



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADEMICO DE OBSTETRICIA**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**FACTORES MATERNOS ASOCIADOS A RECIEN NACIDO
PREMATURO EN UN HOSPITAL DE NIVEL II DE LA
CIUDAD DE IQUITOS**

2019

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA: Bach. MAYRA INES REYNEL LEVY

ASESORA: Obst. Mgr. MARIVEL VILMA CRISTOBAL FLORES

Región Loreto, 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:

La Tesis titulada:

**"FACTORES MATERNOS ASOCIADOS A RECIEN NACIDO PREMATURO EN UN
HOSPITAL DE NIVEL II DE LA CIUDAD DE IQUITOS 2019"**

De los alumnos: **MAYRA INES REYNEL LEVY**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, pasó satisfactoriamente la revisión por el Software Antiplagio, con un porcentaje de **13% de plagio**.

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

San Juan, 06 de Diciembre del 2021.



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

CJRA/ri-a
540-2021

Document Information

Analyzed document	UCP-OBSTETRICIA_2021_TSP_MAYRAREYNEL_V1.pdf (D120353597)
Submitted	2021-11-29T16:30:00.0000000
Submitted by	Comisión Antiplagio
Submitter email	revision.antiplagio@ucp.edu.pe
Similarity	13%
Analysis address	revision.antiplagio.ucp@analysis.arkund.com

Sources included in the report

	Universidad Científica del Perú / UCP_obstetricia_2021_Tesis_TanyVela_LuxandraCaiña_V1.pdf		
SA	Document UCP_obstetricia_2021_Tesis_TanyVela_LuxandraCaiña_V1.pdf (D100322785)		7
	Submitted by: revision.antiplagio@ucp.edu.pe		
	Receiver: revision.antiplagio.ucp@analysis.arkund.com		
	URL: http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/554/REATEGUI-1-Trabajo-Factores.pdf?sequence=1&isAllowed=y		
W	Fetches: 2021-11-29T20:03:00.0000000		2
	URL: http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/1331/LUXANDRA%20STEFANY%20CAI%C3%91A%20LOPEZ%20Y%20TANY%20EMILAURY%20VELA%20ACOSTA%20-%20TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y		
W	Fetches: 2021-07-12T18:31:35.6030000		2
	Universidad Científica del Perú / UCP_2020_CIENCIASDELASALUD_TSP_NADIACAMPOS_V1.pdf		
SA	Document UCP_2020_CIENCIASDELASALUD_TSP_NADIACAMPOS_V1.pdf (D111430290)		1
	Submitted by: revision.antiplagio@ucp.edu.pe		
	Receiver: revision.antiplagio.ucp@analysis.arkund.com		
	URL: https://1library.co/document/q5meg83y-influencia-factores-maternos-asociados-morbilidad-prematuros-tardios-hospital.html		
W	Fetches: 2021-09-10T04:32:21.5200000		1
	URL: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/8997/Taipe_Huaman_Alex.pdf?sequence=1&isAllowed=y		
W	Fetches: 2021-11-19T17:31:11.6270000		1
	Universidad Científica del Perú / UCP_cienciasdelasalud_2021_TSP_ArianaHernandez_V1.pdf		
SA	Document UCP_cienciasdelasalud_2021_TSP_ArianaHernandez_V1.pdf (D112651428)		8
	Submitted by: revision.antiplagio@ucp.edu.pe		
	Receiver: revision.antiplagio.ucp@analysis.arkund.com		
	Universidad Científica del Perú / UCP_OBSTETRICIA_2021_TESIS_DARLINGVANESSA_RIOSTANANTA_V1.pdf		
SA	Document UCP_OBSTETRICIA_2021_TESIS_DARLINGVANESSA_RIOSTANANTA_V1.pdf (D110245464)		3
	Submitted by: revision.antiplagio@ucp.edu.pe		
	Receiver: revision.antiplagio.ucp@analysis.arkund.com		
	Universidad Científica del Perú / UCP_cienciasdelasalud_2021_TSP_ZullvChavez_V1.pdf		

DEDICATORIA

El universo es tan infinito, bello y mágico que en algún lugar de su inmensidad de seguro estas tu mi querido papá, hubiera deseado con todo mi corazón que vieras lo que tu senderito pudo lograr profesionalmente y de seguro estarías mas orgulloso de lo que estabas antes de partir para no volver de este mundo; todo te lo dedico a ti, mi ROMELIN a tu memoria, porque siento que te lo mereces mucho por cada palabra de aliento y por cada accionar tuyo de apoyo a mi formación, te amo papá.

BACH. Mayra Ines Reynel Levy

AGRADECIMIENTO

Siempre bajo toda circunstancia sin importar si me iba bien o mal, tengo en cuenta tu amor y misericordia, gracias DIOS porque llegue hasta aquí en todo sentido de mi vida por ti, a el amor infinito de mis ángeles en la tierra que son mis hermanas Klucy y Alessandra que me impulsaron desde sus posiciones y apoyaron a culminar mi carrera profesional, les agradezco inmensamente.

BACH. Mayra Ines Reynel Levy

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Con Resolución Decanal N° 1202-2021-UCP-FCS, del 15 de Diciembre del 2021, la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ – UCP, designa como Jurado Evaluador y Dictaminador de la Sustentación del Trabajo de Suficiencia Profesional a los señores:

📌 **Obst. Mgr. Sarita Elena Torres Lima** **Presidente**
📌 **Obst. Mgr. Silvia Pérez Macedo** **Miembro**

Como Asesora: **Obst. Mgr. Marivel Vilma Cristóbal Flores.**

En la ciudad de Iquitos, siendo las 12:00 p.m. horas, del día Jueves 18 de Agosto del 2022, 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 del Trabajo de Suficiencia Profesional: **FACTORES MATERNOS ASOCIADOS A RECIEN NACIDO PREMATURO EN UN HOSPITAL DE NIVEL II DE LA CIUDAD DE IQUITOS 2019.**

Presentado por la sustentante: **MAYRA INES REYNEL LEVY**

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

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

..... *ABSUELTAS*

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

La Sustentación es: **APROBADO POR UNANIMIDAD** **CON NOTA 18 (DIECIOCHO)**

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


Obst. Mgr. Sarita Elena Torres Lima
Presidente


Obst. Mgr. Silvia Pérez Macedo
Miembro

CALIFICACIÓN: Aprobado (a) Excelencia : 19-20
Aprobado (a) Unanimidad : 16-18
Aprobado (a) Mayoría : 13-15
Desaprobado (a) : 00-12

HOJA DE APROBACION

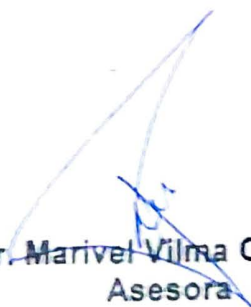
TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL, DENOMINADO. FACTORES MATERNOS ASOCIADOS A RECIEN NACIDO PREMATURO EN UN HOSPITAL DE NIVEL II DE LA CIUDAD DE IQUITOS 2019.



Obst. Mgr. Sarita Elena Torres Lima
Presidente



Obst. Mgr. Silvia Pérez Macedo
Miembro



Obst. Mgr. Marivel Vilma Cristóbal Flores
Asesora

Índice de contenido

Caratula	I
Constancia del antiplagio	II
Dedicatoria	III
Agradecimiento	IV
Acta de sustentación	V
Hoja de aprobación	VI
Índice del contenido	VII
Resumen	IX
Abstract	X
1. Introducción	11
2. Planteamiento del problema	16
3. Objetivos	17
3.1 Objetivo General	17
3.2 Objetivos específicos	17
4 Variables	18
5 Operacionalización de variables	19
6 Hipótesis	22
7. Metodología	22
7.1 Tipo y diseño de investigación	22
7.2 Población y muestra	22
a) Población	22
b) Muestra y muestreo	22
c) Criterios de inclusión y exclusión	23
7.3 Técnicas e instrumentos	23
7.4 Proceso de recolección de datos	24
7.5 Análisis de datos	24
7.6 Consideración ética	24
8. Resultados	25
9. Discusión	28
10. Conclusión	31
11. Recomendaciones	32

12. Referencias Bibliográficas	33
13. Anexos	38

Resumen

Factores maternos asociados a recién nacido prematuro en un Hospital de Nivel II de la ciudad de Iquitos, 2019

Bach.

La prematuridad es un problema de salud por la implicancia de morbimortalidad neonatal y de los compromisos que presentan a mayor edad, existen factores que predisponen su prevalencia

Objetivo: Determinar los factores maternos la relación entre las características sociodemográficas de las madres con la presencia de recién nacido prematuro en un hospital de nivel II de la ciudad de Iquitos entre 2019 y 2020

Metodología: Estudio cuantitativo de diseño observacional, transversal, retrospectivo, correlacional, con una muestra de 346 madres donde 51 fueron recién nacido prematuro

Resultados: La prevalencia de RN prematuros fue del 14.7%; los factores que se asociaron significativamente a prematuridad fueron madres < de 20 años (RP 3.1), > de 34 años (RP 1.62); procedencia rural (RP 2.26) y urbano marginal (RP 1.73); menor nivel educativo (RP 1.79); nulíparas (RP 2.83) y primíparas (RP 1.44); menor número de atenciones prenatales (RP 5.44); preeclampsia (RP=3.5), enfermedad hipertensiva en el embarazo (RP=3.5), ITU (RP=3.4), RPM (OR=3.2), hiperémesis gravídica (RP=2.9) y anemia (RP=2.7).

Conclusión: los factores sociodemográficos y obstétricos influyen significativamente en la presencia de recién nacidos prematuros.

Palabras claves: Prematuridad, Factores, Iquitos

ABSTRACT

Maternal factors associated with premature newborn in a level II hospital in the city of Iquitos 2019

The prematurity is a health problem for to the implication of neonatal morbidity and mortality and the commitments that present at an order age, there are factors that predispose its prevalence.

Objective: To determine maternal factors the relationship between the sociodemographic characteristics of mothers with the presence of a premature newborn in a level II hospital in the city of Iquitos between 2019 and 2020.

Methodology: Quantitative study of observational design, transversal, retrospective, correlational, with a sample of 346 mothers where 51 were premature newborns.

Result: The prevalence of premature newborns was 14.7%; the factors that were significantly associated with prematurity were mothers < 20 years. (R.P 3,1), >34 years (RP 1.62) rural provenance (RP 2.26) and marginal urban (RP 1.73) less educational level (RP 1.79); nulliparous (RP 2.83) primiparous (RP 1.44); less number of prenatal attentions (RP 5,44); preeclampsia (RP=3.5), hypertensive illnees in pregnancy (RP=3.5), ITU (RP=3.4), RPM (OR=3.2), hyperemesis gravidarum (RP=2.9) y anemia (RP=2.7).

Conclusion: the sociodemographic and obstetric factors significantly influence the presence of premature newborns.

Keywords: prematurity, factors, Iquitos

1. Introducción

Se define prematuridad al recién nacido antes de las 37 semanas de gestación, o entre los 154 y 258 días de gestación ^(1,2); la Organización Mundial de la Salud, clasifica a la prematuridad en prematuro extremo (menos de 28 semanas de gestación), muy prematuro (28 a 31 semanas de gestación), prematuros moderado 32 a 33 semanas y prematuros tardíos de la semana 34 con 0/7 días a la semana 36 con 6/7 días ⁽¹⁾.

A nivel mundial se reporta anualmente 14.85 millones de neonatos prematuros, de ellos 1.1 millones mueren por las complicaciones de prematuridad, mientras que en el Perú se reporta un promedio anual de 30,000 neonatos prematuros ⁽³⁾; la Organización Mundial de la salud reporta una prevalencia entre 5% a 19% y que un 75% de las muertes en prematuros se puede evitar con un trabajo a nivel de atención de salud primario ⁽¹⁾.

El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA, reporto una tasa de prematuridad para el 2019 de 6.8%, siendo el departamento con mayor tasa de prematuridad Callao con 9.7% seguido de Loreto (8.47%), Lambayeque (8.23%), Piura (8.10%), Ucayali (7.81%) y Tacna (7.24%) ⁽⁴⁾.

Los prematuros requieren un mayor cuidado para que aumente su probabilidad de sobrevivencia, como alimentación, respiración, calor corporal y reducir el riesgo de infección, así como también prevenir por medio del cuidado presencial de compromiso visual, complicaciones neurológicas retraso en el desarrollo e incluso parálisis cerebral, y mayor mortalidad ⁽⁵⁻⁸⁾.

Se ha descrito factores maternos que se asocia a la presencia de prematuridad, como la edad materna, las edades extremas como adolescencia y añosas se asocian a mayor probabilidad de presentar recién nacido prematuro ^(9,10); el nivel bajo de instrucción de las madres conlleva a que se tenga un bajo nivel de conocimiento y actitudes sobre el cuidado y reconocimiento de los síntomas y signos de alarma que conllevan a la presencia de complicaciones como la prematuridad ^(11,12). El estado nutricional de la madre antes de la gestación condiciona mayor riesgo de complicaciones como el bajo peso y la obesidad, estas se le han relacionado con neonatos prematuros ^(13,14). Los cuadros infecciosos durante el embarazo condicionan partos pretérminos, debido en que existe un aumento de los marcadores inflamatorios, leucotrienos, ácido araquidónico produciendo un aumento de las prostaglandinas, que presenta un efecto oxitócico y por ende aumento de la contracción uterina, las infecciones que se han descrito son la infección urinaria, infecciones vaginales, pero también en los casos de malaria gestacional ^(12,15,16).

Las enfermedades hipertensivas, incluyendo preeclampsia y eclampsia se le han asociado a parto prematuro ^(17,18). Los casos que el número de atención prenatal son insuficientes ponen en riesgo a las gestantes, durante la atención prenatal se le educa sobre los síntomas y signos de alarma, así como se detecta oportunamente enfermedades que se asocia a complicaciones maternas y perinatales ⁽¹⁹⁻²¹⁾.

Se han realizados estudios con el propósito de determinar los factores que condicionan a la presencia de neonatos prematuros como el de **Guadalupe Huamán S. (Lima, 2017)** ⁽¹²⁾; en su estudio observacional analítico de caso control, revisó las historias clínicas de 400 gestantes del Hospital María Auxiliadora de la ciudad de Lima, con el objetivo de conocer los factores de riesgo asociado a parto pre término; encontrando que las edades extremas tiene un OR significativo de 4.2 para presentar recién nacidos prematuros; las que presentan una atención prenatal inadecuada con un riesgo significativo de 2.6; multíparas con un riesgo significativo del

2.7; preeclampsia con un riesgo significativo de 2.6, infección urinaria con un riesgo significativo de 2.6; y la ruptura prematura de membrana con un riesgo significativo del 2.7.

Martínez Cancino G.; Díaz-Zagoya J.; Romero Vázquez A. (México, 2017) ⁽²²⁾ en su estudio caso control, revisaron 155 prematuros e igual número de recién nacidos a término, las condiciones que se asociaron a prematuridad fueron la edad gestacional del inicio de su atención prenatal (OR=5.0, p=0.01), alteración del líquido amniótico (OR=3.7, p=0.004), ruptura temprana de membranas (OR=3.5, p=0.000), y las que no tuvieron morbilidad durante el embarazo fue un factor protectorio (OR=0.409, p=0.001).

Mayta Checasaca N. (Lima, 2017) ⁽¹⁵⁾ en su estudio descriptivo, transversal retrospectivo revisó las historias de 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% de casos de recién nacido de prematuridad (p=0.001) concluyendo que los casos de infección urinaria en gestante se relacionan con casos de prematuridad.

Garay Salazar E. (Huánuco, 2018) ⁽²³⁾ en su estudio analítico retrospectivo correlacional, revisaron las historias de 229 neonatos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de la ciudad de Huánuco, encontró que las adolescentes y añosas (p = 0,035), procedencia rural (p = 0,002), anemia materna (p = 0,003), preeclampsia (p = 0,024), infecciones del tracto urinario (p = 0,006), y ruptura prematura membranas (p = 0,001) se asociaron significativamente con la presencia de prematuridad.

Reategui García M. (Iquitos, 2018) ⁽²⁴⁾ en su estudio analítico de diseño caso control, revisó las historias de gestantes adolescentes, 58 con recién nacido prematuro y 116 con recién nacidos a término del Hospital de

EsSALUD; encontrando que las adolescentes con bajo peso (OR=2.23, p=0.045), con bajo peso y ganancia de peso no adecuado (OR=4.5, p=0.048), con peso normal y ganancia de peso no adecuado (OR=2.79, p=0.018), de tener un recién nacido pretérmino que las gestantes, 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) ruptura prematura de membrana (OR 2.48, p= 0.048) y preeclampsia (OR=2.81, p=0.034) son factores que predisponen la presencia de prematuros.

Talledo Flores M. (Piura, 2018) ⁽¹⁶⁾ evaluó 180 historias de madres atendidas en el Hospital de Sullana, 90 con recién nacido prematuros y 90 son recién nacido a término, de los factores preconceptionales la presencia de atención prenatal insuficientes (OR=2.02, IC95% 1.09-3.74) y la presencia de corioamnionitis (OR= 2.07, IC95% 1.09, 4.2) se asociaron significativamente a recién nacido prematuro.

Lima Orosco N. (Apurímac, 2018) ⁽²⁵⁾ en su estudio observacional, transversal, retrospectivo, revisó 50 historias de gestantes con recién nacido prematuro del Hospital Hugo Pesce Pescetto – Andahuaylas, en la que la frecuencia fue mayor en la presencia de complicación obstétricas (56%), con una mayor frecuencia los casos de infección urinaria (12%), la procedencia rural (54%) y urbana (46%), concluye que los casos de infección urinaria es un factor desencadenante de prematuridad.

Ricci Cuellar J.; Valencia Chávez A. (Lima, 2019) ⁽²⁶⁾ en su estudio cuantitativo, analítico de diferencia de grupos transversal prospectivo, de 180 puérperas atendidas en el Hospital María Auxiliadora; no encontró asociación entre la presencia de infección urinaria y prematuridad.

Cornejo D. (Lima, 2019) ⁽²⁰⁾ para determinar los factores obstétricos en gestantes adolescentes que se asocian a prematuridad, para lo cual realizó un estudio observacional, transversal, retrospectivo y correlacional,

revisando las historias de 195 gestantes adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, encontró que la prematuridad se asoció con el antecedente de aborto ($p=0.029$), y el bajo número de atenciones prenatales ($p=$ controles prenatales. ($p=0.000$).

Mejía Gutiérrez A. (Lima, 2019) ⁽²⁷⁾ en su estudio analítico caso control comparo 200 casos de madre con recién nacido prematuro y 200 madres sin recién nacido prematuro atendidos en el Hospital Santa Rosa, revisando el riesgo de 8 factores como edad, antecedente de parto pre término, sobrepeso pregestacional, obesidad pre gestacional, multiparidad, anemia materna, atenciones prenatales, condición asociada a la madre y condición asociada al feto. encuentra que los casos con antecedente de parto pretérmino ($OR=3.8$), y atenciones prenatales incompletos ($OR=4.8$), la condición asociada a la gestante ($OR=7.1$) y la condición asociada al feto ($OR=3.9$).

Ramos Veramendi M. (Lima, 2020) ⁽²⁸⁾ con el objetivo de relacionar la anemia con parto pretérmino, planteo un estudio transversal retrospectivo, evaluando las historias de 389 gestantes que termino en parto prematuro, en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Puente Piedra, el 60% de gestantes con anemia termino en parto pretérmino y el 40% de gestantes sin anemia tuvieron parto pretérmino; no encontrando relación significativa.

Vergara Mendoza A. (Lima, 2020) ⁽²¹⁾ en su estudio transversal analítico, determino en 189 recién nacidos por cesáreas a causa de preeclampsia del Hospital Sergio Bernales; 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.

Díaz Granda R.; Díaz Granda L. (Ecuador, 2020) ⁽²⁹⁾ en su estudio caso control, comparo 160 casos y 320 controles para establecer la relación estadística entre factores maternos y prematuridad; la cual se asoció con gemelaridad (OR=7,36; p=0,000); antecedente de hermano nacido pretérmino (OR=2,96; p=0,000).

Morey Padilla K (Iquitos, 2021) ⁽³⁰⁾ en su estudio descriptivo transversal retrospectivo, revisó 134 historias de gestantes con preeclampsia, encontró asociación con el tipo de parto ($p < 0.05$) pero no con edad, grado de instrucción, y procedencia

2. Planteamiento del problema

La prematuridad es un problema de salud pública en la mayoría de los países en desarrollo se encuentra en ascenso; a nivel mundial para el 2018 el 47% de las muertes en menores de 5 años ocurrieron antes del primer mes de vida; la primera causa de muerte infantil son las complicaciones del parto prematuro con un 165; los neonatos prematuros se relaciona con el 34% de los fallecimientos ⁽³¹⁾.

Loreto en el 2019 es la segunda región a nivel nacional con mayor tasa de nacimiento de prematuros ⁽⁴⁾, los prematuros tiene alta tasa de mortalidad, si son extremos el 90% fallecen en los primeros días de vida en países en vías de desarrollo ⁽³²⁾; los principales compromisos del prematuro son el compromiso pulmonar, con insuficiencia respiratoria, distrés respiratorio, membrana hialina, apnea del prematuro y la displasia broncopulmonar ⁽³³⁾; presencia de compromiso neurológico, debido a la inmadurez, susceptibilidad a la hipoxia, débil estructura vascular, con lleva

a hemorragia intraventricular, leucomalacia periventricular y kernícterus ⁽³⁴⁾; compromiso oftalmológico, que su lesión más grave es la retinopatía del prematuro ⁽³⁵⁾; compromiso gastrointestinal, como enterocolitis necrotizantes, reflujo gastroesofágico ⁽³⁶⁾; presencia de patología cardiovascular como la hipotensión arterial, disfunción cardíaca, persistencia del conducto arterioso; alteraciones metabólicas y alteraciones endocrinológicas como hipotiroidismo ⁽³⁵⁾.

Se han descrito factores maternos, obstétricos que implican la presencia de recién nacido prematuro, algunos son factores que se pueden intervenir, reduciendo la prevalencia del evento, el propósito del estudio es conocer los factores sociodemográficos y obstétricos que presentan con mayor tendencia de influir en la presencia de prematuridad.

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

Determinar los factores maternos asociados a recién nacido prematuro en un hospital de nivel II de la ciudad de Iquitos 2019.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de las gestantes (edad, procedencia, nivel de instrucción) atendidas en un hospital de nivel II de la ciudad de Iquitos, 2019.
- Identificar las características obstétricas de las gestantes (paridad, atención prenatal, morbilidad materna) atendidas en un hospital de nivel II de la ciudad de Iquitos, 2019
- Determinar la relación entre morbilidad materna y recién nacido prematuro en un hospital de nivel II de la ciudad de Iquitos 2019.

- Determinar la relación entre las características obstétricas de las madres con la presencia de recién nacido prematuro en un hospital de nivel II de la ciudad de Iquitos, 2019.

4. Variables

Variables independientes

- ✓ Características sociodemográficas
 - Edad
 - Procedencia
 - Nivel de instrucción
- ✓ Características obstétricas
 - Paridad
 - Atención prenatal
 - Morbilidad materna

Variable Dependiente

- Recién nacido prematuro

5. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable y Escala de medición
Características sociodemográficas de la madre	Es el conjunto de características sociales y demográficos, de la unidad de estudio dentro de la población; como edad, procedencia y nivel de instrucción	Edad: tiempo transcurrido del nacimiento hasta el momento del parto, con 3 dimensiones < 20 años, 20 a 34 años, y ≥ 35 años	Edad registrada en la historia clínica de la madre	Cualitativa ordinal
		Procedencia: Lugar donde vive o reside la madre adolescente, con las dimensiones, de urbano, urbano marginal y rural	Dirección registrada en el sistema de gestión hospitalaria o en la historia clínica de la madre	Cualitativo nominal
		Nivel de instrucción: Nivel de educación alcanzada con dimensiones de sin estudios, primaria, secundaria, técnica y superior	Nivel de instrucción registrada por la madre en el sistema de gestión hospitalaria o en la historia clínica de la madre	Cualitativo ordinal

Características obstétricas características obstétricas	Condiciones obstétricas que presenta la madre del neonato como paridad, atención prenatal, morbilidad materna	Paridad: número de parto que ha tenido la madre antes del actual sus dimensiones son nulípara primípara múltipara gran múltipara	Formula obstétrica registrada por la madre en el sistema de gestión hospitalaria o en la historia clínica de la madre	Cualitativo
				Ordinal
		Atención prenatal: Evaluación repetida con enfoque de riesgo que efectúa el profesional de salud en la mujer gestante y el de su producto, tendrá 2 dimensiones adecuada cuanto se registra 6 a más AP y no adecuado si es menos de 6 AP	Atenciones prenatales registrada por la madre en el sistema de gestión hospitalaria o en la historia clínica de la madre	
		Morbilidad Materna: Presencia de condiciones clínicas que agravan la condición de salud de la madre Anemia: Hb por debajo de 11 g/ml	Morbilidad materna registrada en el sistema de gestión hospitalaria o en	Cualitativo
		Infeción urinaria: Leucocituria, nitritos, con urocultivo positivo de más de 100,000 colonias	la historia clínica de la madre	nominal
	HTA inducida por el embarazo: gestante de 20 a más semanas de gestación, con PAM igual o mayor de 106			

		<p>Preeclampsia: Gestante mayor de 20 semanas con PAM > 106, y proteinuria igual o > de 300 mg en 24 horas</p> <p>Eclampsia: Gestante mayor de 20 semanas con presencia de cuadro convulsivo o coma, con registros de PAM \geq 106 y/o proteinuria \geq 300 mg en orina de 24 h</p> <p>Hiperémesis gravídica: Es la presencia de náuseas y vómitos intensos y persistentes durante el embarazo.</p> <p>RPM: rotura de las membranas ovulares antes del inicio del parto</p>		
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,	Recién nacido prematuro registrado el Sistema de Vigilancia Perinatal	Cualitativo Nominal

6. Hipótesis

H₁: Las características sociodemográficas y obstétricas de la madre se asocian significativamente a la presencia de prematuridad

H₀: Las características sociodemográficas y obstétricas de la madre no se asocian significativamente a la presencia de prematuridad.

7. Metodología

7.1 Tipo y diseño de investigación

El presente estudio fue de tipo cuantitativo, de diseño descriptivo, transversal, retrospectivo y correlacional.

- Es cuantitativo, debido a que utilizo la estadística descriptiva e inferencial para determinar la relación entre las características maternas y prematuridad.
- Es descriptivo, debido a que se describen las variables y no se las controla.
- Es transversal, debido a que la información se obtuvo en un solo momento se recoge la información de las variables.
- Es retrospectivo, debido a que la variable dependiente del estudio ocurrió antes del inicio del estudio.
- Es correlacional, debido a que relaciono las variables independientes con la presencia o no de la variable dependiente.

7.2 Población y muestra

a) Población

La población de estudio fueron las madres que se atendieron en un hospital público de nivel II de la ciudad de Iquitos; se estimó 3480 partos en el 2019.

b) Muestra y muestreo

El tamaño muestral fue calculado con la fórmula de poblaciones finitas.

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

$$N = 3480$$

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

$$TM = 384.16 / (1 + (384.16/3480)) = 347$$

La muestra fue de 347 madres, el muestreo fue aleatorio a través de los números aleatorios o de randón.

c) **Criterios de inclusión y exclusión**

Criterios de inclusión:

- Madres atendidas en el Hospital de Nivel II
- Recién nacido con diagnóstico de prematuridad o a término.
- Historias clínicas completas de la madre.

Criterios de exclusión:

- Madres no atendidas en el Hospital de Nivel II
- Ausencia completa o incompleta de la historia de la madre
- Historia de la madre con letra ilegible

7.3 Técnicas e instrumentos

La técnica que se usó en el estudio fue la observación de fuente secundaria, con la revisión de la información que fue ingresada en las historias clínicas de las madres y en el sistema de vigilancia perinatal.

El instrumento fue una ficha de recolección de información sobre algunas de las características sociodemográficas como edad, procedencia e instrucción, luego las características obstétricas como

paridad, número de atención prenatal y morbilidad durante el embarazo.

7.4 Proceso de recolección de datos

Se obtuvo la información del sistema de vigilancia perinatal para obtener la información de los recién nacidos con y sin prematuridad, para posteriormente hacer la revisión de las historias de las madres, obteniendo la información de las características sociodemográfica y obstétricas.

7.5 Análisis de datos

La información recopilada se ingresó en una base de datos que fue procesada con el programa de SPSS versión 21.

Los resultados descriptivos se presentan en tablas de frecuencias; las relaciones entre variables se presentan en tablas de contingencias, determinando la asociación entre variables a través de la razón de prevalencia y su significancia estadística con la prueba no paramétrica del Ji cuadrado.

La razón de prevalencias es la medida de asociación que se puede calcular en los estudios transversales, se calcula dividiendo la prevalencia de enfermedad en expuestos entre la prevalencia de enfermedad en no expuestos ⁽³⁷⁾

7.6 Consideración ética

El presente estudio es no experimental, con recojo de información ya registrada, que fue dada por la gestante al profesional de salud el cual la registro en la historia y en el Sistema de Gestión de Vigilancia Perinatal, respetando los principios de la declaración de Helsinki.

8 Resultados

Tabla N° 1: Relación entre la Edad Materna y Recién nacido Prematuro Hospital Nivel II – Iquitos 2019

Edad	RNP		No RNP		Total
< 20 años	18	33.3%	36	66.7%	54
20 a 34 años	29	10.7%	241	89.3%	270
35 a más años	4	17.4%	19	82.6%	23
Total	51	14.7%	296	85.3%	347

p=0.0000

Se obtuvieron 51 casos de recién nacidos prematuros en 347 madres, con una prevalencia del **14.7%**.

El 33.3% de las madres menores de 20 años, presentaron recién nacido prematuro, una frecuencia mayor que las madres entre los 20 a 34 años (10.7%) y mayores de 35 años (17.4%); las madres menores de 20 años tuvieron una razón de prevalencia (RP) de 3.1 y las mayores de 35 años con una RP de 1.62 en relación a las madres entre los 20 a 34 años de edad, este riesgo fue significativo (p=0.000).

Tabla N° 2: Relación entre la Procedencia Materna y Recién nacido Prematuro

Hospital Nivel II – Iquitos
2019

Procedencia	RNP		No RNP		Total
Urbano	27	11.5%	207	88.5%	234
Urbano marginal	18	20.0%	72	80.0%	90
Rural	6	26.1%	17	73.9%	23
Total	51	14.7%	296	85.3%	347

p=0.0437

El 26.1% de las madres procedente de la zona rural presentaron recién nacido prematuro, una frecuencia mayor que las madres que proceden de la zona urbano marginal (20.0%) y urbano (11.5%); las madres que proceden de la zona rural tuvieron una RP de 2.26, y las

que proceden de la zona urbano marginal una RP de 1.73 en relación a las madres que proceden de la zona urbana, este riesgo fue significativo ($p=0.043$).

Tabla N° 3: Relación entre el Nivel de Instrucción Materna y Recién nacido Prematuro

Hospital Nivel II – Iquitos
2019

Nivel de instrucción	RNP		No RNP		Total
Primaria	10	35.7%	18	64.3%	28
Secundaria	34	12.0%	250	88.0%	284
Técnica/Superior	7	20.0%	28	80.0%	35
Total	51	14.7%	296	85.3%	347

$p=0.0021$

El 35.7% de las madres con instrucción primaria presentaron recién nacido prematuro, una frecuencia mayor que las madres con instrucción secundaria (12.0%) y técnica/superior (20.0%); las madres con instrucción primaria tuvieron una RP significativo de 1.79 en relación a las madres con instrucción técnica/superior, las madres con menor nivel de instrucción tuvieron un mayor riesgo significativo de presentar recién nacido prematuros ($p=0.002$).

Tabla N° 4: Relación entre la Paridad y Recién nacido Prematuro

Hospital Nivel II – Iquitos
2019

Paridad	RNP		No RNP		Total
Nulípara	17	25.8%	49	74.2%	66
Primípara	31	13.1%	205	86.9%	236
Múltipara	2	5.9%	32	94.1%	34
Gran Múltipara	1	9.1%	10	90.9%	11
Total	51	14.7%	296	85.3%	347

$p=0.0257$

El 25.8% de las madres nulíparas presentaron recién nacido prematuro, una frecuencia mayor que las madres primíparas (13.1%), múltiparas (5.9%) y gran múltiparas (9.1%); las madres nulíparas

tuvieron una RP significativo de 2.83 en relación a las madres gran multiparas, y las primíparas con una RP de 1.44 en relación con las gran multiparas, las nulíparas y primíparas tuvieron un mayor riesgo significativo de presentar prematuros ($p=0.025$).

Tabla N° 5: Relación entre la Atención Prenatal y Recién nacido Prematuro

Hospital Nivel II – Iquitos
2019

Atención prenatal	RNP		No RNP		Total
No adecuada	31	40.3%	46	59.7%	77
Adecuada	20	7.4%	250	92.6%	270
Total	51	14.7%	296	85.3%	347

$p=0.0000$

40.3% de las madres con atención prenatal no adecuada presentaron recién nacido prematuro, una frecuencia mayor que las madres con atención prenatal adecuada (7.4%); las madres que no tiene el número suficiente de atenciones prenatales tuvieron una RP significativo de 5.44 para presentar prematuros ($p=0.000$).

Tabla N° 6: Relación entre la Morbilidad Materna y Recién nacido Prematuro

Hospital Nivel II – Iquitos
2019

Morbilidad materna	RNP		No RNP		Total	RP, p
Anemia	21	28.0%	54	72.0%	75	2.7, 0.0007
ITU	18	35.3%	33	64.7%	51	3.4, 0.0000
RPM	14	32.6%	29	67.4%	43	3.2, 0.0006
Hiperémesis gravídica	11	29.7%	26	70.3%	37	2.9, 0.0063
HIE	9	36.0%	16	64.0%	25	3.5, 0.0017
Vulvovaginitis	8	25.0%	24	75.0%	32	2.4, 0.0614
PE	6	35.3%	11	64.7%	17	3.5, 0.0105
No Morbilidad	5	10.2%	44	89.8%	49	

Las morbilidades que tuvieron una razón de prevalencia significativa para la presencia de prematuridad fueron preeclampsia

(RP=3.5, p=0.01), enfermedad hipertensiva en el embarazo (RP=3.5, p=0.001), infección urinaria (RP=3.4, p=0.000), ruptura prematura de membrana (OR=3.2, p=0.000), hiperémesis gravídica (RP=2.9, p=0.006) y anemia (RP=2.7, p=0.000).

9 Discusión

La tasa de prevalencia encontrada en nuestra población de estudio fue mayor a lo reportado por MINSA en el 2019; menos del 16% de las madres que ingresaron al estudio son adolescentes, una tasa menor a lo reportado en Loreto; pero si se aprecia que las adolescentes tienen 3.1 veces de presentar recién nacido prematuro que las de edad fértil, y aquellas consideradas añosas, tienen un riesgo de 1.62 de tener recién nacido prematuros que las madres en edad fértil, en ambos extremos de la vida existen condiciones que no son aptas para un embarazo aumentando el riesgo de complicaciones. Estudios como el Guadalupe ⁽¹²⁾ que encuentra que las edades extremas tienen un OR de 4.2; Garay ⁽²³⁾ significativamente encuentra que las adolescentes y añosas (p = 0,035) se asocian a la prematuridad; lo que identifica a estos grupos de edades como un marcador de riesgo para complicaciones perinatales.

Las madres que proceden de la zona rural (RP 2.26) y urbano marginal (RP 1.73) tuvieron más riesgo de presentar recién nacido prematuros en relación a las madres de la zona urbana, las madres que están fuera de la zona urbana presentan una inequidad, social, económica, cultural y de salud, con menor accesibilidad a adquirir una atención oportuna y continua en el sistema de salud; Garay ⁽²³⁾ encuentra en su estudio una relación significativa entre la prematuridad y procedencia rural de la madre (p = 0,002), Lima ⁽²⁵⁾ encuentra mayor frecuencia de recién nacidos prematuros procedente de la zona rural que la urbana; Arévalo ⁽¹⁸⁾ encuentra que las que madres que proceden de la zona rural tienen 2.01 la posibilidad de

tener recién nacido prematuro; Moreno ⁽¹¹⁾ encuentra un riesgo de 3.64.

En varios estudios, se ha demostrado que las gestantes con bajo nivel de instrucción se relaciona con la presencia de complicaciones maternas, obstétricas y perinatales, nuestro estudio encuentra que las madres con bajo nivel de instrucción tiene una razón de prevalencia significativa de 1.79 veces de presentar recién nacido prematuro; se requiere que las gestantes adquieran conocimientos y actitudes preventivas durante el embarazo que le permitan prevenir y reconocer los síntomas y signos de alarma que empobrecen la viabilidad del embarazo; Arévalo ⁽¹⁸⁾ encuentra en su estudio que el bajo nivel educativo tuvo un riesgo de 4.58 veces más de presentar recién nacido prematuro; Pérez ⁽¹⁷⁾ encuentra significativamente relación entre nivel de instrucción y prematuridad.

El estudio encontró que las madres nulíparas (RP 2.83) y primíparas (RP 1.44) tuvieron significativamente mayor riesgo de presentar recién nacidos prematuros, las nulíparas en su mayoría son adolescentes lo que influye en presentar mayores complicaciones obstétrica obstétricas y perinatales, así como un término de parto por cesáreas.

Las madres que no tienen 6 a más atenciones prenatales tiene un mayor riesgo significativo de presentar recién nacidos prematuros (RP 5.44), la atención prenatal en un sistema organizado de vigilancia del desarrollo del embarazo según edad gestacional, detección oportuna de enfermedades como VIH, sífilis, anemia, hipertensión arterial, etc.; además brinda educación de los cuidados que debe tener la gestantes como en su alimentación, conocimiento de los síntomas y signos de alarma, y la preparación durante el trabajo de

parto que es la psicoprofilaxis, las madres que no cumplen con las sesiones están limitadas en forma cognoscitiva, procedimental y actitudinal de la evolución de su embarazo. Guadalupe ⁽¹²⁾ encuentra un riesgo de 2.6, Talledo ⁽¹⁶⁾ en su estudio encuentra un riesgo de 2.02; Mejía ⁽²⁷⁾ encuentra un riesgo de 4.8. Ahumada ⁽¹⁹⁾ reporta un riesgo de 3.2; Chira ⁽³⁸⁾ con un riesgo de 9.13; Arévalo ⁽¹⁸⁾ con un riesgo de 2.16, y Moreno ⁽¹¹⁾ con un riesgo de 2.54; dejando en claro que se debe asegurar que todas las gestantes deben tener un número de atenciones suficientes para una mejor evaluación y seguimiento de su embarazo.

Los casos de preeclampsia (RP=3.5) y enfermedad hipertensiva en el embarazo (RP=3.5), se asociaron significativamente a la presencia de prematuridad, los casos de preeclampsia es una causa de terminará prontamente el embarazo por vía abdominal, Guadalupe ⁽¹²⁾ encuentra una riesgo significativo de 2.6 veces más de presentar prematuridad; Reategui ⁽²⁴⁾ encuentra riesgo significativo con hipertensión inducida en el embarazo (OR 2.22) y preeclampsia (OR=2.81); Arévalo ⁽¹⁸⁾ determino un riesgo de 4.77 para enfermedad hipertensiva del embarazo. Garay ⁽²³⁾ encuentra asociación con preeclampsia ($p = 0,024$), considerando que la enfermedades hipertensivas son factores que predisponen complicaciones maternas y perinatales.

Las madres con infección urinaria tienen un riesgo de 3.4 veces más de presentar recién nacido prematuro por la actividad inflamatoria que aumenta la contracción uterina; Guadalupe ⁽¹²⁾ encuentra un riesgo de 2.6; Reategui ⁽²⁴⁾ con un riesgo de 1.94; Chira ⁽³⁸⁾ con un riesgo de 2.68. Mayta ⁽¹⁵⁾ en su estudio encuentra una relación significativa entre prematuridad e infección urinaria en la madre. Garay ⁽²³⁾ también encuentra asociación significativa ($p = 0,006$). es

importante el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los casos de infección urinaria como la bacteriuria asintomática.

Las madres con ruptura prematura de membrana tuvieron un riesgo significativo de presentar recién nacidos prematuros (OR=3.2), los casos de RPM son causa de corioamnionitis y sepsis neonatal; Guadalupe ⁽¹²⁾ encuentra un riesgo de 2.7; Martínez y col. ⁽²²⁾ encontraron un riesgo de OR=3.5; Reategui ⁽²⁴⁾ encuentra que las gestantes con RPM tienen un riesgo de 2.48 de presentar recién nacido prematuro. Chira ⁽³⁸⁾ en su estudio determina que el riesgo es de 7.22. Moreno ⁽¹¹⁹⁾ con un riesgo de 13.5 para madres con RPM. Garay ⁽²³⁾ encuentra asociación significativa de la RPM con prematuridad ($p = 0,001$); es importante que la gestante reconozca que la pérdida de líquido es un signo de alarma para iniciar un parto prematuro e infección de la cavidad uterina.

Las madres anémicas presentaron un riesgo significativo de 2.7 para tener recién nacido prematuro; Garay ⁽²³⁾ encuentra asociación significativa entre prematuridad y anemia materna ($p = 0,003$). Reategui ⁽²⁴⁾ encuentra un riesgo de 1.94, Chira ⁽³⁸⁾ encuen

tra un riesgo de 1.79. Arévalo ⁽¹⁸⁾ encuentra un riesgo para las madres anémicas de 4.10. Moreno ⁽¹¹⁾ determino un riesgo de 4.52 par gestantes anémicas, las gestantes reciben suplemento de ácido fólico y hierro, por lo que se debe evaluar la eficacia de esta estrategia nutricional.

10 Conclusión

Los resultados del estudio nos permiten concluir:

- La prevalencia de prematuridad fue del 14.7%.

- Las madres menores de 20 años (RP 3.1) y mayores de 34 años (RP 1.62) tienen mayor riesgo significativo de recién nacidos prematuros ($p=0.000$)
- Las madres procedentes de la zona rural (RP 2.26) y urbano marginal (RP 1.73) tienen mayor riesgo significativo de recién nacidos prematuros ($p=0.043$).
- Las madres con menor nivel educativo (RP 1.79) tienen mayor riesgo significativo de recién nacidos prematuros ($p=0.002$).
- Las madres nulíparas (RP 2.83) y primíparas (RP 1.44) tienen mayor riesgo significativo de presentar prematuros ($p=0.025$).
- Las madres con menor número de atenciones prenatales tuvieron mayor riesgo (RP 5.44) de presentar recién nacidos prematuros ($p=0.000$).
- La preeclampsia (RP=3.5, $p=0.01$), enfermedad hipertensiva en el embarazo (RP=3.5, $p=0.001$), infección urinaria (RP=3.4, $p=0.000$), ruptura prematura de membrana (OR=3.2, $p=0.000$), hiperémesis gravídica (RP=2.9, $p=0.006$) y anemia (RP=2.7, $p=0.000$) tienen mayor riesgo significativo de recién nacidos prematuros.

11 Recomendaciones

1. Fortalecer la estrategia educacional sobre la anticoncepción con el propósito de reducir el embarazo en adolescentes y las

complicaciones maternas y perinatales en este grupo poblacional.

2. Fortalecer el cumplimiento de las atenciones prenatales a través del seguimiento sostenido de gestantes inasistentes a la APN.
3. Involucrar a la familia en el reconocimiento de signos y síntomas de alarma en la gestación.
4. Educar en el reconocimiento de signos de alarma de patologías que condicionan mayor riesgo de muerte perinatal.
5. Fortalecer capacidades al profesional de salud en el 1er nivel de atención, en detección oportuna de factores de riesgo para disminuir casos de RN prematuros.

12 Referencias Bibliográficas

1. Gutiérrez Ramos M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. *Rev. Peru Ginecol Obstet.* 2018;64(3):405-413
2. Nacimientos prematuros. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
3. 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.
4. Vargas Machuca J., Izquierdo M. 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.
5. Organización Mundial de la Salud. Parto prematuro [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2018. Disponible en:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

6. Ota Nakasone A. Manejo neonatal del prematuro: avances en el Perú. *Rev. Peru Ginecol Obstet.* 2018;64(3):415-422.
7. Davidson LM, Berkelhamer SK. Bronchopulmonary dysplasia: chronic lung disease of infancy and longterm pulmonary outcomes. *J Clin Med.* 2017,6(1).
8. Reuter S, Moser C, Baack M. Respiratory distress in the newborn. *Pediatr Rev.* 2014;35(10):417–29.
9. Ramos Torres G. Factores de riesgo asociados a prematuridad en gestantes adolescentes atendidas en el servicio de ginecología-obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo enero – diciembre del año 2015. [Tesis]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. 2016.
10. 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
11. 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]. Universidad Nacional de la Amazonía. Peruana. 2016.
12. 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] Universidad Ricardo Palma. 2017
13. Lima Orosco N. Factores de riesgo desencadenantes del parto pretérmino en gestantes del Hospital Hugo Pesce Pescetto – Andahuaylas 2016. [Tesis]. Universidad Nacional de Huancavelica. 2018.
14. Quispe López M. Sobrepeso y obesidad pregestacional como condición asociada a prematuridad en el Hospital III Goyeneche

- durante el quinquenio 2011 - 2015, [Trabajo]. Universidad Católica de Santa María. 2016
15. 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] Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2017
 16. 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
 17. 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.
 18. Arévalo Saavedra A. Factores asociados a parto prematuro en el Hospital II-2 de Tarapoto, julio 2014 a junio 2015. [Tesis]. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2016
 19. Ahumada-Barríos ME, Alvarado GF. Risk Factors for premature birth in a hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2016; <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0775.2750>
 20. 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
 21. 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.
 22. 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.
 23. Garay Salazar E. Factores maternos relacionados con la prematuridad, servicio de neonatología del Hospital Regional

- Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2018 [Tesis]. Universidad de Huánuco. 2018.
24. Reategui García M. Factores asociados a prematuridad en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital II Iquitos de EsSALUD. Enero 2016 a Diciembre 2017. [Tesis] Universidad Científica del Perú. 2018
 25. Lima Orosco N. Factores de riesgo desencadenantes del parto pretérmino en gestantes del Hospital Hugo Pesce Pescetto – Andahuaylas 2016. [Tesis] Universidad Nacional de Huancavelica. 2018
 26. 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] Universidad Norbert Wiener. 2019.
 27. Mejía Gutiérrez M. Variables clínico epidemiológicas asociados a parto pre término en gestantes del Hospital Santa Rosa durante el periodo enero 2017 a julio del 2018. [Tesis] Universidad Ricardo Palma. 2019
 28. Ramos Veramendi M. Parto pretérmino y su relación con la anemia en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra. 2018. [Tesis] Universidad San Martín de Porras. 2020
 29. Díaz Granda R.; Díaz Granda L. Factores fetales asociados a prematuridad. Arch. med.; 20(1): 97-106, 2020-01-18.
 30. Morey Padilla K. Preeclampsia y su relación con el parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional de Loreto, 2019. [Tesis] Universidad científica del Perú. 2021
 31. Ovalle, A. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. Revista Médica de Chile, 2014.140:19-29
 32. Petrou S, Henderson J, Bracewell M, Hockley C, Wolke D, Marlow N. Empujando los límites de la viabilidad: el impacto

- económico del parto prematuro extremo. *Early Hum Dev.* 2006;82: 77-84
33. Althabe F, Belizan JM, Mazzoni A, Berrueta M, HemingwayFoday J, KosoTh omas M, McClure E, Chomba E, Garcés A, Goudar S. et al. Ensayo de corticosteroides prenatales en partos prematuros para aumentar la supervivencia neonatal en países en desarrollo: protocolo de estudio. *Reprod Salud.* 2012; 9: 22.
 34. Mwaniki MK, Atieno M, Lawn JE, Newton CR. Resultados del neurodesarrollo a largo plazo después de insultos intrauterinos y neonatales: una revisión sistemática. *Lanceta.* 2012;379: 445-52.
 35. Matos-Alviso L., Reyes-Hernández K, López-Navarrete G., Reyes-Hernández M., Aguilar-Figueroa E., Pérez-Pacheco O., Reyes-Gómez U.; López-Cruz G.; Flores-Morillón B. C.; Quero-Hernández A., Quero-Estrada A. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. *Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco.* 2020; 7(3):179-186.
 36. Berman L, Moss RL. Necrotizing Enterocolitis; an update. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2011; 16(3).145-50.
 37. Fuentes Ferrer M.; Del Prado González M. Medidas de frecuencia y de asociación en epidemiología clínica. *An Pediatr Contin.* 2013;11(6):346-9
 38. 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.

- PE: 1. Si 2. No
- Eclampsia: 1. Si 2. No
- Hiperémesis gravídica: 1. Si 2. No
- M.O rotas: 1. Si 2. No

**Anexo N° 3
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 asociados a recién nacido prematuro en un Hospital de nivel II de la ciudad de Iquitos, 2019	¿Cuáles son los factores maternos asociados a recién nacido prematuro en un hospital de nivel II de la ciudad de Iquitos, 2019?	<p>Objetivo General: Determinar los factores maternos asociados a recién nacido prematuro en un hospital de nivel II de la ciudad de Iquitos 2019</p> <p>Objetivos específicos: Identificar las características sociodemográficas de las gestantes (edad, procedencia, nivel de instrucción) atendidas en un hospital de nivel II de la ciudad de Iquitos 2019</p> <p>Identificar las características obstétricas de las gestantes (paridad, atención prenatal, morbilidad materna) atendidas en un hospital de nivel II de la ciudad de Iquitos 2019</p> <p>Determinar la relación entre la morbilidad materna y recién nacido prematuro en un hospital de nivel II de la ciudad de Iquitos 2019</p>	<p>H₁: Las características sociodemográficas y obstétricas de la madre se asocian significativamente a la presencia de prematuridad</p> <p>H₀: Las características sociodemográficas y obstétricas de la madre no se asocian significativamente a la presencia de prematuridad.</p>	<p>Variables independientes Características sociodemográficas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Procedencia • Nivel de instrucción <p>Características obstétricas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paridad • Atención prenatal • Morbilidad materna <p>Variable Dependiente: Recien nacido Prematuro</p>	<p>Descriptivo</p> <p>Transversal</p> <p>Retrospectivo</p> <p>Correlacional</p>	<p>Observación Fuente secundaria</p>	<p>Población 3480 partos</p> <p>Muestra 347 madres de las que 51 con recién nacidos prematuros</p>

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
		Determinar la relación entre las características obstétricas de las madres con la presencia de recién nacido prematuro en un hospital de nivel II de la ciudad de Iquitos 2019.					

Anexo N° 3
Distribución de RNP segun la Edad Materna
Hospital Nivel II – Iquitos
2019

Edad	Total	
< 20 años	54	15.6%
20 a 34 años	270	77.8%
35 a más años	23	6.6%
Total	347	100.0%

Anexo N° 4
Distribución de la Procedencia Materna
Hospital Nivel II – Iquitos
2019

Procedencia	Total	
Urbano	234	67.4%
Urbano marginal	90	25.9%
Rural	23	6.6%
Total	347	100.0%

Anexo N° 5
Distribución del Nivel de Instrucción Materna
Hospital Nivel II – Iquitos
2019

Nivel de instrucción	Total	
Primaria	28	8.1%
Secundaria	284	81.8%
Técnica/Superior	35	10.1%
Total	347	100.0%

Anexo N° 6
Distribución de la Paridad de la Madre
Hospital Nivel II – Iquitos
2019

Paridad	Total	
Nulípara	66	19.0%
Primípara	236	68.0%
Múltipara	34	9.8%
Gran Múltipara	11	3.2%
Total	347	100.0%

Anexo N° 7
 Distribución de la Atención Prenatal
 Hospital Nivel II – Iquitos
 2019

Atención prenatal	Total	
No adecuada	77	22.2%
Adecuada	270	77.8%
Total	347	100.0%

Anexo N° 8
 Distribución de la Morbilidad Materna
 Hospital Nivel II – Iquitos
 2019

Morbilidad materna durante el embarazo	Total	%
Anemia	75	21.6%
ITU	51	14.7%
RPM	43	12.4%
Hiperémesis gravídica	37	10.7%
HIE	25	7.2%
Vulvovaginitis	32	9.2%
PE	17	4.9%
No morbilidad	49	14.1%