuro
Hospital Nivel III – Iquitos
2022

Paridad	Prematuro		A término		Total	OR, RA, p
Nulípara	23	46.0%	27	54.0%	50	1.90, 0.166, 0.038
Primípara	31	43.1%	41	56.9%	72	1.73, 0.179, 0.046
Múltipara	48	26.5%	133	73.5%	181	0.4, -0.313, 0.003
Gran múltipara	2	22.2%	7	77.8%	9	0.56, -0.01, 0.473
Total	104	33.3%	208	66.7%	312	

Fuente: Historias clínicas

El 46.0% de las madres nulípara presentaron recién nacido prematuros, con un OR significativo de 1.90 para prematuridad, contribuyen con el 16.6% de la prevalencia de prematuridad. El 43.1% de las primíparas presentaron prematuros con un OR significativo de 1.73, contribuyen con el 17.9% de la prevalencia de prematuridad. El 26.5% de las múltiparas presentaron recién nacido prematuros con un OR (0.4) significativo protectorio (0.003) de recién nacido prematuro, reduce el 31.3% de la prevalencia de prematuridad (Tabla N^o 09)

Tabla 10
Relación entre la Atención Prenatal y RN prematuro
Hospital Nivel III – Iquitos
2022

Número de APN	Prematuro		A término		Total	OR, RA, p
Menos de 6 APN	29	43.9%	37	56.1%	66	1.79, 0.179, 0.039
6 a más APN	75	30.5%	171	69.5%	246	
Total	104	33.3%	208	66.7%	312	

Fuente: Historias clínicas

El 43.9% de las madres con menos de 6 atenciones prenatales presentaron recién nacido prematuros, con un OR significativo de 1.79 para prematuridad, contribuyen con el 17.9% de la prevalencia de prematuridad (Tabla N^o 10)

Tabla 11
Relación entre la Morbilidad Materna y RN prematuro
Hospital Nivel III – Iquitos
2022

Morbilidad materna	Prematuro	A término	Total	OR, RA, p
Anemia	31 51.7%	29 48.3%	60	2.09, 0.35, 0.041
ITU	26 52.0%	24 48.0%	50	2.12, 0.372, 0.047
HIE	15 45.5%	18 54.5%	33	1.63, 0.199, 0.25
PE:	8 44.4%	10 55.6%	18	2.94, 0.430, 0.022
Hiperémesis gravídica:	8 36.4%	14 63.6%	22	1.12, 0.029, 0.27
RPM	7 43.8%	9 56.3%	16	1.52, 0.10, 0.456
No Morbilidad	23 33.8%	45 66.2%	68	1

Fuente: Historias clínicas

El 51.7% de las madres con anemia presentaron recién nacido prematuros, con un OR significativo de 2.09 para prematuridad, contribuyen con el 35.0% de la prevalencia de prematuridad (Tabla N^o 11)

El 52.0% de las madres con infección urinaria presentaron recién nacido prematuros, con un OR significativo de 2.12 para prematuridad, contribuyen con el 37.2% de la prevalencia de prematuridad (Tabla N^o 11)

El 44.4% de las madres con preeclampsia presentaron recién nacido prematuros, con un OR significativo de 2.94 para prematuridad, contribuyen con el 43.0% de la prevalencia de prematuridad (Tabla N^o 11)

CAPÍTULO V DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Discusión

Dentro de las características sociodemográficos de la madre, el factor de ser adolescentes contribuye significativamente con cerca del 28% de prevalencia de la prematuridad, con un OR de 2.83; este factor contribuye con la presencia de bajo nivel de instrucción y sobre el estado civil de soltera, que son otros dos factores contribuyen en la prevalencia de prematuridad;

Los estudios que encuentran asociación entre prematuridad y adolescencia fueron: Guadalupe ⁽⁷⁾ con un OR de 4.2, Caiña y col. ⁽²⁷⁾ con un OR de 2.8, este estudio encuentra una fracción etiológica atribuible del 64.2%; lo que ratifica como un factor de riesgo prevenible al embarazo de adolescentes; los estudios de Ramos ⁽⁹⁾, Alvarado ⁽¹⁰⁾, Garay ⁽¹³⁾, encuentran relación significativa entre adolescencia y prematuridad.

El estudio de Guadalupe ⁽⁷⁾ encuentra que las solteras contribuyen a la presencia de prematuridad (OR de 2.6) y el de Quispe ⁽¹²⁾ que el bajo nivel de instrucción ($p=0,001$) se relaciona con prematuridad, de ellos el factor de instrucción se relaciona mucho con el nivel de conocimiento con la salud sexual y reproductiva, así mismo con el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, que son dos pilares en el control de la prevalencia del embarazo en adolescente.

El antecedente de prematuridad (23.4%, OR 6.31; 0.011) contribuye significativamente con la prevalencia de prematuridad con el 23.4%, la madre ha tenido una combinación multifactorial para la presencia de prematuridad en un embarazo anterior, algunos factores se comportan como marcadores y no pueden ser modificados y se mantiene como factores

predisponente a un evento específico; Grajeda ⁽²³⁾ encuentre el tener antecedente de prematuridad tiene un riesgo de OR de 2.10 ($p=0.000$) para tener un recién nacido prematuro; Garay ⁽¹³⁾ encuentra relación significativa entre tener un hermano prematuro para tener parto prematuro.

El tener un nuevo embarazo en menos de 2 años es un riesgo significativo (16.4%, OR 1.85; 0.042) para la presencia de prematuridad, Grajeda ⁽²³⁾ en su estudio encuentre un riesgo de OR de 6.69 entre periodo intergenésico corto y prematuridad ($p=0.001$), Alvarado ⁽¹⁰⁾ encuentra asociación significativa entre el periodo intergenésico corto y prematuridad (0.020), Garay ⁽¹³⁾ encuentra similar asociación ($p = 0,002$); Guerra y col. ⁽²⁴⁾ también encuentra la misma tendencia; Domínguez ⁽⁴⁵⁾ en su trabajo hace mención que el periodo corto intergenésico no permite una adecuada vascularización uteroplacentaria debido al poco tiempo para que la adaptabilidad del útero, un periodo menor de 6 meses conlleva con más frecuencia a aborto y periodos menores de 2 años con mayor riesgo de prematuridad.; es por ello que se encuentra que un embarazo entre los 2 a 5 años del anterior, es un factor protector, reduce la posibilidad de tener un recién nacido prematuro en un 35.6% (OR = 0.48, $p = 0.002$),

El estado nutricional pregestacional y durante el embarazo influye en algunas complicaciones perinatales, el bajo peso pregestacional contribuye con un 16.4% la presencia de prematuros (OR 1.85; 0.042), y la falta de ganancia de peso durante el embarazo en madres con bajo peso contribuye en un 60.0% (OR 2.27, 0.037) y en madres con peso normal en un 23.0% (OR 2.07, 0.034); Reategui ⁽²⁵⁾ encuentra similar tendencia, que el bajo peso pregestacional se relaciona con la prematuridad (OR=2.23, $p=0.045$) y con la misma tendencia en aquellas que no ganaron adecuadamente el peso durante el embarazo cuando son de bajo peso (OR=4.5, $p= 0.048$) y con peso normal (OR=2.79, $p= 0.018$); Caiña y col. ⁽²⁷⁾ encuentra que el bajo peso pregestacional contribuye en un 63.6%

(OR 2.8, $p = 0.030$); Grajeda ⁽²³⁾ en su estudio encuentra que la desnutrición materna tiene un riesgo de OR de 2.1 ($p=0.001$),

Las nulíparas contribuyen en un 16.6% la prevalencia de primiparidad (OR 1.90, 0.038) y las primíparas contribuyen con un 17.9% (OR 1.73, 0.046) con la prematuridad; la mayoría de las nulíparas son adolescentes siendo este un marcador de riesgo importante de prematuridad, en las nulíparas y primíparas tiene mayor riesgo de enfermedad hipertensiva durante el embarazo que puede contribuir a la prevalencia de prematuridad; Caiña y col. ⁽²⁷⁾ en su estudio encuentra que ser nulíparas presenta una fracción etiológica atribuible del 54.5% (OR 2.2, $p = 0.031$), tienen como factor Ramos ⁽⁹⁾ en su estudio relacionan a la prematuridad con la paridad ($p=0.001$); los estudio de Grajeda ⁽²³⁾, Guadalupe ⁽⁷⁾ y Sernaque ⁽¹⁷⁾ asocian a la multiparidad con prematuridad.

Durante la atención prenatal se imparte conocimientos sobre los síntomas y signos de alarma que conlleva a presencia de complicaciones perinatales; así como la detección oportuna de una morbilidad que compromete la evolución favorable del embarazo, el número inadecuado de atenciones prenatales contribuyen significativamente en un 18% la prevalencia de recién nacido prematuro (OR 1.79, 0.039): Caiña y col. ⁽²⁷⁾ encuentra que una atención prenatal incompleta contribuye con el 6.5% de la prevalencia de prematuridad (OR 3.2, $p = 0.002$); Guadalupe ⁽⁷⁾ encuentra un OR de 2.6 ($p=0.000$), Toro y col. ⁽¹⁹⁾ encuentran un OR de 2,65; (IC95%: 2,21-3,18); Grajeda ⁽²³⁾ con un OR de 5.33 ($p=0.000$); los estudio de Ramos ⁽⁹⁾, Quispe ⁽¹²⁾, Cornejo ⁽¹⁵⁾, Vergara ⁽¹⁸⁾ asocian estadísticamente la atención prenatal inadecuada con la prematuridad

Las madres anémicas se asociaron con la presencia de recién nacido prematuro Anemia (OR 2.09, 0.041) según el riesgo atribuible contribuye en un 35.0% en la prevalencia de la prematuridad; las madres

anémicas tiene riesgo de amenaza de aborto, trabajo de parto prematuro, entre otros, esto es debido a que la anemia conlleva a una disminución del flujo sanguíneo y disfunción placentaria que afecta al feto en su desarrollo; Caiña y col. ⁽²⁷⁾ en su estudio encuentra que la anemia tiene una fracción etiológica atribuible del 56.5% de presentar recién nacido pretérmino (OR 2.3, $p = 0.044$); Murguía y col. ⁽²¹⁾ encontró una asociación a través del OR del 2,1 ($p= 0,030$); Reategui ⁽²⁵⁾ con una asociación de 1.94 ($p=0.040$), Ruiz ⁽²⁶⁾ encuentra que la anemia tiene riesgo significativo de 5 veces de tener recién nacido prematuros. Los estudios de Ramos ⁽⁹⁾, Lima ⁽¹¹⁾, Guerra y col. ⁽²⁴⁾ relacionan significativamente la prematuridad con la anemia materna.

Los casos de infección urinaria durante el embarazo contribuyen en un 37.2% en la prevalencia de la prematuridad (OR 2.12, 0.047); Bazalar ⁽²⁰⁾ encuentra que la madre anémica tiene un riesgo significativo de 2.5 ($p=0.001$) de presentar recién nacido prematuro; Murguía y col. ⁽²¹⁾ con un OR de 2,1 ($p= 0,030$), Reategui ⁽²⁵⁾ encuentra un OR de 1.94 ($p=0.041$). Los estudios de Mayta ⁽⁸⁾, Alvarado ⁽¹⁰⁾, Lima ⁽¹¹⁾; Quispe ⁽¹²⁾, Garay ⁽¹³⁾ encuentra una asociación significativa ($p < 0.05$) entre infección urinaria y prematuridad. Toro y col. ⁽¹⁹⁾ en su estudio encuentra que la no presencia de infección urinaria contribuye a una reducción del riesgo de tener recién nacido prematuro

Los casos de preeclampsia contribuyen en un 43% la prevalencia de recién nacido prematuro (OR 2.94, 0.022) que condiciona compromiso de flujo uteroplacentario, con menor aporte de oxígeno y nutriente a la economía fetal produciendo un bajo crecimiento fetal y su presencia acelera el término del embarazo; Caiña y col. (27) considera que la preeclampsia tiene una fracción etiológica atribuible del 74.3% (OR 3.9, $p = 0.048$) e influir en la prevalencia de prematuridad, Reategui (25) encuentra un OR de 2.81 ($p=0.034$); Murguía y col. (21) encuentra un riesgo de OR de 3.7 ($p=0.032$); Tamayo (14) asocia los casos de hipertensión inducida en el

embarazo con un OR de 5.07; los estudios de Ramos (9), Alvarado (10), Lima (11), Garay (13), Vergara (18) relaciona los problemas de enfermedad hipertensiva y preeclampsia como factor predisponente a recién nacido prematuro

Conclusiones

Las características sociodemográficos de la madre que contribuyen a la prevalencia de prematuridad fueron:

- Madre adolescente (27.7%, OR 2.83, 0.003)
- Instrucción primaria (31.9%, OR 3.22; 0.000)
- Madre soltera (36.0%, OR 3.34; 0.000)

Las características obstétricas de la madre que contribuyen a la prevalencia de prematuridad fueron:

- Antecedente de prematuridad (23.4%, OR 6.31; 0.011)
- Periodo intergenésico menos de 2 años (16.4%, OR 1.85; 0.042)
- Bajo peso pregestacional (16.4%, OR 1.85; 0.042)
- No ganancia de peso adecuado en madres con bajo peso (60.0%, OR 2.27, 0.037)
- No ganancia de peso en madres con peso normal (23.0%, OR 2.07, 0.034)
- Nulíparas (16.6%, OR 1.90, 0.038)
- Primíparas (17.9%, OR 1.73, 0.046)
- Menos de 6 atenciones prenatales (17.9%, OR 1.79, 0.039)

Las morbilidades que contribuyen a la prevalencia de prematuridad fueron:

- Anemia (35.0%, OR 2.09, 0.041)
- ITU (37.2%, OR 2.12, 0.047)
- Preeclampsia (43.0%, OR 2.94, 0.022)

Recomendaciones

- Fortalecer la salud sexual y reproductiva en adolescentes con el propósito de reducir la prevalencia de embarazo en adolescentes.
- Fortalecer el uso de los métodos anticonceptivos naturales y hormonales para asegurar un adecuado intervalo intergenésico.
- Adecuado seguimiento nutricional en las gestantes de bajo peso y en aquellas que no se evidencia un adecuada ganancia de peso para reducir la prevalencia de complicaciones perinatales
- Asegurar el cumplimiento de la atención prenatal a través de actividades extramuro o atención domiciliaria de las gestantes adscritas a los IPRESS.
- Evaluar el impacto del uso de ácido fólico y sal ferrosa en la reducción de la anemia materna y su reducción a las complicaciones perinatales
- Fortalecer desde las primeras atenciones prenatales en el reconocimientos de los síntomas y signos de alarma para unan atención y manejo oportuno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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
2. 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):706-713
3. Montero Aguilera Alexis, Ferrer Montoya Rafael, Paz Delfin Damaris, Pérez Dajaruch María, Díaz Fonseca Yenía. Riesgos maternos asociados a la prematuridad. *Multined*. 2019; 23 (5):1155-1173.
4. Ahumada JS, Barrera AM, Canosa D, Cárdenas L, Uriel M, Ibáñez EA, *et al*. Factores de riesgo de parto pretérmino en Bogotá D.C., Colombia. *Rev. Fac. Med*. 2020;68(4):556-63.
5. Díaz-Granda R; Díaz-Granda L. Factores fetales asociados a prematuridad *Archivos de Medicina* 2020. 20)1:97-106.
6. Bigolin L, Raphael C., Melo A.; Rinaldo I., Nascimento E.; Tatsch E. Factores obstétricos asociados con el nacimiento de bebés prematuros moderados y tardíos. *Enferm. glob*. 2021; 20(61):23-58.
7. 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
8. 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
9. Ramos Chuquillanqui B. Factores maternos asociados al parto pretérmino en puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente Ma-

- terno Infantil El Carmen en el periodo enero - mayo, 2017. [Tesis pregrado] Universidad del Centro. 2017.
10. Alvarado Vargas A. Factores de riesgo maternos y prematuridad. Servicio de Neonatología. H.R.D.C. 2016 [Tesis pregrado] Universidad Nacional de Cajamarca. 2018
 11. 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.
 12. 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
 13. 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
 14. Tamayo Tamayo G. Trastornos hipertensivos del embarazo asociados a la prematuridad en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo enero - diciembre 2017. [Tesis de pregrado] Universidad Privada San Juan Bautista. 2018
 15. 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
 16. 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.
 17. Sernaque Anastasio K. Factores Maternos y Fetales Asociados a Prematuridad en Recién Nacidos Atendidos en el Servicio de Neona-

- tología del Hospital Santa Rosa, Piura 2019 [Tesis de pregrado] Universidad César Vallejos. 2020
18. 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.
 19. Toro-Huamanchumo, C., Barboza, J., Pinedo-Castillo, L., Barros-Sevillano, S., Gronerth-Silva, J., Gálvez-Díaz, N., & Caballero-Alvarado, J. Factores maternos asociados a prematuridad en gestantes de un hospital público de Trujillo, Perú. *Revista Del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 2021,14(3), 287-290.
 20. Bazalar Guerrero J. Infección del tracto urinario en gestantes como factor de riesgo para prematuridad en el Hospital Regional de Huacho, 2020. [Tesis pregrado] Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión. 2021.
 21. Murguía-Ricalde F.; Indacochea-Cacéda S.; Roque Quezada J.; De La Cruz-Vargas J. Factores de riesgo maternos asociados a parto prematuro en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo año 2018 al 2019. Lima – Perú. *Rev. Peru Investig Matern Perinat* 2021;10(2): 35-41
 22. Idelfonso Sánchez J. Factores maternos relacionados con la prematuridad atendidos en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo enero- diciembre del 2018 [Tesis de pregrado] Universidad Nacional de Ucayali. 2021.
 23. Grajeda Ancca P. Factores de riesgo asociados a prematuridad, Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2016. [Tesis de posgrado] Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. 2021
 24. 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

25. Reategui Garcia M. Factores asociados a prematuridad en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital III Iquitos de EsSALUD, enero 2016 a diciembre 2017 [Tesis de pregrado] Universidad Científica del Perú. 2018
26. 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
27. Caiña Lopez L.; Vela Acosta T. Factores determinantes de la prematuridad en el Hospital III Iquitos de EsSALUD. 2018-2019. [Tesis de pregrado] Universidad Científica del Perú. 2021
28. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros. 2018. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
29. Chistyakova G, Gazieva I, Remizova I, Ustyantseva L, Lyapunov V, Bychkova S. Risk factors vary early preterm birth and perinatal complications after assisted reproductive technology. *Gynecol Endocrinol.* 2016;32(sup2):56-61.
30. Vanin LK, Zatti H, Soncini T, Dias R, Siqueira LBS. Maternal and fetal risk factors associated with late preterm infants. *Rev Paul Pediatr.* 2020;38:e2018136
31. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Endes 2017. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2017. <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/>
32. 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.
33. Kazemier BM, Buijs PE, Mignini L, Limpens J, de Groot CJM, Mol BWJ, et al. Impact of obstetric history on the risk of spontaneous preterm birth in singleton and multiple pregnancies: a systematic review. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* septiembre de 2014;121(10):1197-208

34. Wendt A, Gibbs CM, Peters S, Hogue CJ. Impact of Increasing Interpregnancy Interval on Maternal and Infant Health. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2012;26(0 1):239-58.
35. Lin L, Oza S, Hoyan D, Chu Y, Perin J, Zhu J et al. Global, regional and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the sustainable development goals. *Lancet*. 2016;388(10063):3027-35
36. Conde A, Romero R, Nicolaides K. Cervical Pessary To Prevent Preterm Birth In Asymptomatic High-Risk Women: A Systematic Review And Meta-Analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2019.
37. García A, Quintó L, Macele E, Bardají A, González R, Nhacolo A, et al. Mortalidad y morbilidad infantil asociadas con nacimientos prematuros y pequeños para la edad gestacional en el sur de Mozambique: un estudio de cohorte retrospectivo. *PLOS ONE*. 2017
38. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral y Diferenciada de la Gestante Adolescente Durante el Embarazo, Parto y Puerperio. MINSA. 2019
39. Conmemoración del Día Mundial de la Prematuridad 2019. Nacer demasiado pronto: inicia nuestra lucha para que sean grandes, *Boletín Epidemiológico del Perú SE 46-2019 (del 10 al 16 de noviembre del 2019)*
40. Boletín Estadístico de nacimientos. Perú. 2015; Lima: MINSA; abril 2016. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf
41. Domínguez Dieppa F. La prematuridad: un problema pendiente de solución *Revista Cubana de Pediatría*. 2021;93(1):1-6.
42. Arias Gonzales J.; Covinos Gallardo M. Diseño y Metodología de la Investigación. 2021. Libro electrónico. <http://www.cienciaysociedad.org/>
43. Soto Alonso, Cvetkovich Aleksandar. Estudios de casos y controles. *Rev. Fac. Med. Hum.*2020;20(1):138-143

44. Coughlin S.; Benichou J., Weed D. Estimación del riesgo atribuible en los estudios de casos y controles. Boletín Oficina Panamericana de salud, 1996, 12(2):143-158.
45. Dominguez L.; Vigil P. El intervalo intergenésico: un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales. Clin Invest Gin Obst. 2005;32(3):122-6

ANEXOS

Anexo N.º 1
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
FACTORES MATERNOS ATRIBUIBLES A PREMATURIDAD EN UN
HOSPITAL DEL III NIVEL DE LA CIUDAD DE IQUITOS
2020 - 2021

1. Recién nacido

RN prematuro ()

RN no prematuro ()

2. Características sociodemográficas de la madre

Edad: 1. \leq 19 años 2. 20 a 34 años 3. $>$ 34 años

Procedencia: 1. Urbano 2. Urbano marginal 3. Rural

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

Estado Civil: 1. Casada 2. Conviviente 3. Soltera

3. Características obstétricas de la madre

Antecedentes:

1. Prematuro ()

2. RN bajo peso al nacer ()

3. Aborto ()

Ultimo embarazo

1. Menos de 2 años

2. Entre 2 a 5 años

3. $>$ 5 años

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

Ganancia de Peso Materno según IMC pregestacional:

1. Bajo peso:
Adecuado: Ganancia de 12.5-18Kg;
No adecuado: < 12.5 kg
2. Normal:
Adecuado: Ganancia 11.5-16Kg.
No adecuado: <11.5 kg
3. Sobrepeso
Adecuado: Ganancia de 7-11.5 Kg;
No adecuado: < 7kg
4. Obesidad
Adecuado: < 7 kg
No adecuado: > 7kg

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
- Otros:

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 maternos atribuibles a prematuridad en un hospital del III nivel de la ciudad de Iquitos 2020 – 2021	<p>Problema General ¿Cuáles son los factores maternos atribuibles a prematuridad en un Hospital del III nivel de la ciudad de Iquitos, 2020 - 2021?</p> <p>Problemas Específicos ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las madres con recién nacido prematuro como edad, procedencia, instrucción y estado civil, atendidas en un Hospital del III nivel de la ciudad de Iquitos, 2020 – 2021?</p> <p>¿Cuáles son las características obstétricas de las madres con recién nacido prematuro como antecedentes, último embarazo, estado nutricional pregestacional, ganancia de peso, paridad, número de atenciones prenatales, morbilidad durante el embarazo; atendidas en un Hospital del III nivel de la ciudad de Iquitos, ¿2020 – 2021?</p>	<p>Objetivo General Determinar los factores maternos atribuibles a prematuridad en un Hospital del III nivel de la ciudad de Iquitos, 2020 - 2021</p> <p>Objetivos Específicos Conocer las características sociodemográficas de las madres con recién nacido prematuro como edad, procedencia, instrucción y estado civil, atendidas en un Hospital del III nivel de la ciudad de Iquitos, 2020 - 2021.</p> <p>Identificar las características obstétricas de las madres con recién nacido prematuro como antecedentes, último embarazo, estado nutricional pregestacional, ganancia de peso, paridad, número de atenciones prenatales, morbilidad durante el embarazo; atendidas en un Hospital del III nivel</p>	<p>Hipótesis Alternativa H₁ Las madres tienen factores sociodemográficos y obstétricos, que se le atribuyen significativamente a la presencia de recién nacido prematuro.</p> <p>Hipótesis Nula H₀: Las madres carecen de factores sociodemográficos y obstétricos, que determinan la presencia de recién nacido prematuro.</p>	<p>Variables independientes : Características sociodemográficas: Edad materna Procedencia Instrucción Estado civil</p> <p>Características Obstétricas Antecedentes Último embarazo Estado nutricional pregestacional Ganancia de peso Paridad Número de atenciones prenatales Morbilidad durante el embarazo</p> <p>Variable dependiente Recién nacido prematuro</p>	Cuantitativo Observacional Retrospectivo Analítico Caso Control.	Observacional Técnica de revisión de información de fuente secundarias a través de las historias virtuales	142 madres con recién nacidos pretérmino que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión Muestra 104 que serán los casos 208 serán los controles

Título	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 maternos atribuibles a prematuridad en un hospital del III nivel de la ciudad de Iquitos 2020 – 2021	<p>¿Cuál es el riesgo atribuible de las características sociodemográficas de la madre con la presencia de recién nacido prematuro?</p> <p>¿Cuál es el riesgo atribuible de las características obstétricas de la madre con la presencia de recién nacido prematuro?</p>	<p>de la ciudad de Iquitos, 2020 - 2021.</p> <p>Determinar el riesgo atribuible de las características sociodemográficas de la madre con la presencia de recién nacido prematuro.</p> <p>Determinar el riesgo atribuible de las características obstétricas de la madre con la presencia de recién nacido prematuro</p>					